

ผลการศึกษา
การสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ
ของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน



โดย

นายจารึก ไชยรักษ์

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

มกราคม 2568

การสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน

ผู้วิจัย : นายจารึก ไชยรักษ์

ผู้วิจัยร่วม : จักรินทร์ สี่มา, สุภาภรณ์ ดำรงพันธ์, ทรงพล ตุละทา, วันเพ็ญ ทินนา

ที่ปรึกษา : ผศ.ดร.วีระศักดิ์ พุทธาศรี

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ชั้น 2 อาคารสุขภาพแห่งชาติ

88/39 หมู่ 4 ถ.ติวานนท์ 14

ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-8329013 แฟกซ์ 02-8329001

อีเมล nhco@saraban.mail.go.th

เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th

เฟซบุ๊ก www.facebook.com/NHCO.thai

คำนำ

การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่สำคัญในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของประชาชนและเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในประเทศ โดยเฉพาะในระดับพื้นที่หรือเขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริง การสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพเพื่อประชาชนจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อศึกษากระบวนการที่ใช้ในการนำมาปฏิบัติให้ได้ผลสำเร็จที่ยั่งยืน

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจรูปแบบการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยเฉพาะการประเมินปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคต่าง ๆ รวมถึงการพัฒนาแนวทางในการเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินการเพื่อให้ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ได้อย่างเต็มที่ การศึกษาในครั้งนี้ได้รวบรวมข้อมูลจากศึกษาเอกสารและการสัมภาษณ์เชิงลึกใน 4 เขตพื้นที่ ประกอบด้วย เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 1 เขตพื้นที่ 4 เขตพื้นที่ 7 และเขตพื้นที่ 12 ซึ่งสามารถนำเสนอประสบการณ์จริงจากผู้ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม

ผลจากการศึกษานี้ไม่เพียงแต่ช่วยให้เข้าใจในกระบวนการและกลยุทธ์ในการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเท่านั้น แต่ยังช่วยเสนอแนวทางที่สามารถพัฒนาการทำงานในรูปแบบที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่าง ๆ ได้อย่างยั่งยืน

หวังว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาการทำงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน และสร้างความเข้าใจในกระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อความมีสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชนในทุกพื้นที่

ผู้ศึกษาวิจัย

มกราคม 2568

สารบัญ

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	1
บทที่ 1 บทนำ	6
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	6
2. คำถามการวิจัย	8
3. วัตถุประสงค์การวิจัย	8
4. กรอบแนวคิดการวิจัย	9
5. ขอบเขตการวิจัย	9
6. นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	9
7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง	12
1. แนวคิดการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	12
2. แนวคิดเรื่องนโยบายสาธารณะ	15
3. แนวคิดเรื่องการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ	18
4. ตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ	21
5. ผลการประเมินผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	35
6. แนวคิดการวิเคราะห์กระบวนการด้วย SIPOC Model	42
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	46
1. รูปแบบการวิจัย	46
2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก	46
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
4. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	47
5. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	48
ส่วนที่ 1 ภาพรวมการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	48
1.1 ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 1	49
1.2 ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 4	56
1.3 ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 7	63
1.4 ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 12	69
ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์	75

	หน้า
2.1 รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	75
2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	85
2.3 แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	88
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	92
ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัยอภิปรายผล	92
1.1 รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	92
1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	96
1.3 แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	97
ส่วนที่ 2 บทสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	98
2.1 ขั้นตอนกระบวนการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	99
2.2 ตัวแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	100
ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	103
3.1 แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	103
3.2 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	105
3.3 ข้อเสนอสำหรับการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป	106
บรรณานุกรม	107
ภาคผนวก	109
แบบสอบถามการสัมภาษณ์เชิงลึก	109

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	9
ภาพที่ 2 กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	14
ภาพที่ 3 แสดงวงจรนโยบายสาธารณะ	16
ภาพที่ 4 ตัวอย่างกรอบการวิเคราะห์ขั้นตอนกระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ	21
ภาพที่ 5 ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวนมีเตอร์และแวนฮอร์น	22
ภาพที่ 6 ตัวแบบการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ	23
ภาพที่ 7 ตัวแบบทางการเมือง	24
ภาพที่ 8 การนำนโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบทางกระบวนการของระบบราชการของ ลิปสกี (Lipsky)	26
ภาพที่ 9 ตัวแบบการวิเคราะห์หน่วยงานในระดับกลางและข้าราชการระดับพื้นฐาน	26
ภาพที่ 10 ตัวแบบการวิเคราะห์โครงสร้าง	27
ภาพที่ 11 ตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย	28
ภาพที่ 12 ตัวแบบการกระจายอำนาจ	29
ภาพที่ 13 ตัวแบบยึดหลักเหตุผล	30
ภาพที่ 14 ตัวแบบด้านการจัดการ	31
ภาพที่ 15 ตัวแบบด้านการพัฒนาองค์กร	32
ภาพที่ 16 ตัวแบบกระบวนการ	33
ภาพที่ 17 ตัวแบบเชิงบูรณาการ	34
ภาพที่ 18 ทฤษฎีเชิงบูรณาการของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ	35
ภาพที่ 19 แนวคิดการวิเคราะห์กระบวนการงานด้วย SIPOC Model	42
ภาพที่ 20 การประยุกต์กรอบการวิเคราะห์ขั้นตอนกระบวนการนำนโยบายสาธารณะสู่การ ปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	100
ภาพที่ 21 การประยุกต์ตัวแบบยึดหลักเหตุผลในการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ ของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	101
ภาพที่ 22 การประยุกต์ตัวแบบด้านการพัฒนาองค์กรของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน	102
ภาพที่ 23 ตัวแบบเชิงบูรณาการการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อ ประชาชน	103

บทสรุปผู้บริหาร

การศึกษาวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา 1) รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยมุ่งเน้นการสำรวจและทำความเข้าใจรูปแบบหรือกระบวนการที่ใช้ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงการวิเคราะห์ขั้นตอนและกลยุทธ์ที่ถูกใช้ในการดำเนินนโยบาย 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยมุ่งเน้นการตรวจสอบและทำความเข้าใจถึงปัจจัยภายในและภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จ ความล้มเหลว หรืออุปสรรคในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน และ 3) สังเคราะห์แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มุ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์แนวทางการปรับปรุงรูปแบบและกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

เก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร ประกอบกับข้อมูลการสัมภาษณ์แบบกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักที่เลือกแบบเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 37 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการนำนโยบายสาธารณะของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนไปปฏิบัติในเขตพื้นที่ 1 เขตพื้นที่ 4 เขตพื้นที่ 7 และเขตพื้นที่ 12 ผลการศึกษพบว่า

1. รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

1.1 ความมุ่งหมายหลักที่สำคัญของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กำหนดให้มี “คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน” หรือ กขป. เพื่อเป็นกลไกทำงานเกี่ยวกับสุขภาพในเชิงพื้นที่ โดยมีหลักที่สำคัญว่าเป็นกลไกทำงานแนวนอน เหมือน “เส้นด้ายแนวนอน” ถักทอกับการทำงานของภาครัฐ หน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ที่ทำงานอยู่แล้ว เหมือน “เส้นด้ายในแนวตั้ง” เพื่อให้ผ้าเป็นผืนสวยงาม โดยเชื่อว่าการมีกลไกสานพลังถักทอแนวนอน เมื่อเชื่อมโยงกับการทำงานแนวตั้ง จะทำให้งานต่างๆ ประสบความสำเร็จได้ดีกว่าการที่ต่างคนต่างทำงานในแนวตั้ง ซึ่งผลการศึกษามีประเด็นเพิ่มเติมจากความมุ่งหมายหลัก ดังนี้

1) การเชื่อมโยงและประสานงาน กขป. ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน และองค์กรต่างๆ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ โดยการใช้รูปแบบการทำงานแนวนอน (horizontal) เพื่อให้การทำงานของแต่ละหน่วยงานเกิดความเชื่อมโยงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) การพัฒนานโยบายสาธารณะ กขป. มีบทบาทในการพัฒนานโยบายที่สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพในพื้นที่ โดยการใช้ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์สุขภาพในพื้นที่และปัจจัยกำหนดสุขภาพในการวิเคราะห์และกำหนดทิศทางนโยบายให้เหมาะสม

3) การสร้างการมีส่วนร่วม กขป. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการพัฒนา นโยบายและระบบสุขภาพ โดยการใช้การมีส่วนร่วมจากของสังคมและองค์กรต่างๆ เพื่อให้ทุกฝ่ายมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

1.2 การดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในช่วง 8 ปีที่ผ่านมา

1.2.1 ด้านคุณค่าของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หรือ กขป.

1) กขป. ได้รับการยอมรับในฐานะตัวอย่างของ ประชาธิปไตยรากหญ้า ซึ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากประชาชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

2) การทำงานของ กขป. เป็นพื้นที่กลางที่เชื่อมโยงหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนให้มาร่วมมือกันในการปรับปรุงและพัฒนา ระบบสุขภาพในเขตพื้นที่

3) การสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชน โดยเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบสุขภาพ ผ่านการทำงานร่วมกับเครือข่ายต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการด้านสุขภาพ

4) เป็นพื้นที่ที่สามารถให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ โดยไม่เพียงแต่เน้นที่การพัฒนา ระบบบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว

1.2.2 ด้านการประสานและบูรณาการระบบสุขภาพในเขตพื้นที่

1) กขป. มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่ม ชชาติพันธุ์/กลุ่มเปราะบาง โดยการช่วยให้กลุ่มชาติพันธุ์มานี้ สามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพได้ เช่น การมีเลข 13 หลักในจังหวัดสตูลและสงขลา

2) การบูรณาการการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหาการเข้าถึงสิทธิของกลุ่มเปราะบาง ปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การแก้ไขปัญหาพระสงฆ์ไร้สถานะและสิทธิ รวมทั้งการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการอุบัติเหตุทางถนน

3) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และพระภิกษุผ่าน การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ล้านนา ที่ประกาศใช้ในปี 2567 พร้อมการสร้างหลักสูตรในการดูแลพระสงฆ์ที่เป็นผู้สูงอายุ

1.2.3 ตัวอย่างรูปธรรมความสำเร็จ

1) การลดพยาธิพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศนจากการรักษาไปสู่การป้องกัน และเชื่อมโยงนโยบายจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติในพื้นที่

2) การประสานงานกับเครือข่ายในการ แก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับ และการ ขยายสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข สำหรับกลุ่มชาติพันธุ์และกลุ่มที่มีปัญหาสถานะทางกฎหมาย

3) ความสำเร็จในการ แก้ไขปัญหาการอุบัติเหตุทางถนน โดยการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในจังหวัดสระบุรี และการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการแก้ไขปัญหา

4) การขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ โดยการร่วมมือกับหน่วยงานทางวิชาการในการพัฒนาหลักสูตรการดูแลพระสงฆ์และผู้สูงอายุ รวมถึงการยกระดับการฝึกอบรมในด้านการแพทย์

1.3 การนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

1) ผู้นำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ การนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีการดำเนินงานในหลายระดับที่เกี่ยวข้องกับกลไกและขั้นตอนต่างๆ โดยมีบทบาทสำคัญของผู้นำ

ในกระบวนการทั้งในระดับประธาน กขป. และฝ่ายเลขาฯ ที่มีความร่วมมือในการกำหนดประเด็นนโยบายและการดำเนินการผ่านกลไกต่างๆ เช่น การประชุม การจัดทำแผนปฏิบัติการ การติดตามผล เป็นต้น ทั้งนี้ การประสานงานระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆ มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการร่วมมือกับหน่วยงานที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกับการใช้ทรัพยากรจากหลากหลายหน่วยงาน อาทิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.), สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), กระทรวงสาธารณสุข (สธ.), และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น

2) **เนื้อหาของนโยบาย** มักมีที่มาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ เพื่อกำหนดประเด็นนโยบายที่ตรงกับบริบท เช่น การเข้าถึงสิทธิสุขภาพสำหรับกลุ่มเปราะบาง หรือการจัดการกับปัญหามลพิษ เช่น PM2.5 หรือปัญหามะเร็งท่อน้ำดี การคัดเลือกประเด็นนโยบายจะเน้นที่การตอบสนองปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่พร้อมกับการใช้ข้อมูลจากสมัชชาสุขภาพและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ในการรวบรวมข้อมูลและกำหนดทิศทางนโยบาย

3) **การบริหารจัดการในด้านการประสานบูรณาการ** ทำให้หน่วยงานต่างๆ สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิ การนำเสนอทรัพยากรจากงบประมาณสนับสนุนจากหลายหน่วยงาน เช่น สสส. และการใช้ความสัมพันธ์เชิงส่วนตัวในการเจรจาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

2.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

1) **ความชัดเจนของประเด็นนโยบาย** การวิเคราะห์ปัจจัยและระบบที่เกี่ยวข้องกับปัญหาชัดเจน ช่วยให้หน่วยงานต่างๆ ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินการได้ แม้ว่าจะต้องใช้เวลาในการพัฒนาและขยายกลไกการทำงานร่วมกัน

2) **การผลักดันนโยบาย** ของ กขป. มุ่งเน้นการสร้างการเรียนรู้และพัฒนาโมเดลการทำงานในบางพื้นที่ แม้ว่าจะมีข้อจำกัดทางด้านงบประมาณและการประสานงานที่ยากลำบาก

3) **องค์ประกอบของกรรมการ กขป.** ความหลากหลายจากภาคส่วนราชการและภาคประชาสังคม มีความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย แต่ยังพบข้อจำกัดในเรื่องของอำนาจการตัดสินใจที่จำกัดจากประกาศการจัดตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

4) **งบประมาณจำกัด** การสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) มีแนวโน้มลดลงและมีข้อจำกัดในกระบวนการบริหารจัดการงบประมาณ รวมทั้ง งบประมาณจากภาคส่วนต่างๆ ยังขาดการบูรณาการและขาดยุทธศาสตร์ร่วมในการขับเคลื่อนทำให้ กขป. ต้องผลักดันงานบางส่วนด้วยตัวเอง

5) **การรับรู้ทางสังคมต่ำ** บทบาทของ กขป. ยังไม่ชัดเจนในสังคม ต้องมีการสร้างความเข้าใจและการพัฒนาศักยภาพของกรรมการเพื่อให้การทำงานเกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม

6) **แนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ** ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ต้องพัฒนาแนวคิดและกระบวนการทำงานร่วมกันในเครือข่ายให้แข็งแกร่งขึ้น

2.2 อุปสรรคที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

1) **ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของ กขป.** ยังมีความสับสนในบทบาทและหน้าที่ของกรรมการ กขป. โดยเฉพาะการทำงานเชิงบูรณาการกับหน่วยงานอื่นนอกกรอบสุขภาพ

2) **ข้อจำกัดด้านงบประมาณและการขาดความต่อเนื่อง**จากหน่วยงานภาครัฐที่สนับสนุนการทำงาน ทำให้การขับเคลื่อนบางประเด็นมีอุปสรรค เนื่องจากไม่สามารถหาแหล่งทุนภายนอกได้โดยตรง

3) **ความยากลำบากในการประสานงาน** จากปัญหาความซ้ำซ้อนของคณะทำงานและการขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน

4) **การขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน** บทบาทของ กขป. ยังไม่เป็นที่รู้จักในระดับพื้นที่/ชุมชน ทำให้การมีส่วนร่วมจากสังคม ประชาชนและองค์กรชุมชนเป็นไปอย่างจำกัด

3. แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.1 ข้อเสนอแนะทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

1) **ทิศทางการทำงานของ กขป.** ควรเน้นการกระจายอำนาจโดยใช้พื้นที่เป็นฐานและการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ตลอดจนเสริมงบประมาณและสรรหาคณะกรรมการที่มีความสามารถในการทำงานแบบบูรณาการ

2) **ประเด็นสำคัญและความท้าทาย** ได้แก่ การทบทวนและคัดเลือกนโยบายที่มีอยู่แล้วเพื่อแปลงสู่การปฏิบัติ รวมถึงการพัฒนาผลลัพธ์ในด้านสุขภาพ, สังคม, และสิ่งแวดล้อม โดยการใช้นโยบายสนับสนุน เช่น ฐานข้อมูลกลางระดับเขต

3) **บทบาทของ กขป.** ควรพัฒนาให้เป็นพื้นที่กลางในการประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ และเป็นตัวกลางในการขับเคลื่อนนโยบายระดับพื้นที่

4) **ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ** ได้แก่ การตั้งตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่างๆ การเปิดเผยข้อมูล (Open Data) เพื่อเพิ่มความโปร่งใส และการพัฒนาศักยภาพของ กขป. ให้สามารถจัดการงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

1) **เพิ่มการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรใน กขป.** เน้นการพัฒนาทักษะการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ รวมถึงการนำกลยุทธ์การประสานภาคีเครือข่ายมาใช้ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีการฝึกอบรมและพัฒนาความรู้ด้านการประสานงานและการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มศักยภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะอย่างมีประสิทธิภาพ

2) **การขยายการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน** การขยายความร่วมมือจากภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และภาควิชาการ โดยเฉพาะการระดมทรัพยากรและความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายอย่างเป็นระบบจากทุกภาคส่วนจะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินงาน

3) **การเสริมสร้างความชัดเจนในบทบาทของ กขป.** ควรมีการฝึกอบรมเพื่อสร้างความเข้าใจและการรับรู้บทบาทของ กขป. ให้ชัดเจนในทุกภาคส่วน และในระดับพื้นที่เพื่อให้การทำงานบูรณาการกับหน่วยงาน

อื่นมีประสิทธิภาพ ควรมีการสื่อสารผลงานของ กขป. ให้มากขึ้น เพื่อให้ความสำเร็จในแต่ละพื้นที่ได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้องมากยิ่งขึ้น ชี้ประเด็นสำคัญหรือสถานการณ์สำคัญ สื่อสารเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง

4) การพัฒนางบประมาณและแหล่งทุนจากภายนอก ควรมีการสำรวจและเสริมสร้างแหล่งทุนจากภายนอก โดยการประสานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การดำเนินงานในพื้นที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

5) เน้นการใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการทรัพยากร โดยการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การใช้ฐานข้อมูลกลางและเครื่องมือออนไลน์ในการประสานงานและติดตามผลการดำเนินงานจะช่วยเพิ่มความรวดเร็วและโปร่งใสในการจัดการทรัพยากร และเพิ่มความรวดเร็วในการประสานงานและติดตามผล

6) การกระจายอำนาจและการทำงานร่วมกับพื้นที่ ควรเสริมสร้างกระบวนการกระจายอำนาจในระดับพื้นที่ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและพัฒนานโยบายที่เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่

7) พัฒนานโยบายสาธารณะที่ยืดหยุ่นและตอบสนองต่อสถานการณ์ โดยการใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อปรับนโยบายให้ตอบสนองความต้องการในพื้นที่ การใช้ข้อมูลจาก Big Data และข้อมูลเชิงลึกเพื่อปรับปรุงนโยบายให้มีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์สุขภาพได้เร็วขึ้น

8) การพัฒนากลยุทธ์ในการบูรณาการงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ควรพัฒนาแนวทางในการบูรณาการงานระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมให้มีความเป็นระบบและสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงข้อมูลจากระดับเขต จังหวัดและอำเภอให้ชัดเจน เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายเกิดผลในพื้นที่จริง

3.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

1) ศึกษาประสิทธิภาพของกลไกการประสานงานในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับวิธีการประสานงานที่ดีที่สุดในระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างภาครัฐและองค์กรภาคเอกชน

2) วิจัยการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผลการดำเนินงาน ควรทำการวิจัยเพื่อหาวิธีการใช้ฐานข้อมูลกลางและเครื่องมือออนไลน์ในการปรับปรุงการติดตามผลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3) ศึกษาผลกระทบจากการขยายการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม การศึกษาผลของการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม, ภาคเอกชน และภาควิชาการต่อการขับเคลื่อนนโยบายในระดับพื้นที่

4) วิจัยการพัฒนานโยบายที่ตอบสนองการเปลี่ยนแปลง การศึกษาเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนานโยบายที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว

บทที่ 1

บทนำ

การศึกษาวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา 1) รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน 2) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน และ 3) สังเคราะห์แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยบทที่ 1 บทนำ ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา คำถามการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย ขอบเขตการวิจัย นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การนำนโยบายสู่การปฏิบัติมีความสำคัญอย่างยิ่งในหลายด้าน เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่เปลี่ยนแปลงและแนวทางเชิงนโยบายให้เกิดผลในทางปฏิบัติจริง (จรัส สุวรรณมาลา, 2554) ดังนี้ 1) การแปลงแนวคิดสู่การปฏิบัติจริง นโยบายที่ถูกกำหนดขึ้นแม้จะมีวิสัยทัศน์ที่ดี แต่หากไม่ถูกนำไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะไม่เกิดประโยชน์จริง การนำนโยบายสู่การปฏิบัติคือการเปลี่ยนแปลงให้เกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ 2) สร้างผลกระทบเชิงบวก นโยบายที่ถูกปฏิบัติอย่างถูกต้องจะสามารถแก้ไขปัญหาสังคม เศรษฐกิจ หรือสิ่งแวดล้อมได้ และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกต่อประชาชนและประเทศชาติ 3) ประเมินความเหมาะสมและปรับปรุงนโยบาย การปฏิบัตินโยบายเป็นโอกาสในการประเมินว่านโยบายที่กำหนดมานั้นเหมาะสมหรือไม่ หากพบปัญหาหรือความไม่สมบูรณ์ สามารถทำการปรับปรุงหรือแก้ไขเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดียิ่งขึ้น 4) ความโปร่งใสและการรับผิดชอบ การปฏิบัตินโยบายที่มีระบบการตรวจสอบและประเมินผลช่วยให้การดำเนินการมีความโปร่งใสและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถรับผิดชอบต่อสาธารณะได้ และ 5) การเชื่อมโยงระหว่างนโยบายและประชาชน การนำนโยบายสู่การปฏิบัติทำให้ประชาชนเห็นถึงการตอบสนองของรัฐบาลหรือหน่วยงานรัฐต่อความต้องการและปัญหาที่เกิดขึ้นในสังคม ส่งเสริมความเชื่อมั่นและความไว้วางใจในระบบการบริหาร ดังนั้น การนำนโยบายสู่การปฏิบัติจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยให้แนวคิดและเป้าหมายทางนโยบายเกิดผลเป็นรูปธรรมและสามารถสร้างความเปลี่ยนแปลงในสังคมได้

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน จัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ.2559 กำหนดให้ในแต่ละเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน คณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “กขป.” เพื่อรับผิดชอบในการดูแล ประสาน และสนับสนุนให้มีการบูรณาการเกี่ยวกับระบบสุขภาพในพื้นที่ จำนวน 13 เขตพื้นที่ โดย กขป. มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้ 1) กำหนดนโยบาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยบูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องตามความจำเป็นของประชาชนและชุมชนในพื้นที่ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับนโยบาย

ของรัฐและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

2) ดำเนินการหรือประสานให้เกิดการขับเคลื่อนตามเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ตามข้อ 1 ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนภายในและภายนอกเขตพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ 3) เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ต่อหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 4) ประสานงานกับ กขป. ในเขตพื้นที่อื่น เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ 5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และ 6) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

รูปแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ แบ่งได้เป็นหลายประเภทขึ้นอยู่กับแนวทางและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การเลือกใช้รูปแบบที่เหมาะสมกับนโยบายและบริบทจะส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินนโยบาย (วรเวศม์ สุวรรณระดา, 2558) ได้แก่ 1) รูปแบบจากบนลงล่าง (Top-down Model) รูปแบบนี้เน้นการดำเนินนโยบายตามลำดับชั้นจากระดับผู้กำหนดนโยบายหรือผู้มีอำนาจสูงสุด ไปยังระดับล่างสุดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยให้ความสำคัญกับความชัดเจนและความถูกต้องของนโยบายที่กำหนดขึ้นจากระดับบน และถือว่าความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติคือการปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนดมาโดยไม่มีการปรับเปลี่ยน 2) รูปแบบจากล่างขึ้นบน (Bottom-up Model) ในรูปแบบนี้ การนำนโยบายไปปฏิบัติเกิดขึ้นจากความต้องการและข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติระดับล่างหรือชุมชน โดยนโยบายจะถูกปรับใช้ให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมในพื้นที่นั้น ๆ เป็นรูปแบบที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ปฏิบัติในระดับชุมชน 3) รูปแบบผสมผสาน (Hybrid Model) รูปแบบนี้เป็นการผสมผสานระหว่างรูปแบบจากบนลงล่างและล่างขึ้นบน โดยใช้กระบวนการทั้งสองควบคู่กันไป นโยบายถูกกำหนดจากระดับบน แต่การนำนโยบายไปปฏิบัติจะมีความยืดหยุ่นในการปรับใช้ตามสถานการณ์ในพื้นที่ และเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติหรือชุมชนมีส่วนร่วมในการปรับปรุงนโยบาย และ 4) รูปแบบปรับตัว (Adaptive Model) รูปแบบนี้เน้นการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบที่สามารถปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาไปตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งหมายความว่านโยบายอาจจะไม่ได้คงที่แต่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือปรับปรุงให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์เฉพาะหน้าได้

ระดับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีทั้งระดับโลกหรือระหว่างประเทศ ระดับภูมิภาคของโลก ระดับประเทศ และระดับจังหวัดหรือพื้นที่ (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2565) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ แหล่งที่มาของนโยบาย ความชัดเจนของนโยบาย การสนับสนุนนโยบาย ความซับซ้อนในการบริหารงาน สิ่งจูงใจของผู้ปฏิบัติ และการจัดสรรทรัพยากร

การนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หรือ กขป. เป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ของนโยบาย ทำให้เกิดการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปได้อย่างจะเกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังจากการออกแบบนโยบาย และจากการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ในส่วนแนวทางการขับเคลื่อนงานตามบทบาทหน้าที่ของ กขป. มีแนวทางการขับเคลื่อน 3 แนวทาง ใน 3 ระดับปฏิบัติการ กล่าวคือ 1) ระดับเขตสุขภาพ จะมีการขับเคลื่อนงานผ่านการประชุมเพื่อ

พัฒนานโยบายสาธารณะและจะนำไปสู่กิจกรรม การประชุมเพื่อบูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกันของหน่วยงาน ในส่วนนี้จะเป็นการร่วมกันในเชิงของการจัดกิจกรรมเป็นรายครั้ง มากกว่าเป็นการรวมกันปรับจูนเพื่อให้ระบบของหน่วยงานต่าง ๆ มีการทำงานร่วมกัน 2) ระดับจังหวัด-อำเภอ จะมีการเดินสายเข้าพบผู้บริหารจังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมและขอความร่วมมือ 3) ระดับตำบล พบใน 2 ลักษณะ คือ สร้าง sandbox เพื่อทดลองดำเนินการเป็นพื้นที่ต้นแบบ และมีความร่วมมือทวิภาคี/ไตรภาคี เพื่อมีการปฏิบัติการบางอย่างร่วมกัน ซึ่งประธาน กขป. มีบทบาทสำคัญในการเป็นกลไกการขับเคลื่อนหลัก (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

จากข้อมูลและสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา เรื่อง การสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ในเขตสุขภาพพื้นที่ เขตพื้นที่ 1 เขตพื้นที่ 4 เขตพื้นที่ 7 และเขตพื้นที่ 12 เพื่อให้เข้าใจกระบวนการนำนโยบายสาธารณะของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนไปสู่การปฏิบัติจริง สามารถระบุและจัดการกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและการบริหารจัดการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในอนาคต

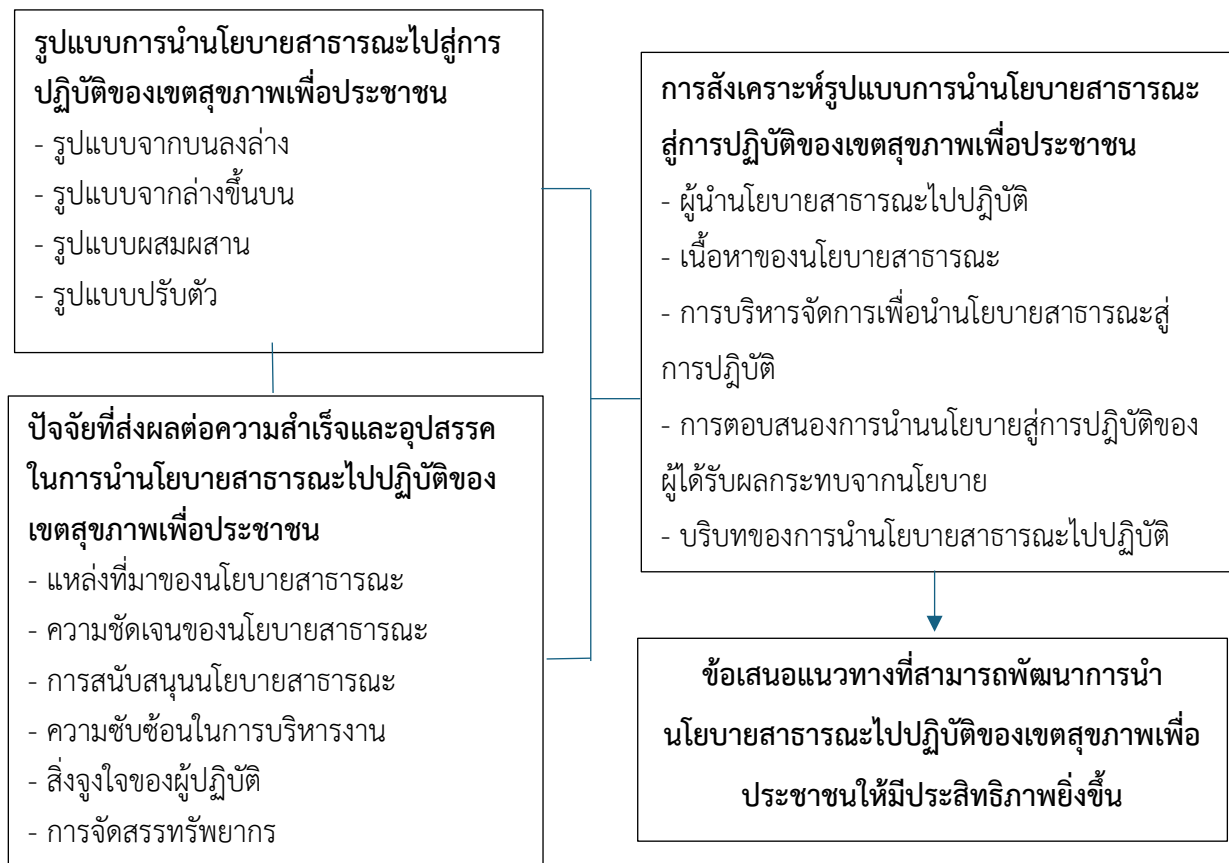
2. คำถามการวิจัย

- 2.1 รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเป็นอย่างไร
- 2.2 อะไรคือปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
- 2.3 แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 3.1 เพื่อศึกษารูปแบบการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยมุ่งเน้นการสำรวจและทำความเข้าใจรูปแบบหรือกระบวนการที่ใช้ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงการวิเคราะห์ขั้นตอนและกลยุทธ์ที่ถูกใช้ในการดำเนินนโยบาย
- 3.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยมุ่งเน้นการตรวจสอบและทำความเข้าใจถึงปัจจัยภายในและภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จ ความล้มเหลว หรืออุปสรรคในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
- 3.3 เพื่อสังเคราะห์แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มุ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์แนวทางการปรับปรุงรูปแบบและกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ กขป. เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

4. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

5. ขอบเขตการวิจัย

5.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา การศึกษานี้มุ่งศึกษารูปแบบการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ และแนวทางการพัฒนาการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

5.2 ขอบเขตผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ประธาน กขป. คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน และฝ่ายเลขานุการ

5.3 ขอบเขตด้านพื้นที่ การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ภาคละหนึ่งเขตพื้นที่ ประกอบด้วย เขตพื้นที่ 1 เขตพื้นที่ 4 เขตพื้นที่ 7 และเขตพื้นที่ 12

5.4 ขอบเขตด้านเวลา ระหว่างเดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2567

6. นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

6.1 เขตสุขภาพเพื่อประชาชน หมายถึง เขตสุขภาพเพื่อประชาชนตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ.2559

6.2 นโยบายสาธารณะ หมายถึง แนวทางหรือแผนงานที่กำหนดโดยคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนในด้านต่าง ๆ เช่น การศึกษา สุขภาพ/สาธารณสุข หรือเศรษฐกิจ นโยบายเหล่านี้มักถูกนำไปปฏิบัติโดยผ่านโครงการหรือมาตรการเฉพาะกิจ

6.3 การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ หมายถึง กระบวนการที่นโยบายหรือแผนงานที่กำหนดขึ้นถูกนำไปดำเนินการจริงในภาคปฏิบัติ ผ่านการจัดสรรทรัพยากร การบริหารจัดการ และการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในนโยบาย

6.4 รูปแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ หมายถึง กรอบหรือแนวคิดที่อธิบายกระบวนการ วิธีการ และขั้นตอนในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริง โดยมีการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินงาน ได้แก่ รูปแบบจากบนลงล่าง รูปแบบจากล่างขึ้นบน รูปแบบผสมผสาน และรูปแบบปรับตัว

6.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบาย หมายถึง เงื่อนไขหรือองค์ประกอบต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น การสนับสนุนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทรัพยากรที่เพียงพอ ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของชุมชน

6.6 การประเมินผลการนำนโยบาย หมายถึง กระบวนการตรวจสอบและวิเคราะห์ผลลัพธ์ของการนำนโยบายไปปฏิบัติว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ รวมถึงการระบุปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงกระบวนการนำนโยบายในอนาคต

6.7 ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบจากการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เช่น หน่วยงานภาครัฐ ผู้ให้บริการสุขภาพ ประชาชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ

6.8 การสังเคราะห์ หมายถึง กระบวนการรวบรวมและประมวลผลข้อมูลจากหลายแหล่ง เพื่อสรุปผลและสร้างความเข้าใจที่ครอบคลุมในประเด็นหรือปัญหาที่กำลังศึกษา การสังเคราะห์ในบริบทนี้จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางใหม่ ๆ ในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 ได้องค์ความรู้ด้านการนำนโยบายของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนไปสู่การปฏิบัติจริง โดยการศึกษานี้จะช่วยให้ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการ วิธีการ และรูปแบบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนและดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7.2 ได้น้องค์ความรู้ไปใช้ระบุและจัดการกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยการศึกษานี้จะทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าใจถึงอุปสรรคที่มีผลกระทบต่อการนำนโยบายของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนไปปฏิบัติ ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาและปรับปรุงกระบวนการเพื่อลดอุปสรรคและเพิ่มโอกาสในการประสบความสำเร็จ

7.3 ได้แนวทางในการพัฒนานโยบายและการบริหารจัดการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในอนาคต ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะเป็นแนวทางสำคัญในการสังเคราะห์และปรับปรุงนโยบาย รวมถึงกลไกการบริหารจัดการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมีความยั่งยืนและสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในอนาคต

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา เรื่อง การสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา 1) รูปแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน 2) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน และ 3) สังเคราะห์แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยเนื้อหาบทที่ 2 มีเอกสารที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. แนวคิดการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
2. แนวคิดเรื่องนโยบายสาธารณะ
3. แนวคิดเรื่องการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ
4. ตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ
5. ผลการประเมินผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
6. แนวคิดการวิเคราะห์กระบวนการด้วย SIPOC Model

1. แนวคิดการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน...เส้นด้ายแนวนอนเพื่อสุขภาวะคนไทย

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เป็นกลไกใหม่ที่มีรูปแบบการทำงานโดยการเชื่อมโยง องค์กรต่างๆ ทั้งภาคราชการ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ที่มุ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพ อยู่ในเขตพื้นที่เดียวกันมาบูรณาการการทำงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนระบบสุขภาพของเขตพื้นที่อย่างมีพลัง เขตสุขภาพเพื่อประชาชนจึงเป็นเสมือนเส้นด้ายแนวนอนที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงเส้นด้ายแนวตั้ง คือ หน่วยงาน, องค์กร และเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อน **การพัฒนา นโยบายสาธารณะและกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพ** ให้ตรงกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับ “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” ของพี่น้องในท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ พฤติกรรม สภาพสังคม ฯลฯ นำทุกคนไปสู่ระบบสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีทุกมิติ (อรพรรณ ศรีสุขวัฒนา และนันทยา พรหมทอง, 2558)

การขับเคลื่อนการทำงานทั่วประเทศ...13 เขตสุขภาพเพื่อประชาชน

โครงสร้างของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ครอบคลุม 13 เขตทั่วประเทศ จัดแบ่งเป็นในส่วนภูมิภาค 12 เขต แยกตามกลุ่มจังหวัด และกรุงเทพมหานครอีก 1 เขต สอดคล้องกับการทำงานในระดับพื้นที่ของ 3 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จะช่วยให้การปฏิบัติหน้าที่ประสานเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ประโยชน์สุขและสุขภาวะของคนในพื้นที่ เป็นศูนย์กลางในการทำงาน

ทุกคนมีส่วนร่วม กำหนดอนาคตระบบสุขภาพของตัวเอง

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน ยึดหลัก **การทำงานแบบมีส่วนร่วม** แสวงหาแนวทางการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อเสริมการทำงานซึ่งกันและกัน โดยไม่ใช้อำนาจบังคับเหนือกัน มีหัวใจสำคัญคือการสานพลัง 3 ภาคส่วน ได้แก่ **พลังปัญญา พลังทางสังคม และพลังรัฐ** ร่วมกันจัดการประเด็นหรือปัญหาทางสุขภาพ เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในเขตพื้นที่เป็นศูนย์กลางอย่างมีพลัง ทุกภาคส่วน**รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและมีส่วนร่วมรับผิดชอบ**ต่อการกิจนี้ร่วมกัน ที่สำคัญคือ การจุดประกาย กระตุ้น ให้ทุกภาคส่วนกำหนด **วิสัยทัศน์ร่วมทางสุขภาพ** ของเขตพื้นที่ตนเอง และออกแบบอนาคต ให้ตรงกับความต้องการของชุมชนได้ในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นสุขภาพทางกาย ใจ ปัญญา และสังคม และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับท้องถิ่น และไม่เพียงบูรณาการความร่วมมือเท่านั้น แต่เขตสุขภาพเพื่อประชาชนยังมีการกิจสำคัญ นั่นคือการสร้างความเป็นธรรม และลดช่องว่าง ความเหลื่อมล้ำในระบบสุขภาพ ที่ทุกฝ่ายต้องระดมสรรพกำลัง ทั้งองค์ความรู้ ความคิด และทรัพยากร ในการขับเคลื่อนร่วมกัน ก่อนจะนำไปปฏิบัติภายใต้กลไกหรือกฎระเบียบ ตามภารกิจความรับผิดชอบของหน่วยงานตนเองได้ต่อไป โดยมีรูปแบบของเขตสุขภาพประชาชน ดังนี้

1) หลักการสำคัญของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (1) ยึดประโยชน์สุข สุขภาวะของประชาชนในเขตพื้นที่เป็นศูนย์กลาง ทุกภาคส่วนร่วมขับเคลื่อน (2) ยึดหลักการทิศทางและแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย (3) เป็นฐานการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามภารกิจโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน และ (4) เน้นประสานพลังปัญญา พลังสังคม และพลังรัฐ

2) เป้าประสงค์ของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องระดับพื้นที่ สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพ

3) วัตถุประสงค์ของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (1) กระตุ้นการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมด้านสุขภาพ ชี้นำทิศทางและบูรณาการทุกภาคส่วน ทุกมิติ มุ่งความเป็นธรรม (2) รองรับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ในการจัดการสุขภาพทุกมิติ เกิดสมดุลในการอภิบาลระบบสุขภาพ (3) จุดประกาย กระตุ้น ให้องค์กรต่างๆ ดำเนินงานได้บรรลุภารกิจของตน และ (4) เสริมพลังกลไกต่างๆ (Synergy) ในเขตพื้นที่

(4) ภารกิจของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (1) ผลักดันขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในเขตพื้นที่ให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน (2) สร้างพื้นที่บูรณาการงานด้านสุขภาพเพื่อประสิทธิภาพและลดความเหลื่อมล้ำ และ (3) ร่วมอำนวยการให้เกิดทิศทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพของพื้นที่ร่วมกัน โดยให้ความสำคัญกับภารกิจ 5 ร่วม คือ ร่วมระดมสรรพกำลังขับเคลื่อน ร่วมบูรณาการ ร่วมประสาน ร่วมแลกเปลี่ยน และร่วมชี้นำทิศทาง

เขตสุขภาพเพื่อประชาชนตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี

เขตสุขภาพเพื่อประชาชนจัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ.2559 โดยข้อ 6 ในระเบียบสำนักนายกฯ กำหนดให้ในแต่ละเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “กขป.” เพื่อรับผิดชอบในการดูแล ประสาน และสนับสนุนให้มีการบูรณาการเกี่ยวกับระบบสุขภาพในพื้นที่ และข้อ 7 เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 1 ถึงเขตพื้นที่ 12 และข้อ 12 เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 13 ให้ กขป. ประกอบด้วยกรรมการซึ่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งจากบุคคลต่อไปนี้ ก. กรรมการผู้แทนส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ

ข. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและวิชาชีพ และ ค. กรรมการภาคเอกชนและประชาสังคม โดยในเขตพื้นที่ 1 – เขตพื้นที่ 12 ให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่เลขานุการของ กขป. และให้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่เลขานุการร่วม เพื่ออำนวยความสะดวกและสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของ กขป. และเขตพื้นที่ 13 กรุงเทพมหานครรับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่เลขานุการของ กขป. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่เลขานุการร่วม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

ในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ข้อ 14 กำหนดให้ กขป. มีหน้าที่และอำนาจ ดังนี้ (1) กำหนดนโยบาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยบูรณาการภารกิจ และอำนาจหน้าที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล สอดคล้องตามความจำเป็นของประชาชนและชุมชนในพื้นที่ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับนโยบาย ของรัฐและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2) ดำเนินการหรือประสานให้เกิดการขับเคลื่อนตามเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ตามข้อ 1 ประสานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนภายในและภายนอกเขตพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรม ใหม่ๆ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ (3) เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานด้าน สุขภาพในเขตพื้นที่ต่อหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (4) ประสานงานกับ กขป. ในเขตพื้นที่อื่น เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ (5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และ (6) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง



ภาพที่ 2 กลไกสำคัญในการขับเคลื่อนเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

2. แนวคิดเรื่องนโยบายสาธารณะ (Public Policy)

ความหมายของนโยบายสาธารณะ

Kraft & Furlong (2004) กล่าวถึงนโยบายสาธารณะว่า หมายถึงกิจกรรมที่รัฐ ดำเนินการ หรือไม่ดำเนินการ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาสังคม เช่น สภาพแวดล้อม ปัญหาความปลอดภัยในที่ทำงาน เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับทรัพยากรสาธารณะให้เป็นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง นโยบายเป็นผลจากการแข่งขันระหว่างความคิด ผลประโยชน์และอุดมการณ์ในระบบการเมือง

นโยบายสาธารณะ (Public Policy)

การสร้างนโยบายสาธารณะเป็นหนึ่งในองค์ประกอบสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านบวกและลบ นโยบายสาธารณะไม่จำเป็นต้องเป็นนโยบายของรัฐเท่านั้น แต่นโยบายสาธารณะสามารถเกิดจากภาคประชาชน ภาคเอกชน ชุมชนและสังคมด้วย นโยบายสาธารณะจึงหมายถึง “ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่า หรือเชื่อว่าควรจะต้องดำเนินการไปในทิศทางนั้น” หัวใจสำคัญของนโยบายสาธารณะไม่ได้อยู่ที่คำประกาศ หรือข้อเขียนที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือเป็นทางการ แต่อยู่ที่ “กระบวนการ” ที่ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นั่นคือ นโยบายสาธารณะที่ดีต้องเป็น “นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม” (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, มปป.)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หมายถึง นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใยอย่างชัดเจนในเรื่องสุขภาพ พร้อมทั้งจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น ขณะเดียวกันก็เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทั้งทางสังคมและกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดีได้ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, มปป.)

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มิได้กำหนดโดยภาครัฐเท่านั้น ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้เปิดช่องทางให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ประกอบด้วยผู้คนที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายในสังคม ได้แก่ ฝ่ายการเมือง รัฐบาล ราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคธุรกิจเอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน ชุมชนและประชาชนเอง ตามหลักการ สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา

กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นอกเหนือจากกระบวนการที่กำหนดไว้ใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้แก่ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ สมัชชาสุขภาพ (ชาติ พื้นที่ ประเด็น) การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ แล้ว ยังมีกลไกและกระบวนการอื่น ๆ อีก เช่น คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.)

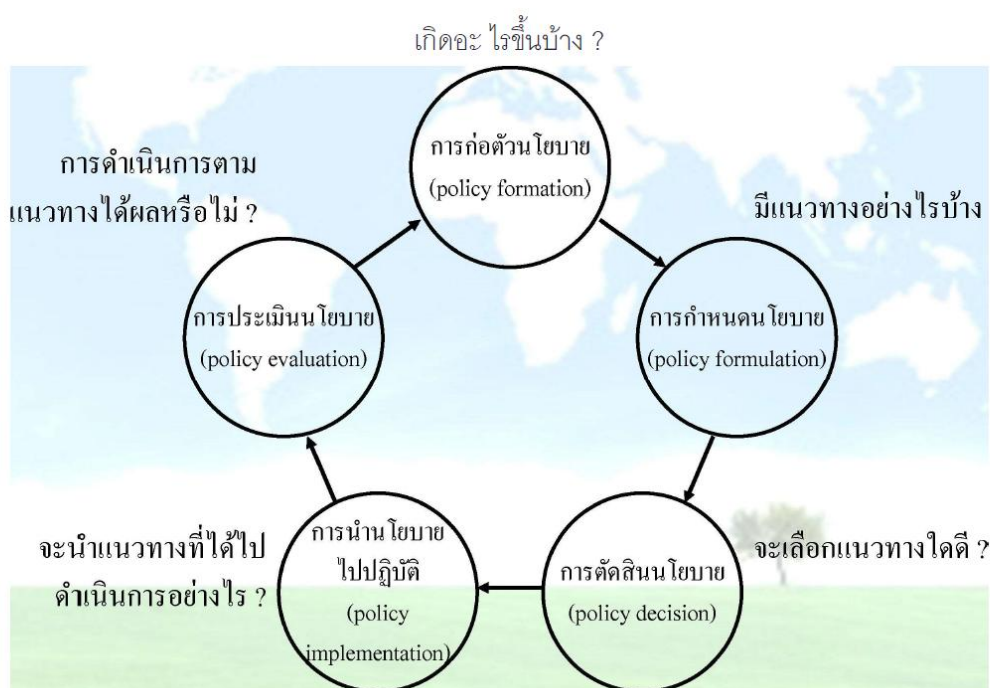
กล่าวโดยสรุป นโยบายสาธารณะของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางที่ กขป. เห็นว่าหรือเชื่อว่าควรจะต้องดำเนินการในการประสานและสนับสนุนให้มีการบูรณาการเกี่ยวกับระบบสุขภาพในพื้นที่ โดยอาจจัดทำเป็นแผนบูรณาการภารกิจระหว่างหน่วยงาน หรือการจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกัน เป็นต้น

กระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Process)

กระบวนการนโยบายสาธารณะ คือ กระบวนการนโยบายสาธารณะในอุดมคติควรประกอบด้วยบุคคล 3 ประการ คือ (1) เป็นกระบวนการทางปัญญา ใช้หลักฐานข้อเท็จจริงที่ผ่านการวิเคราะห์ สังเคราะห์มาอย่างดี จนเป็น “ความรู้” ที่เรียกว่าเป็นการสร้างนโยบายที่อยู่บนฐานของความรู้ (2) เป็นกระบวนการทางสังคม นโยบายกระทบสังคมทั้งหมดอย่างรุนแรง ผู้มีส่วนได้เสีย สังคมควรเข้ามามีบทบาทร่วมเรียนรู้ ร่วมกำหนดนโยบาย เป็นกระบวนการเปิดเผยโปร่งใส (3) กระบวนการทางศีลธรรม กระบวนการนโยบายสาธารณะควรมีอุดมคติเพื่อความถูกต้องดีงามและประโยชน์สุขของคนทั้งหมด ไม่แบ่งร้นเพื่อประโยชน์เฉพาะตนเฉพาะกลุ่ม

กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา (Participatory Public Policy Process based on Wisdom : 4PW)

กระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมบนพื้นฐานทางปัญญา เป็นกระบวนการใช้ข้อมูล ข้อเท็จจริง ประสบการณ์และองค์ความรู้ของฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง มาพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างสันติวิธี มีกติกาและมีเทคนิควิธีการ ทั้งนี้จุดมุ่งหมายใหญ่คือการอยู่ร่วมกันอย่างสันติสุข ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม และเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพมาประกอบการกำหนดและตัดสินใจทางนโยบายทุกด้าน ตามแนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in all Policies)



ภาพที่ 3 แสดงวงจรนโยบายสาธารณะ (Public Policy Cycle)

กระบวนการนโยบายสาธารณะ (Public Policy Cycle) โดยทั่วไปประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การก่อตัวนโยบาย (Policy Formation) การกำหนดนโยบาย (Policy Formulation) การตัดสินใจนโยบาย (Policy Decision) การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy Implementation) และการประเมินผลนโยบาย (Policy Evaluation) ดังภาพที่ 1

Anderson (1975) ได้ให้กรอบแนวคิดในกระบวนการนโยบายสาธารณะอย่างเป็นลำดับขั้นไว้ 5 ขั้นตอน คือ

1) **การก่อตัวของนโยบาย (policy formation)** การก่อตัวของปัญหานโยบาย (policy problem) ปัญหานั้นเป็นปัญหาสาธารณะหรือไม่ (policy agenda) โดยคำว่าปัญหา ต้องพิจารณาว่าเป็นปัญหาจริงหรือไม่ เพราะบางครั้งสิ่งที่คิดว่าเป็นปัญหา ความจริงอาจไม่เป็นปัญหาก็ได้

2) **การก่อรูปนโยบาย (policy formulation)** เป็นการกำหนดทางเลือกของนโยบาย (policy alternative) ว่ามีทางเลือกใดบ้างในการแก้ปัญหา และใครเป็นผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย หากทางเลือกมีหลากหลายทาง ต้องวิเคราะห์ข้อดีข้อเสียของแต่ละทางเลือกโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ต้นทุน-ผลประโยชน์ (cost-benefit analysis)

3) **การตัดสินใจนโยบาย (policy adoption)** ในขั้นตอนนี้เป็นการตัดสินใจว่าทางเลือกต่างๆ ที่ได้วิเคราะห์ไว้แล้วจะตัดสินใจเลือกทางเลือกใด หรือนำทางเลือกใดไปบังคับใช้และเป็นที่ต้องการให้เป็น และใครจะเป็นผู้ตัดสินใจนโยบาย

4) **การนำนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation)** เมื่อได้ตัดสินใจเลือกนโยบายที่เห็นว่าดีที่สุดแล้ว ก็นำนโยบายที่เลือกแล้วไปปฏิบัติให้บรรลุผล และมีอะไรเป็นผลกระทบต่อนโยบาย

5) **การประเมินผลนโยบาย (policy evaluation)** โดยการวัดว่านโยบายมีประสิทธิผลหรือผลกระทบอย่างไร หลังจากการนำนโยบายนั้นไปสู่การปฏิบัติ และใครจะเป็นผู้ประเมินผลนโยบาย อะไรคือผลที่ตามมาของนโยบายจากการประเมินผล

Dye (1998) ได้เสนอแนวคิด กระบวนการนโยบายสาธารณะว่า การศึกษานโยบายสาธารณะบ่อยครั้งมุ่งเน้นไปว่านโยบายเกิดขึ้นได้อย่างไร มากกว่าดูเนื้อหาหรือนโยบายหรือสาเหตุและผลที่ตามมาของนโยบาย ในการศึกษาว่านโยบายต่างๆ เกิดขึ้นได้อย่างไร โดยทั่วไปจะพิจารณาชุดของกิจกรรมหรือกระบวนการที่เกิดขึ้นในระบบการเมือง (political system) ตามนัยของตัวแบบกระบวนการ (process model) คือ การกำหนดนโยบาย (policy making) เกิดขึ้นโดยสามารถระบุขั้นตอนและแต่ละขั้นตอนสามารถแยกส่วนกันในการตรวจสอบได้ ซึ่งกระบวนการนี้โดยปกติจะมีขั้นตอน ดังนี้

1) **การระบุปัญหาหรือนโยบาย (Identification)** เป็นการระบุปัญหาหรือนโยบายที่เรียกร้องให้ปฏิบัติ ซึ่งส่วนใหญ่ปัญหามักเกิดจากความคิดเห็นของประชาชนที่มีอิทธิพลต่อนโยบายของรัฐ แต่บางนโยบายก็เกิดจากความคิดของผู้ที่ให้การสนับสนุนให้เกิดนโยบายนั้น

2) **การกำหนดเป็นวาระ (Agenda Setting)** หรือการเน้นให้ความสนใจไปยังกลุ่มสื่อมวลชนและข้าราชการในปัญหาสาธารณะที่ตกลงกัน เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจการกำหนดวาระนี้เป็นการระบุปัญหาของสังคมและกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหาซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในการกำหนดนโยบาย ซึ่งบีบบังคับให้รัฐบาลต้องตัดสินใจกระทำหรือรัฐบาลอาจไม่ตัดสินใจกระทำตามก็ได้ ในขั้นตอนนี้จะมีการระดมความคิดเห็นจากสื่อมวลชนเพื่อให้คนส่วนใหญ่ทราบถึงนโยบาย

3) **การก่อรูปนโยบาย (Formulation)** การที่ทางเลือกของนโยบายที่เกี่ยวกับปัญหาได้พัฒนาไปเป็นวาระของรัฐบาล การก่อรูปของนโยบายมักจะมาจากการริเริ่มและการพัฒนานโยบายที่เกิดจากระบบราชการ

คณะกรรมการตามกฎหมาย การประชุมของคณะกรรมการชุดต่างๆ องค์กรที่ทำหน้าที่วางแผนด้านนโยบาย กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ประธานาธิบดีและสภา โดยรายละเอียดของนโยบายที่ก่อตัวขึ้นปกติจะมาจากระดับเจ้าหน้าที่ (staff members) มากกว่าจะเกิดจากผู้นำ (bosses) แต่ละระดับเจ้าหน้าที่ก็มักจะถูกชี้นำซึ่งเขารู้ว่าผู้นำต้องการ

4) นโยบายที่เกิดขึ้นโดยความชอบธรรมตามกฎหมาย (Legitimation) เป็นการกระทำทางการเมืองโดยผ่านพรรคการเมือง กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ ประธานาธิบดีและรัฐสภา

5) การนำนโยบายไปปฏิบัติ (Implementation) เป็นความต่อเนื่องทางการเมือง การกำหนดนโยบายไม่ได้จบลงที่การออกกฎหมาย จะต้องนำนโยบายไปสู่หน่วยงานของระบบราชการเพื่อให้ข้าราชการปฏิบัติตามนโยบายนั้น การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความเกี่ยวข้องกับทุกกิจกรรม เช่น การจัดองค์กรงานใหม่ การมีหน่วยงานหรือตัวแทนรับผิดชอบเพื่อให้สามารถดำเนินการตามนโยบายที่กำหนดไว้ นอกจากนี้การนำนโยบายไปปฏิบัติยังต้องมีรูปแบบและกฎระเบียบเพื่อให้ข้าราชการถือปฏิบัติด้วย

6) การประเมินผลนโยบาย (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการกำหนดนโยบาย เพื่อค้นหาว่านโยบายประสบความสำเร็จตามเป้าหมายเพียงใด ต้นทุนที่ใช้และผลที่ได้รับเป็นอย่างไร เป็นไปตามที่ตั้งใจไว้หรือไม่ การประเมินผลจะทำโดยตัวแทนรัฐบาลเอง ที่ปรึกษาภายนอก สื่อสิ่งพิมพ์และสาธารณชน

โดยสรุป กระบวนการนโยบาย อาจแบ่งได้เป็น 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การกำหนดนโยบาย (Policy making) ประกอบด้วย การก่อตัวของนโยบายหรือการจัดตั้งประเด็นวาระเชิงนโยบาย (policy formation หรือ (agenda setting) การจัดทำหรือการร่างนโยบาย (policy formulation) การตัดสินใจหรือการรับนโยบาย (decision making หรือ policy adoption) และการทำให้นโยบายชอบด้วยกฎหมาย (legitimation) (2) การนำนโยบายไปปฏิบัติ (policy implementation) และ (3) การประเมินผลนโยบาย (policy evaluation)

3. แนวคิดเรื่องการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ (Policy Implementation)

การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ของนโยบาย หากมีการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพก็จะเป็นไปได้ว่าจะเกิดผลลัพธ์ตามคาดหวังจากการออกแบบนโยบาย (มธุดารา โพยมารมณ และคณะ, 2565)

แนวทางการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ มีหลายแนวทาง อาทิ

- แนวทางการศึกษาโครงสร้าง (structural approach)
- แนวทางการจัดการและระเบียบวิธีการ (procedural and managerial approach)
- แนวทางการวิเคราะห์พฤติกรรม (behavioral approach)
- แนวทางการเมือง (political approach)
- แนวทางการพิจารณาจากบนลงล่างและจากล่างขึ้นบน (top-down and bottom approaches)

ทั้งนี้ ปัจจัยที่กำหนดประสิทธิผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ คุณลักษณะของนโยบาย (policy characteristics) ทรัพยากร (resource) ปัจจัยทางบริบท (contextual factors) (เช่น ระดับแรงต้านทานหรือการสนับสนุน กลยุทธ์ที่ใช้ในการแก้ปัญหา) กลไกในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ (เช่น ระดับความยากง่ายเชิงเทคนิค ความชัดเจนและเหมาะสมของตัวชี้วัดและกรอบเวลา) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินนโยบายหรือบังคับใช้กฎหมาย (ทั้งในด้านจำนวน ประสิทธิภาพ ศักยภาพ ทัศนคติ การสื่อสาร และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน) นอกจากนี้ความรับผิดชอบ (accountability) ในการดำเนินงานเป็นปัจจัยสำคัญในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งต้องอาศัยกรอบการทำงานยึดหลักความรับผิดชอบและความโปร่งใส ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ ความมุ่งมั่นในการทำงาน (commitment) และรับผิดชอบในหน้าที่ กลไกการติดตามและรายงานผล (monitoring and reporting) และการทบทวนการทำงาน (review)

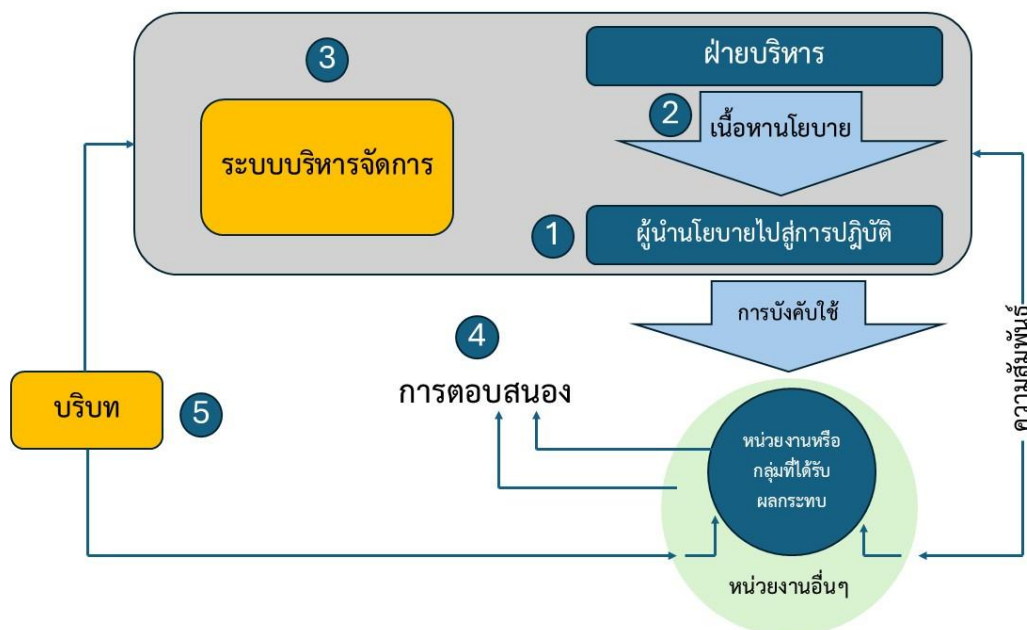
ตัวอย่างการวิเคราะห์การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

การวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ	โอกาสประสบความสำเร็จต่ำ	โอกาสประสบความสำเร็จสูง
1.คุณลักษณะของตัวนโยบาย		
เทคโนโลยีที่ใช้ในกิจกรรม	ซับซ้อน	ง่าย
ต้องการการเปลี่ยนแปลง	มาก	เล็กน้อย
ผู้ปฏิบัติที่ต้องเกี่ยวข้อง	มีจำนวนมาก	มีจำนวนน้อย
การแสดงเป้าหมายของนโยบาย	ไม่ชัดเจน ขัดแย้งกันเอง	ชัดเจน เข้าใจง่าย
จำนวนวัตถุประสงค์หลัก	มีจำนวนมาก	มีวัตถุประสงค์เดียว
ช่วงเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลง	ใช้เวลานาน ยืดเยื้อ	ใช้เวลาสั้น รวดเร็ว
ความชอบธรรมของโครงการ	ไม่ชอบธรรมและไม่ได้รับการยอมรับจากประชาชนและผู้ปฏิบัติ	ชอบธรรมและได้รับการยอมรับจากประชาชนและผู้ปฏิบัติ
ความสามารถและทักษะของผู้ปฏิบัติ	ไม่เพียงพอ	มีประสิทธิภาพ
แรงสนับสนุนจากกลุ่มต่างๆ	ขาดแรงสนับสนุน	มีแรงสนับสนุนจากกลุ่มที่หลากหลาย
การสื่อสารและการประสานงาน	บกพร่องและขาดความต่อเนื่อง	มีความเข้าใจตรงกันและสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ
2.ทรัพยากร		
จำนวนเจ้าหน้าที่ แพทย์ พยาบาล	มีจำนวนจำกัด	มีเพียงพอ
จำนวนเตียงและทรัพยากร	มีจำนวนจำกัด	มีเพียงพอ
3.บริบทที่เกี่ยวข้อง		

การวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติ	โอกาสประสบความสำเร็จต่ำ	โอกาสประสบความสำเร็จสูง
ความมั่นคงของรัฐบาลและการเมือง	ไม่มีเสถียรภาพ	มีเสถียรภาพ
สภาพเศรษฐกิจ	เศรษฐกิจซบเซา	เศรษฐกิจเฟื่องฟู
การพัฒนาาระบบโครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพ	ไม่สมบูรณ์ สถานพยาบาลมีความกระจุกตัว	โครงสร้างพื้นฐานครอบคลุม และมีการกระจายตัวดี
ข้อจำกัดด้านข้อมูลข่าวสาร	ระบบข้อมูลมีจำกัด สื่อสารในวงแคบ เกิดความคลาดเคลื่อน	ระบบมีประสิทธิภาพ สื่อสารได้ฉับไว ถูกต้องมีระบบข้อมูลย้อนกลับ
การปฏิรูปอื่นๆ	ทิศทางขัดแย้งกับนโยบาย หรือก่อให้เกิดแรงต้านนโยบาย	ทิศทางสอดคล้องกับนโยบาย หรือก่อให้เกิดแรงเสริมนโยบาย

การวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ มีองค์ประกอบหลักที่ควรคำนึงถึง 5 องค์ประกอบ

- 1) **ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ** โดยปัจจัยหลักที่ควรคำนึงถึงในการวิเคราะห์ประกอบด้วย ความสอดคล้องของบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ศักยภาพของผู้ปฏิบัติ ลักษณะขององค์กรที่นำนโยบายสู่การปฏิบัติ รวมทั้งคุณค่าและผลประโยชน์ที่ได้รับจากการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
- 2) **เนื้อหาของนโยบาย** ความซับซ้อนและความชัดเจนของเป้าหมายนโยบาย ประสิทธิภาพของนโยบาย รวมทั้งความสอดคล้องของนโยบายกับโครงสร้างการบริหารจัดการที่มีอยู่ และบริบททางเศรษฐกิจและสังคม
- 3) **การบริหารจัดการเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ** ซึ่งต้องคำนึงถึงทรัพยากร ศักยภาพของหน่วยงานที่รับผิดชอบ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลยุทธ์ที่ใช้ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
- 4) **การตอบสนองต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบาย** ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาผลกระทบเชิงลบและเชิงบวก
- 5) **บริบทของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ** เช่น การรับรู้ของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับนโยบายและปัญหาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำไปสู่การสนับสนุนหรือแรงต้านนโยบาย



ภาพที่ 4 ตัวอย่างกรอบการวิเคราะห์ขั้นตอนกระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ

4. ตัวแบบทฤษฎีการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ (Public Policy Implementation Model)

4.1 ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติจากบนลงล่าง (Top-down Theories of Implementation)

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับความสามารถของผู้กำหนดนโยบายในการกำหนดวัตถุประสงค์ของนโยบายอย่างชัดเจน รวมไปถึงการติดตาม กำกับดูแลและควบคุมการนำนโยบายไปปฏิบัติ สำหรับสมมติฐานของทฤษฎีนี้ คือ (1) การนำนโยบายไปปฏิบัติเริ่มต้นมาจากการตัดสินใจของรัฐบาลกลาง (2) เน้นที่กระบวนการทางการเมืองตามทฤษฎีระบบ (3) มักไม่สนใจผลกระทบของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติที่มีต่อการให้บริการตามนโยบาย (4) นโยบายเป็นปัจจัยนำเข้า (inputs) และการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นผลผลิต (outputs) และ (5) แนวการศึกษาที่เน้นบทบาทการใช้อำนาจของผู้นำ

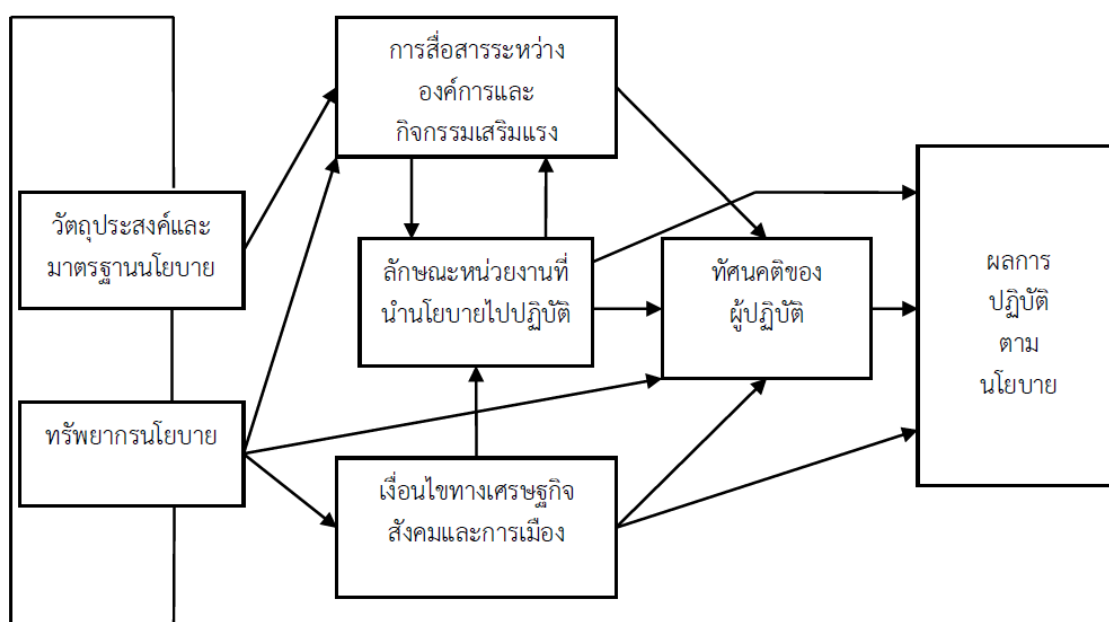
4.1.1 ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวน มีเตอร์ และแวน ฮอร์น

แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบนี้พัฒนาโดย Van Meter, Donald S. & Van Horn, Carl E. (1976 : 445-488) ได้กล่าวถึงตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เมื่อปี ค.ศ. 1975 เรื่อง “The Policy Implementation Process A Conceptual Framework” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงกระบวนการของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งได้ตั้งชื่อตัวแบบนี้ว่า “A Model of the Policy Implementation Process”

องค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ วัตถุประสงค์และมาตรฐานนโยบาย (Policy Standards and Objectives) ทรัพยากรนโยบาย (Policy Resources) การสื่อสารระหว่างองค์กรและกิจกรรมการเสริมแรง (Inter-Organizational Communication and Enforcement Activities) ลักษณะหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ (The Characteristics of Implementing Agency)

Agencies) เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง (Economic, Social and Political Conditions) และความตั้งใจของผู้ปฏิบัติ (The Disposition of Implementers)

จุดเด่นของตัวแบบ คือ (1) กระบวนการสื่อสาร ถือได้ว่าเป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างมาตรฐานและวัตถุประสงค์ของนโยบาย การสื่อสารระหว่างหน่วยงานและกิจกรรมการส่งเสริม ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ และการยอมรับในตัวผู้ปฏิบัติ (2) ปัญหาด้านความสามารถ ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติเกี่ยวข้องกับความสามารถของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติว่าสามารถปฏิบัติตามนโยบายได้หรือไม่ ปัญหาด้านความสามารถนี้เกี่ยวข้องกับตัวแปร 4 ประการ ได้แก่ ทรัพยากรของนโยบาย การสื่อสารและกิจกรรมส่งเสริม ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ และสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคมและการเมือง (3) ความขัดแย้งในการปฏิบัติงาน เนื่องจากผู้ปฏิบัติไม่ยอมรับในสิ่งที่ต้องทำ ปัญหานี้จะเกี่ยวข้องกับตัวแปรต่าง ๆ ได้แก่ ทรัพยากรของนโยบาย การสื่อสารและกิจกรรมการส่งเสริม ลักษณะของหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ และสภาพเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง



ภาพที่ 5 ตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของแวนมีเตอร์และแวนฮอร์น

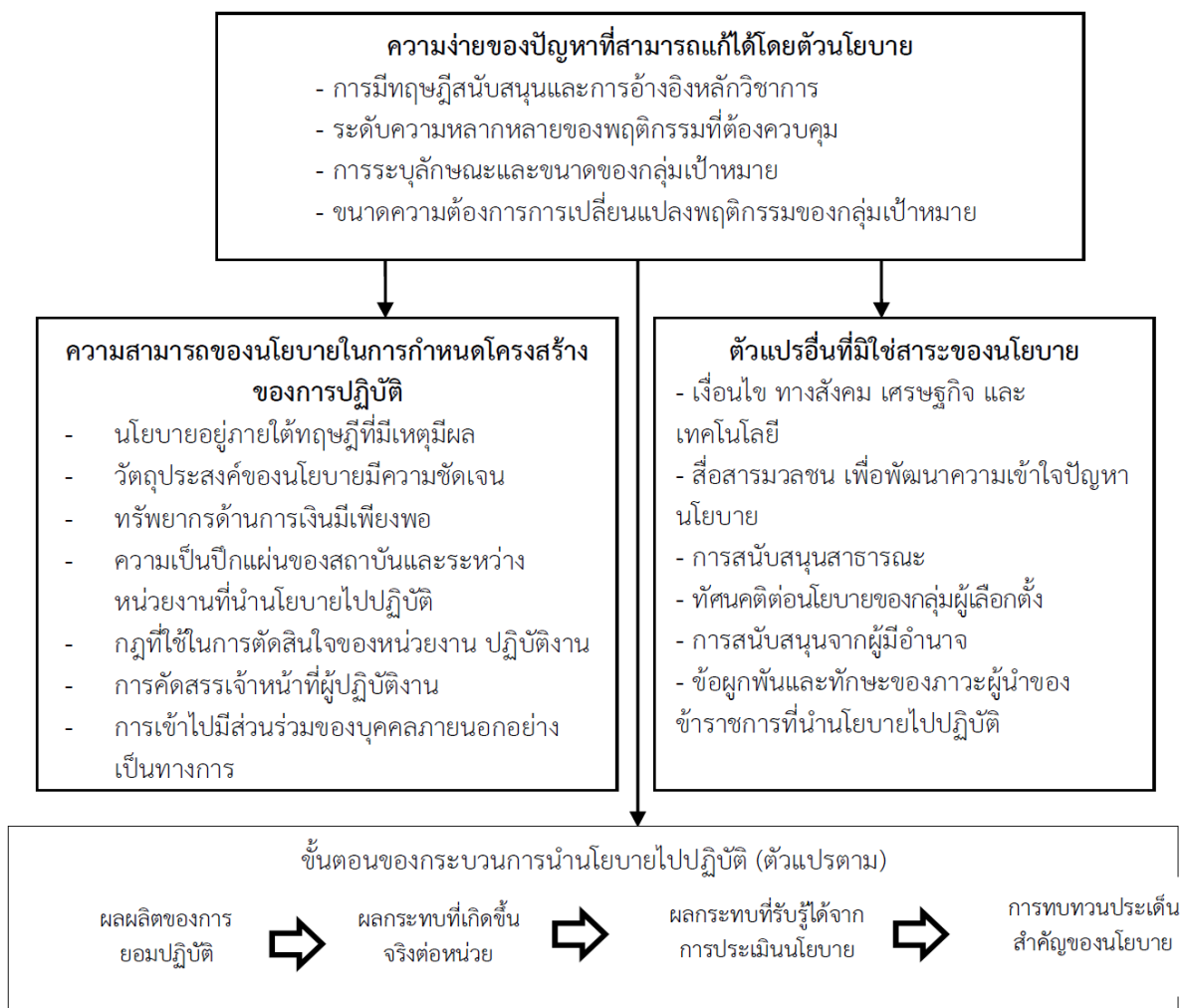
ที่มา : Van Meter, Donald S. & Van Horn, Carl E. (1976 : 488)

4.1.2 ตัวแบบการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติของซาบาเตียร์และแมชมานเนียน

แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบ พอล ซาบาเตียร์และเดเนียล แมชมานเนียน (Paul Sabatier & Danial Mazmanian, 1980) ได้แบ่งลักษณะของนโยบายออกเป็นประเภทต่าง ๆ เพื่อสร้างให้เกิดความเข้าใจของการศึกษาโดยรวม และได้ทำการศึกษาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติโดยการมองจากตัวแบบที่เป็นเหตุเป็นผลโดยพิจารณาจากความซับซ้อนของนโยบายและความหลากหลายของปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติจะประสบกับความสำเร็จหรือความล้มเหลว

องค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบ ได้แก่ ความสามารถในการแก้ไขปัญหของนโยบายซึ่งถูกระบุไว้ในนโยบายแล้ว ความสามารถของนโยบายที่ช่วยกำหนดโครงสร้างการปฏิบัติงานให้เกิดการบรรลุผลสำเร็จตามนโยบายที่กำหนดไว้ และผลกระทบโดยรวมของตัวแปรด้านอื่น ๆ ที่มีต่อการสนับสนุนในการดำเนินนโยบายให้บรรลุวัตถุประสงค์

จุดเด่นของตัวแบบ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ของนโยบายที่ชัดเจนและมีความแน่นอน นโยบายจะต้องมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เหมาะสม ต้องมีการให้อำนาจแก่หน่วยปฏิบัติอย่างเพียงพอในการดำเนินการ ผู้นำของหน่วยปฏิบัติมีความสามารถทางการบริหารและทักษะทางการเมือง นโยบายต้องได้รับการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากประชาชนและผู้นำคนสำคัญทางฝ่ายนิติบัญญัติ และฝ่ายบริหาร ตลอดทั้งกระบวนการในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ส่งผลให้การนำตัวแบบของซาบาเตียร์และแมซมานีเยนไปใช้ให้ประสบผลสำเร็จ



ภาพที่ 6 ตัวแบบการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (General Model of Implementation Process) ที่มา : Sabatier & Mazmanian (1980)

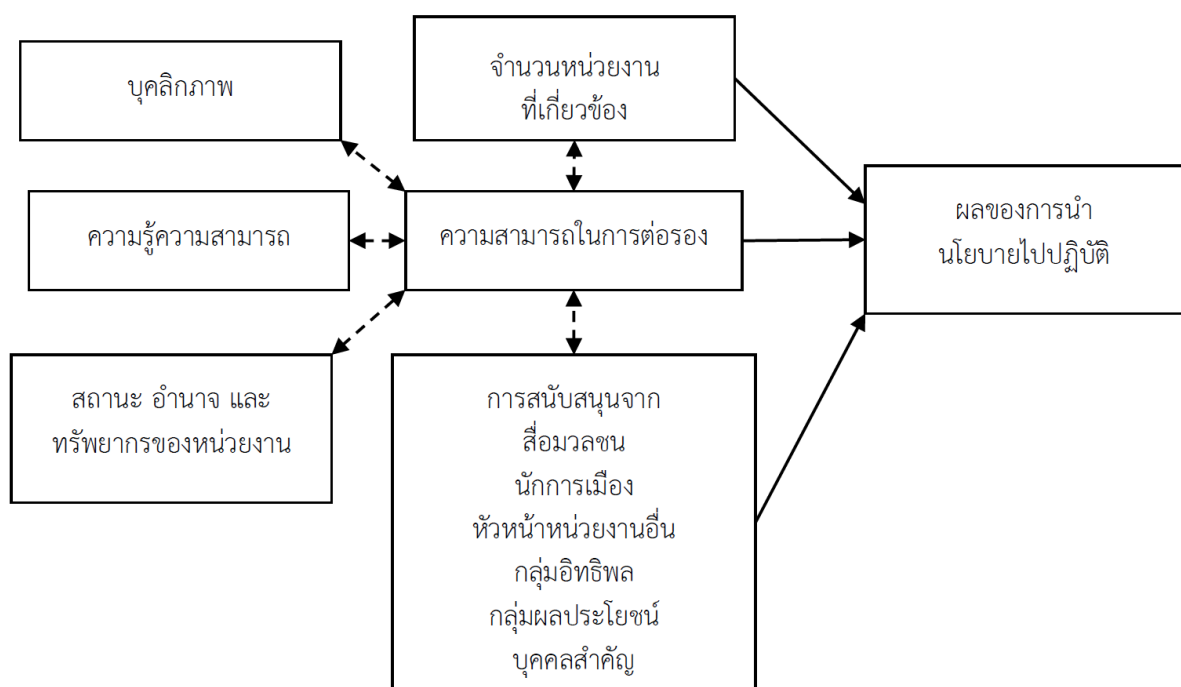
4.1.3 ตัวแบบทางการเมือง (Political Model)

ตัวแบบการวิเคราะห์นี้มีพื้นฐานที่มาจากการศึกษาของ อัลลิสัน (Alison), เพรสแมน (Pressman), วิลดาฟสกี (Wildavsky), บาร์แดช (Bardach), ซาบาเตียร์ (Sabatier) และแมซเมเนี่ยน (Mazmanian)

ตามลำดับ ตัวแบบวิเคราะห์นี้เชื่อว่า ความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเกิดจากความสามารถของผู้เล่น หรือบุคคลที่เป็นตัวแทนขององค์กร กลุ่มหรือสถาบัน และความสัมพันธ์กับปัจจัยภายนอกองค์กร โดยเห็นว่าการพึ่งพิงต่อกัน วิธีการมีส่วนร่วม เป็นสิ่งที่ยากที่จะเกิดขึ้นได้ ความขัดแย้งเป็นปรากฏการณ์ธรรมดาที่เกิดขึ้นในองค์กร และในระบบสังคมทั่วไป การตั้งความคาดหวัง หรือการหวังจะให้ทุกฝ่ายเห็นชอบและปฏิบัติตามนโยบายเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก ทั้งนี้เพราะนโยบายก็คือการเมืองซึ่งเป็นเรื่องของการจัดสรรแบ่งปันสิ่งที่มีคุณค่าเพื่อสังคม ซึ่งแน่นอนย่อมจะมีทั้งผู้ได้รับประโยชน์และเสียประโยชน์ ดังนั้น จึงเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกฝ่ายจะต้องคอยปกป้องผลประโยชน์ของตน

องค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบทางการเมือง (Political Model) ได้แก่ ความสามารถในการเจรจา สถานะของอำนาจ และทรัพยากรที่มีอยู่ของหน่วยงานในฐานะที่จะใช้เป็นเครื่องมือต่อรองของบุคคลที่เป็นตัวแทนขององค์กร (Players) จำนวนหน่วยงานที่จะต้องเข้าไปเกี่ยวข้อง การสนับสนุนจากนักการเมือง สื่อมวลชน กลุ่มอิทธิพลและกลุ่มผลประโยชน์ บุคคลสำคัญต่าง ๆ รวมถึงสภาพความแตกต่างทางด้านบุคลิกภาพ ความรู้ ความสามารถ ความชำนาญในการต่อรองของผู้เล่น

ตัวแบบนี้จุดเด่น คือ การบริหารความขัดแย้งการแสวงหาผู้สนับสนุนหรือการยอมรับ การโฆษณาชวนเชื่อ การรู้จักสร้างเงื่อนไขและหาข้อต่อรองในการจัดสรรทรัพยากรทั้งระหว่างบุคคล กลุ่มบุคคลหน่วยงาน ตลอดจนองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง



ภาพที่ 7 ตัวแบบทางการเมือง (Political Model)

ที่มา : Pressman and Wildavsky, 1973 ; Bardach, 1977; Sabatier and Mazmanian, 1980

4.2 ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติจากล่างขึ้นบน (Bottom-up Theories of Implementation)

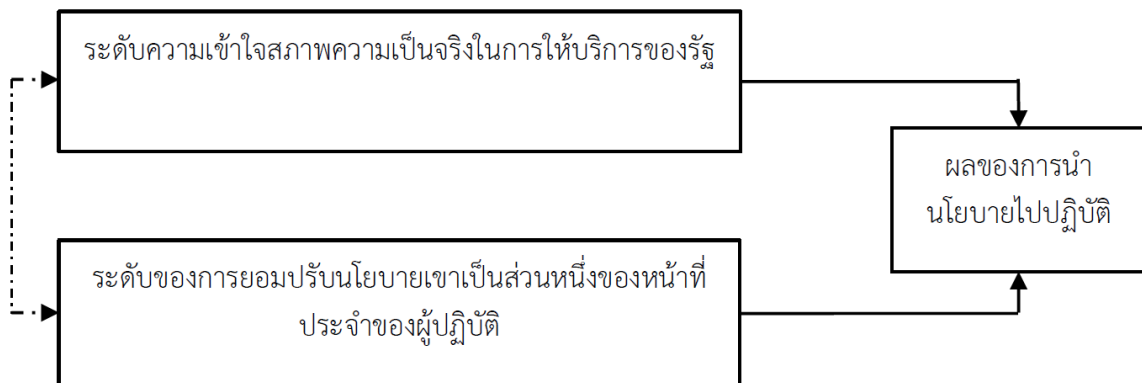
ทฤษฎีนี้เน้นผู้ปฏิบัติเชิงพื้นที่ในฐานะผู้ให้บริการและมองการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เกิดในเครือข่ายของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ทฤษฎีนี้เกิดขึ้นช่วงปลายทศวรรษ 1970 ถึงทศวรรษ 1980 สมมติฐานของทฤษฎีนี้ได้แก่ (1) ผลลัพธ์ทางการที่เกิดขึ้นไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบาย (2) การเชื่อมโยงเชิงสาเหตุและผลตามความเชื่อของทฤษฎีจากบนลงล่างก็อาจไม่เป็นจริงเสมอไปหรืออาจไม่ได้ผลจริงตามวัตถุประสงค์ของนโยบาย (3) สนใจศึกษาสิ่งที่เกิดขึ้นจริงในระดับของการให้บริการและสาเหตุที่แท้จริงที่มีผลต่อการปฏิบัติในระดับล่าง (4) การศึกษาจะเริ่มจากการระบุเครือข่ายของตัวแสดงในการให้บริการที่แท้จริงเป็นอย่างไร และ (5) ปฏิเสธแนวคิดนโยบายเริ่มมาจากระดับบนและส่งนโยบายลงมาให้ผู้ปฏิบัติเพื่อปฏิบัติตามจะให้ผลสำเร็จมากที่สุด แต่มีแนวคิดว่าการใช้ดุลพินิจการให้บริการระดับล่างเป็นปัญหาที่แท้จริงมากกว่าการพิจารณาจากระดับบน

4.2.1 ตัวแบบทางกระบวนการของระบบราชการ (Bureaucratic Process Model) ของลิปสกี (Lipsky)

แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบนี้ได้ชื่อว่าอำนาจขององค์กรไม่ได้อยู่ในตำแหน่งทางรูปนัยแต่อำนาจที่แท้จริง จะอยู่กระจัดกระจายทั่วไปในองค์กร ในแง่ที่ว่าสมาชิกองค์กรทุกคนมีอำนาจในการใช้วิจารณญาณของตนเองได้ ดังนั้นตัวแบบนี้จึงเชื่อว่าผลของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับระดับความเข้าใจสภาพความเป็นจริงในการให้บริการของผู้กำหนดนโยบายและระดับการยอมรับนโยบายเข้าเป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ประจำวันของผู้ปฏิบัติ ตัวแบบนี้พัฒนามาจากนักสังคมวิทยาพยายามจะสร้างกรอบการมองหาสภาพความเป็นจริง (Social Reality)

องค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบ ได้แก่ หัวหน้าองค์กรหรือบุคคลหนึ่งบุคคลใดโดยเฉพาะในทางตรงกันข้าม อำนาจที่แท้จริงอยู่กระจัดกระจายกันทั่วไปในองค์กรซึ่งหมายความว่าสมาชิกขององค์กรทุกคนมีอำนาจในแง่ของการใช้วิจารณญาณโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้าราชการมีหน้าที่ต้องติดต่อกับประชาชนอย่างใกล้ชิด หรือที่ลิปสกี (Lipsky) เรียกว่า “Street-Level Bureaucrats” (Jantarasorn.2011 : 145) สามารถใช้วิจารณญาณในการปฏิบัติหน้าที่ของตนโดยที่ผู้บังคับบัญชาไม่อาจจะควบคุมได้ การยืดเยื้อโครงการใหม่ๆ ที่จะมีผลกระทบหรือเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในวิถีชีวิตประจำวันของข้าราชการเหล่านี้ มักจะไร้ผล นอกเสียจากข้าราชการหรือผู้ปฏิบัติจะยอมรับหรือปรับนโยบาย แนวทางการปฏิบัติเหล่านี้เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ประจำวันของเขาเอง ดังนั้นการที่จะนำเทคนิคทางการบริหารหรือวิธีการพัฒนาใหม่ๆ มาใช้ก็ดี การออกระเบียบแบบแผน เพื่อหวังจะให้ข้าราชการที่รับผิดชอบในด้านการบริการประชาชนทางานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นก็มักจะไร้ผลคุณค่าของตัวแบบนี้อยู่ที่การแสดงให้เห็นว่าในบางครั้งการกำหนดนโยบาย การออกแบบโครงการเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้ปฏิบัติ ซึ่งอาจจะเป็นข้าราชการหรือประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมด้วยก็ดีจำเป็นที่จะต้องพัฒนามาจากเบื้องล่าง และการพัฒนาในลักษณะดังกล่าวที่จะเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์นั้น จำเป็นจะต้องผ่านกระบวนการเรียนรู้ (Learning Process) เพื่อให้เข้าใจสภาพความเป็นจริงและพฤติกรรมปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจริง ๆ อย่างชัดเจน

จุดเด่นของตัวแบบ ให้ความสำคัญกับอำนาจการใช้วิจารณ์ของผูปฏิบัติงานโดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวข้าราชการซึ่งเป็นฟันเฟืองสำคัญในการปฏิบัติกรนโยบาย



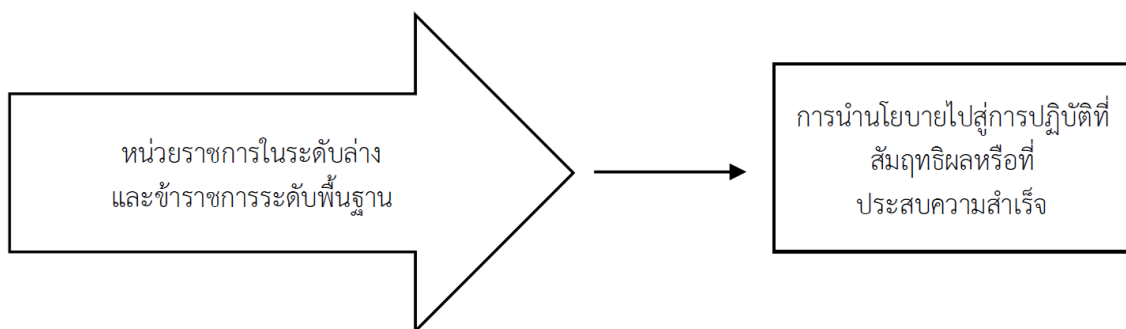
ภาพที่ 8 การนำนโยบายไปปฏิบัติโดยใช้ตัวแบบทางกระบวนการของระบบราชการของลิปสกี (Lipsky)

ที่มา : Woradech Jantarasorn. 2009 : 145

4.2.2 ตัวแบบการวิเคราะห์หน่วยงานในระดับล่างและข้าราชการระดับพื้นฐาน (Backward Mapping or Bottom-up Perspective Model)

แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบ ในทฤษฎีของเอลมอร์ (Elmore) เห็นว่าการวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ผ่านมา มุ่งเน้นไปที่กลุ่มผู้มีตำแหน่งสูงตามโครงสร้างอำนาจหน้าที่ในการวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติตามความเป็นจริงแล้วได้มีการเรียกร้องให้มุ่งความสนใจหรือความเอาใจใส่ไปที่กลุ่มบุคคลที่มีส่วนรับผิดชอบของการทำให้เกิดผลลัพธ์เกิดขึ้นมากกว่า เมื่อเป็นเช่นนี้ ตัวแบบการวิเคราะห์นี้จึงมีจุดมุ่งหมายที่จะเสนอตัวแบบการวิเคราะห์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่มีลักษณะตรงกันข้ามกับตัวแบบหรือแนวทางการวิเคราะห์จากบนลงล่าง โดยองค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบ คือ การกำหนดเป้าหมายของนโยบายจะเป็นเรื่องของผู้ที่มีหน้าที่ในการตัดสินใจ

จุดเด่นของตัวแบบ คือ เน้นให้ความสำคัญกับหน่วยงานในระดับล่างและข้าราชการระดับพื้นฐานเป็นสำคัญ



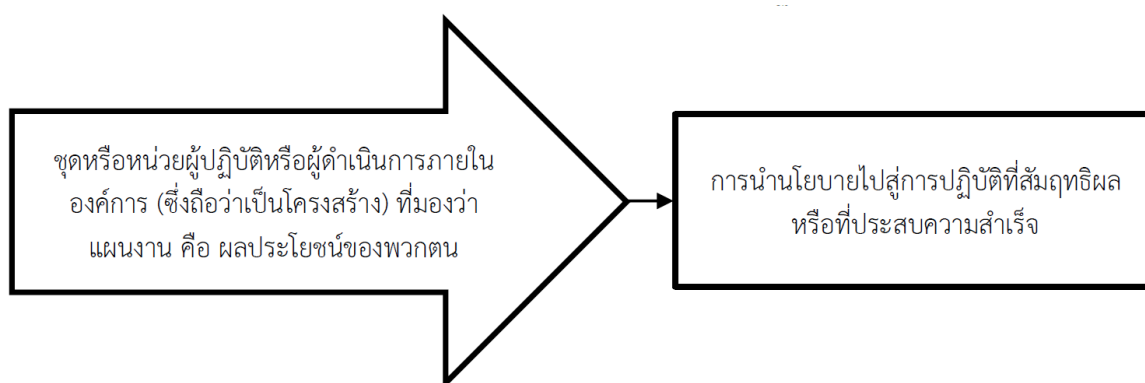
ภาพที่ 9 ตัวแบบการวิเคราะห์หน่วยงานในระดับล่างและข้าราชการระดับพื้นฐาน

ที่มา : Backward Mapping or Bottom up Perspective Model Elmore, 1978 : 185

4.2.3 ตัวแบบการวิเคราะห์โครงสร้าง (The Model of Structure)

แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบการวิเคราะห์โครงสร้าง (The Model of Structure) คือ การเน้นไปที่โครงสร้างของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และตรงข้ามกับการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติแบบบนลงล่าง โดยตัวแบบนี้เชื่อว่าชุดหรือหน่วยผู้ปฏิบัติหรือผู้ดำเนินการภายในองค์การที่มองว่าแผนงานคือผลประโยชน์ของพวกเขาคนมีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่สัมฤทธิ์ผล องค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบ คือ ชุดหรือหน่วยของผู้ปฏิบัติหรือผู้ดำเนินการชุดต่าง ๆ ที่เป็นฝ่ายในการนำแผนหรือแผนงานไปปฏิบัติ

จุดเด่นของตัวแบบ เหมาะสำหรับการวิเคราะห์กระบวนการนโยบายโดยมุ่งเน้นไปที่ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากนโยบายสาธารณะว่าเอาประโยชน์ต่อองค์การใดในโครงสร้างของรัฐ



ภาพที่ 10 ตัวแบบการวิเคราะห์โครงสร้าง (The Model of Structure) (Hjern, 1982 : 211)

4.3 ทฤษฎีการนำนโยบายไปปฏิบัติแบบผสม (Hybrid Theories of Implementation)

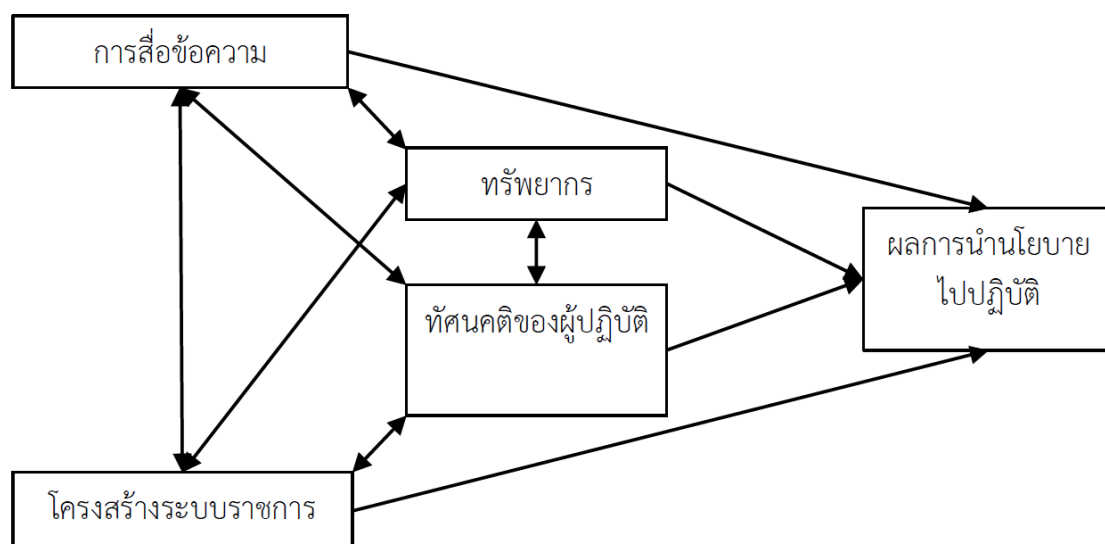
เอลมอร์ (Elmore) ปี ค.ศ.1985 ซาบาเตียร์ ปี ค.ศ.1986 และก็อกกิน (Goggin) และคณะเมื่อปี ค.ศ. 1990 สังเคราะห์ทฤษฎีผสมนี้ โดยรวมเอาองค์ประกอบทั้งสองฝ่ายเข้าด้วยกันเพื่อปิดจุดอ่อนของแต่ละฝ่าย เป็นต้นว่า (1) ทฤษฎีบนลงล่างเน้นการเริ่มต้นจากข้างบนมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างทฤษฎีทั่วไป ยึดถือตามแนวกระบวนการและขั้นตอนนโยบาย เน้นการนำการตัดสินใจระดับบนไปปฏิบัติ ยึดประชาธิปไตยแบบตัวแทนหรือตัวแบบผู้นำ (2) ทฤษฎีล่างขึ้นบนเริ่มต้นจากล่างและขยายออกไปทางข้าง มีจุดมุ่งหมายที่จะพรรณนาและอธิบายปฏิกิริยาของตัวแสดงในการให้บริการถือว่าขั้นการนำนโยบายไปปฏิบัติแยกไม่ออกจากขั้นการก่อรูปหรือยึดตามหลักการหลอมรวม (Fusionist model) มากกว่าจะกระจายออกไป ปฏิเสธขั้นตอนของนโยบายซึ่งอธิบายว่าไม่มีทางที่ระดับบนจะคุมระดับล่างได้หมดเนื่องจากระดับล่างมีดุลพินิจและผลประโยชน์เป็นของตัวเอง ทฤษฎีล่างขึ้นบนยึดประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมกล่าวคือนอกจากผู้นำแล้วยังต้องคำนึงถึงเจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่น ภาคเอกชนและกลุ่มเป้าหมายด้วย ดังนั้นการผสมตามทฤษฎีใหม่ทำให้เกิดแนวทางบูรณาการขึ้นมาจำนวนมาก

4.3.1 ตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย (Interactions between Factor Models)

แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบ เป็นตัวแบบที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Edwards, George C.1980 : 148) องค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบ คือ การสื่อข้อความ

(Communication) ทรัพยากร (Resources) จุดยืนหรือทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน (Dispositions or Attitudes of Implementer) และโครงสร้างระบบราชการ (Bureaucratic Structure)

จุดเด่นของตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย คือ เป็นตัวแบบที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยภายในองค์การที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งมีปัจจัยคล้ายคลึงกับกับตัวแบบกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของมิเตอร์และฮอร์น แต่ตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยให้ความสำคัญกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบทางตรงและทางอ้อมของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ



ภาพที่ 11 ตัวแบบปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย (Interactions Between Factor Models)

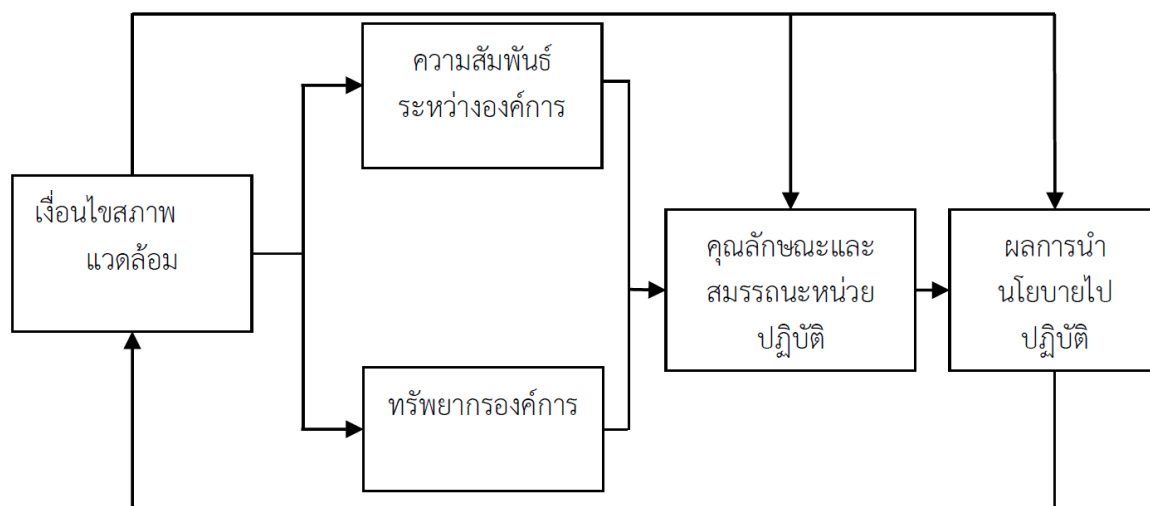
ที่มา : Edwards, George C. (1980 : 148)

4.3.2 ตัวแบบการกระจายอำนาจ (A Model of Decentralization Program Implementation Process)

แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบ Cheema, Shabbir G. & Rondinelli, Dennis A. (1983: 16) ได้พัฒนาตัวแบบการกระจายอำนาจ (A Model of Decentralization Program Implementation Process) ขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแผนงานการกระจายอำนาจในการนำนโยบายไปปฏิบัติในเอเชีย โดยมุ่งเน้นศึกษาสมรรถนะขององค์กรท้องถิ่นในการพัฒนาชนบท

องค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบ คือ เงื่อนไขทางสภาพแวดล้อม (Environmental Conditions) โครงสร้างระบบราชการ (Bureaucratic Structure) ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร (Inter-Organizational Relationship) ทรัพยากรองค์การสำหรับการนำแผนงานไปปฏิบัติ (Organizational Resources for Program Implementation) และคุณลักษณะและสมรรถนะของหน่วยปฏิบัติ (Characteristics and Capabilities of Implementing Agencies) การให้ความสำคัญต่อการกระจายอำนาจโดยมีสมมติฐานว่าผลการปฏิบัติงาน และผลกระทบจากการนำแผนงานไปปฏิบัติในระดับท้องถิ่น เป็นผลจากอิทธิพลของกลุ่มตัวแปร 4 กลุ่ม ได้แก่ เงื่อนไขสภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร ทรัพยากรองค์การสำหรับนำแผนงานไปปฏิบัติ คุณลักษณะและสมรรถนะของหน่วยงานปฏิบัติ

จุดเด่นของตัวแบบการกระจายอำนาจ คือ การประเมินความสำเร็จของแผนงานอาจทำได้ 2 วิธี วิธีแรก ทำการประเมินโดยพิจารณาจากพื้นฐานของวัตถุประสงค์ตามที่ระบุไว้ในเอกสารนโยบายของรัฐบาล โดยตรวจสอบวัตถุประสงค์เหล่านี้ด้วยการสร้างเครื่องมือชี้วัดที่เหมาะสม วิธีที่สอง ทำการประเมินผลงานจากผลกระทบทางสังคมและผลการพัฒนาที่เกิดขึ้น โดยพิจารณาจากเป้าหมายของการพัฒนาซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป



ภาพที่ 12 ตัวแบบการกระจายอำนาจ

(A Model of Decentralization Program Implementation Process)

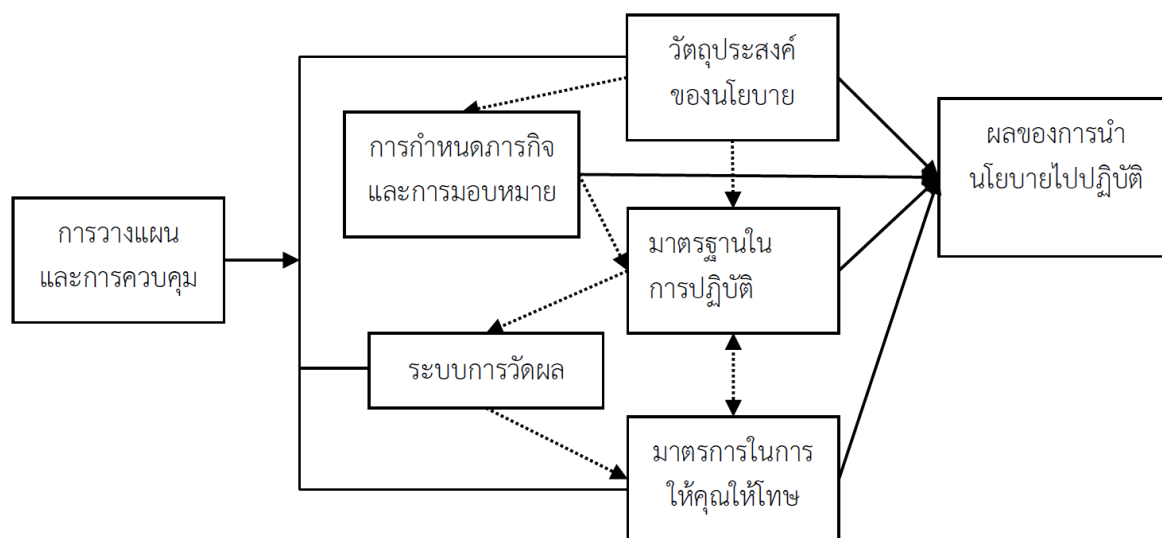
ที่มา : Cheema, Shabbir G. & Rondinelli, Dennis A. (1983 : 16)

4.3.3 ตัวแบบยึดหลักเหตุผล (Rational Model)

แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบยึดถือฐานคติที่ว่า “นโยบายที่ประสบความสำเร็จจะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์และภารกิจที่ชัดเจน มีการมอบหมายงาน และกำหนดมาตรฐานการทำงานให้แก่หน่วยย่อยต่าง ๆ ขององค์กร มีระบบวัดผลการปฏิบัติงาน ตลอดจนระบบการให้คุณให้โทษ”

องค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบ กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติเริ่มต้นมาจากการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจว่าอะไรคือเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ผู้กำหนดนโยบายต้องการ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถกำหนดภารกิจ มอบหมายงานหรือกำหนดความรับผิดชอบเฉพาะของแต่ละฝ่ายให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของนโยบาย ซึ่งจะช่วยให้การประสานการปฏิบัติงานเป็นไปโดยราบรื่น การกำหนดมาตรฐานในการทำงานอำนวยความสะดวกให้เกิดระบบการประเมินผลที่สมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ เป็นการง่ายที่ผู้บริหารนโยบายสามารถควบคุมตรวจสอบการปฏิบัติงานของแต่ละฝ่ายได้อย่างตลอดเวลาและต่อเนื่อง และระบบการประเมินผลที่สมบูรณ์และการมีมาตรฐานในการทำงานที่เด่นชัดย่อมส่งผลให้การใช้ระบบการให้คุณให้โทษเป็นไปอย่างเป็นธรรมมากมากยิ่งขึ้น และการสร้างความเป็นธรรมในระบบจะช่วยเสริมสร้างให้มาตรฐานในการปฏิบัติงานสูงขึ้นอีกด้วย

จุดเด่นของตัวแบบ มีการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจว่าอะไรเป็นเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ผู้กำหนดนโยบายต้องการ



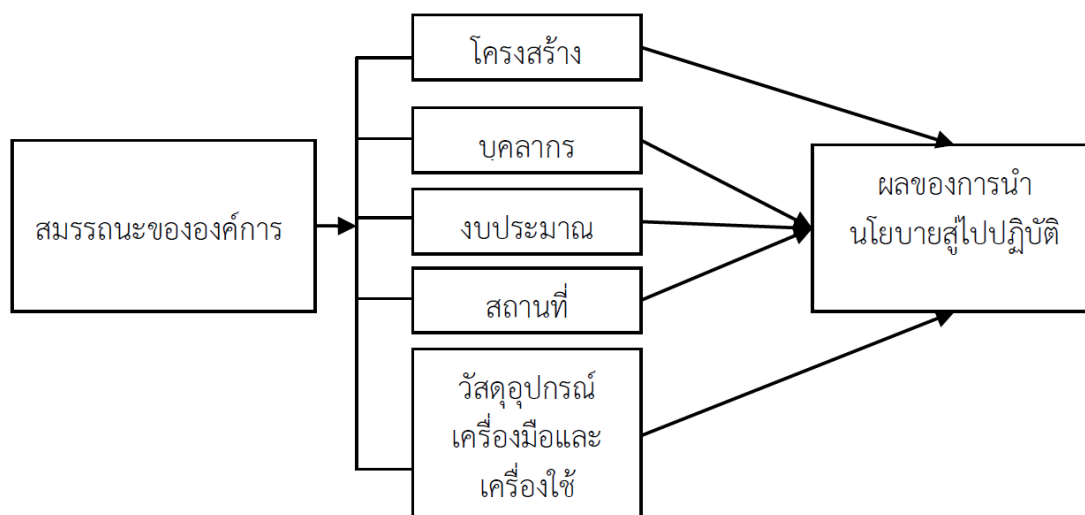
ภาพที่ 13 ตัวแบบยึดหลักเหตุผล (Rational Model) (Woradech Jantasorn, 2009 : 131)

4.3.4 ตัวแบบทางการจัดการ (Management Model)

แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบเป็นการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยเน้นให้ความสนใจไปที่สมรรถนะขององค์กรเพราะเชื่อว่าความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติขึ้นอยู่กับองค์การที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติว่ามีความสามารถที่จะปฏิบัติจนให้สอดคล้องกับความคาดหวังเพียงใด ในลักษณะนี้โครงการจะประสบผลสำเร็จได้จึงจำเป็นที่จะต้องอาศัยโครงสร้างขององค์กรที่เหมาะสม บุคลากรที่อยู่ในองค์กรจะต้องมีความรู้ความสามารถทั้งทางด้านการบริหารและเทคนิคการจัดการอย่างเพียงพอ (Woradech Jantasorn. 2011 : 134-135)

องค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบนี้ให้ความสำคัญกับสมรรถนะขององค์การภาครัฐซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยสำคัญ ได้แก่ โครงสร้างขององค์กร บุคลากรขององค์กร งบประมาณในการดำเนินการ สถานที่ปฏิบัติการนโยบาย และวัสดุอุปกรณ์เครื่องมือและเครื่องใช้ในการดำเนินการ ดังนั้น องค์การจึงต้องมีการวางแผน เตรียมความเกี่ยวกับปัจจัยองค์ประกอบย่อยเหล่านี้ให้สมบูรณ์

จุดเด่นของตัวแบบ ตัวแบบนี้ความพยายามที่จะศึกษาหาแนวทางแก้ไขอุปสรรคของการนำนโยบายไปปฏิบัติโดยมุ่งเน้นการแก้ไขที่ตัวองค์กรเจ้าภาพหลักหรือร่วมในการนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น การขาดเงินทุน การขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ความล่าช้าในการสรรหาบุคลากร ความล่าช้าในการจัดระบบงานต่าง ๆ เป็นต้น (Woradech Jantasorn (2011 : 134)



ภาพที่ 14 ตัวแบบด้านการจัดการ (Management Model)

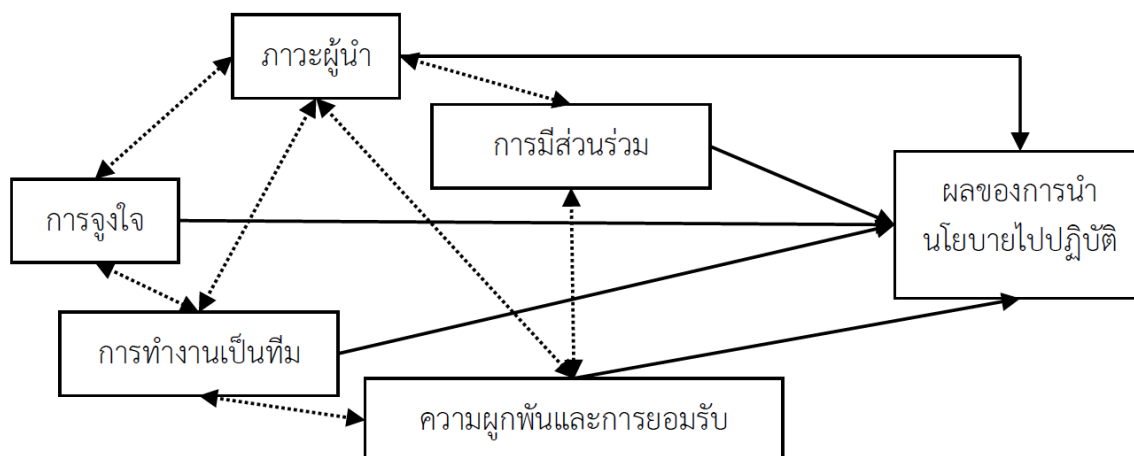
ที่มา : Woradech Jantarasorn (2011 : 134)

4.3.5 ตัวแบบทางด้านการพัฒนาองค์กร (Organization Development Model)

แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบ เป็นการศึกษานำนโยบายไปปฏิบัติ โดยการศึกษาในแง่ของการสร้างความผูกพันและการยอมรับ เพื่อมุ่งสนองตอบความต้องการทางจิตวิทยาและทางสังคมของมนุษย์ ความสนใจในลักษณะนี้ จึงเป็นเรื่องของการนำตัวแบบทางด้านการพัฒนาองค์กร (Organization Development Model) มาประยุกต์โดยตรง (Woradech Jantarasorn. 2011 : 135-136)

องค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบ ได้แก่ ภาวะผู้นำ การจูงใจ การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วม และความผูกพันและการยอมรับ กล่าวคือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรเป็นสำคัญเพราะจะทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญในเรื่องของการจูงใจ ภาวะผู้นำที่เหมาะสม การสร้างความผูกพันโดยวิธีการให้สมาชิกในองค์กรมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการยอมรับ ตลอดจนการสร้างทีมงานมากกว่าการใช้ควบคุม

จุดเด่นของตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติตามตัวแบบนี้ จึงเป็นเรื่องกระบวนการที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดหรือวางกรอบนโยบาย โดยถือว่านโยบายเหล่านั้นมาจากผู้ปฏิบัติเองโดยตรงสามารถอธิบายได้ (Woradech Jantarasorn. 2011 : 135-136)



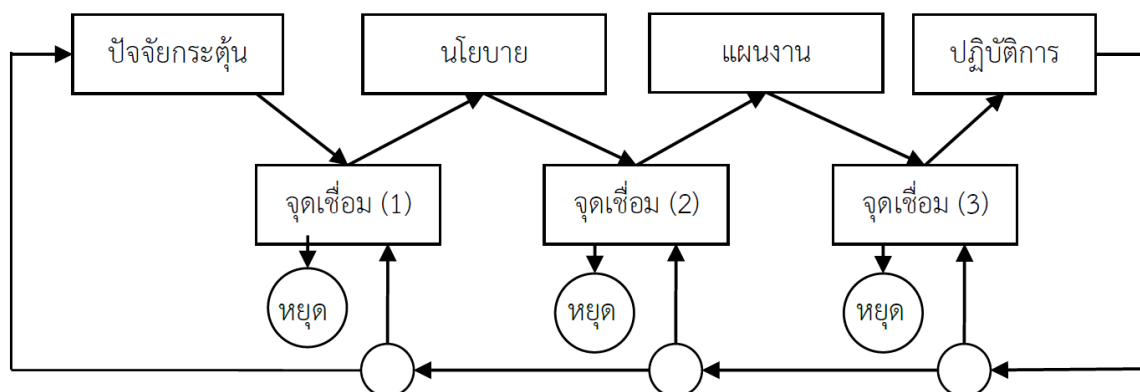
ภาพที่ 15 ตัวแบบด้านการพัฒนาองค์กร
ที่มา : Woradech Jantarasorn (2011 : 136)

4.3.6 ตัวแบบกระบวนการ (The Policy-Program-Implementation Process, PPIP)

แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบนี้พัฒนาขึ้นโดย Ernest R. Alexander (1985 : 403-426) โดยเขาเห็นว่า มีข้อจำกัด 2 ประการ ในการทำความเข้าใจกระบวนการในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้แก่ (1) ความซับซ้อนของกิจกรรมที่เกี่ยวข้องร่วมกันซึ่งจะทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติขาดความราบรื่น ความซับซ้อนของกิจกรรมซึ่งเป็นต้นตอของปัญหาและเทคนิคการคำนวณความน่าจะเป็นที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหา (2) วิธีการต่าง ๆ ที่ได้จากการศึกษาการนำนโยบายไปปฏิบัติจะช่วยสร้างความเข้าใจเพียงบางส่วนและยังมีข้อบกพร่องอยู่หลายประการ ทฤษฎีเหล่านี้ควรเสนอกรอบทั่วไปในการศึกษาเพื่ออธิบายถึงกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติให้ชัดเจนและครอบคลุมถึงกรอบความคิดเชิงทฤษฎีในการศึกษาเพื่อสร้างความเข้าใจให้ครอบคลุมทั้งกระบวนการ

องค์ประกอบของตัวแบบกระบวนการ ให้ความสำคัญต่อกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติเกี่ยวกับการเปลี่ยนรูปของความตั้งใจไปสู่กิจกรรมซึ่งเป็นกระบวนการเชิงปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง กระบวนการนี้เริ่มต้นด้วยปัจจัยกระตุ้น (stimulus) การเคลื่อนไหวทางการเมืองเพื่อเป็นนโยบาย (policy) และต่อเนื่องด้วยการกำหนดรายละเอียดของแผนงาน (program) แล้วจึงนำไปปฏิบัติ (implementation) โดยความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ

จุดเด่นของตัวแบบ ได้อธิบายกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในแต่ละกรณี ตัวแบบกระบวนการจะแสดงความต่อเนื่องของกระบวนการตามลำดับ ตั้งแต่ขั้นตอนปัจจัยกระตุ้น (เป้าประสงค์) จนถึงการพัฒนานโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ แต่ละขั้นตอนเชื่อมโยงด้วย “จุดเชื่อมโยง” ซึ่งเป็นตัวประสานความซับซ้อนของปัจจัยเชิงปฏิสัมพันธ์



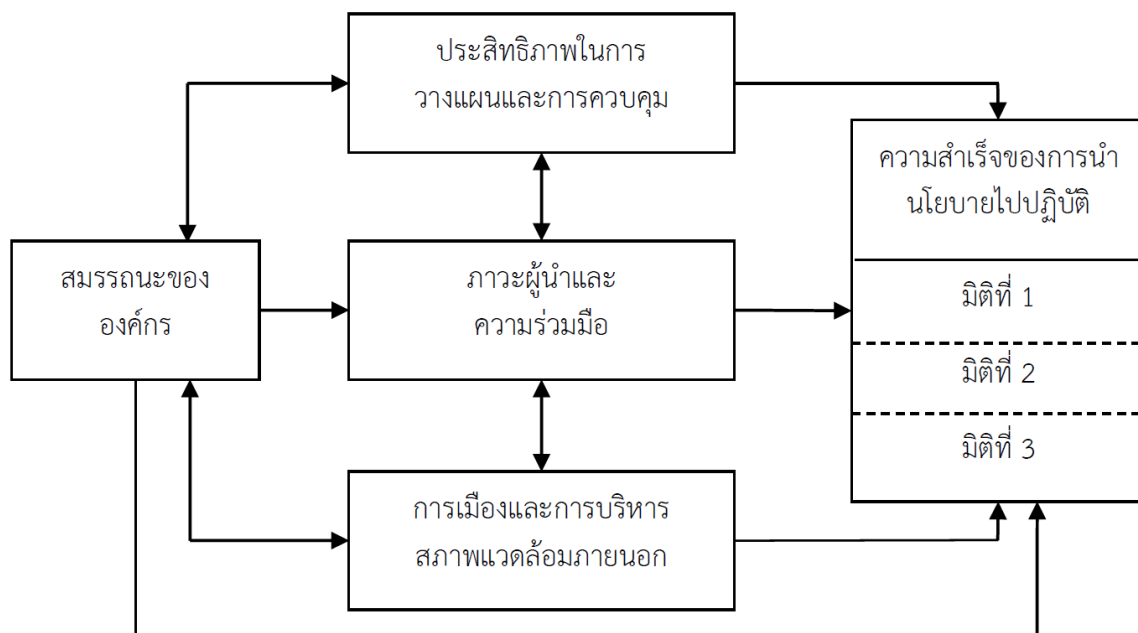
ภาพที่ 16 ตัวแบบกระบวนการ (The Policy-Program-Implementation Process, PPIP)
ที่มา : Ernest R. Alexander (1985 : 403-426)

4.3.7 ตัวแบบเชิงบูรณาการ (Integrative Model)

แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบนี้ ศาสตราจารย์ ดร. วรเดช จันทสร (2011) ได้ทำการศึกษาและพัฒนาตัวแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติเรียกว่า “ตัวแบบเชิงบูรณาการ” (Integrative Model) เป็นตัวแบบที่ผสมผสานตัวแปรสำคัญที่มาจากทั้ง 5 ตัวแบบ โดยตัวแปรตามคือ ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งพิจารณาออกเป็น 3 มิติ โดยมิติที่ 1 วัดจากผลผลิต ผลลัพธ์ และผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้น มิติที่ 2 วัดจากผลกระทบของนโยบาย และมิติที่ 3 วัดจากผลของนโยบายที่ส่งผลกระทบต่อประเทศชาติโดยรวม ส่วนตัวแปรอิสระ ประกอบด้วยสมรรถนะขององค์กร ประสิทธิภาพในการวางแผนและการควบคุม ภาวะผู้นำและความร่วมมือ และการเมืองและการบริหารสภาพแวดล้อมภายนอก (Jantarasorn, 2011)

องค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบการบูรณาการนี้ เป็นเสมือนการผสมผสานตัวแปรที่เป็นตัวแปรสำคัญที่มาจากตัวแบบอื่น ได้แก่ การนำตัวแปรจากตัวแบบทางด้านการจัดการ ตัวแบบด้านการพัฒนาองค์กร และตัวแบบทางการเมือง โดยได้กำหนดตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร ดังนี้ (1) ตัวแปรจากตัวแบบประสิทธิภาพในการวางแผนและการควบคุม (2) ตัวแปรจากตัวแบบสมรรถนะขององค์กรหรือหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ (3) ตัวแปรจากตัวแบบภาวะผู้นำและความร่วมมือ และ (4) ตัวแปรจากตัวแบบการเมืองและการบริหารสภาพแวดล้อมภายนอก

จุดเด่นของตัวแบบ ตัวแบบนี้ได้บูรณาการคัดเลือกเอาตัวแปรสำคัญๆ ที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ



ภาพที่ 17 ตัวแบบเชิงบูรณาการ (Integrative Model)

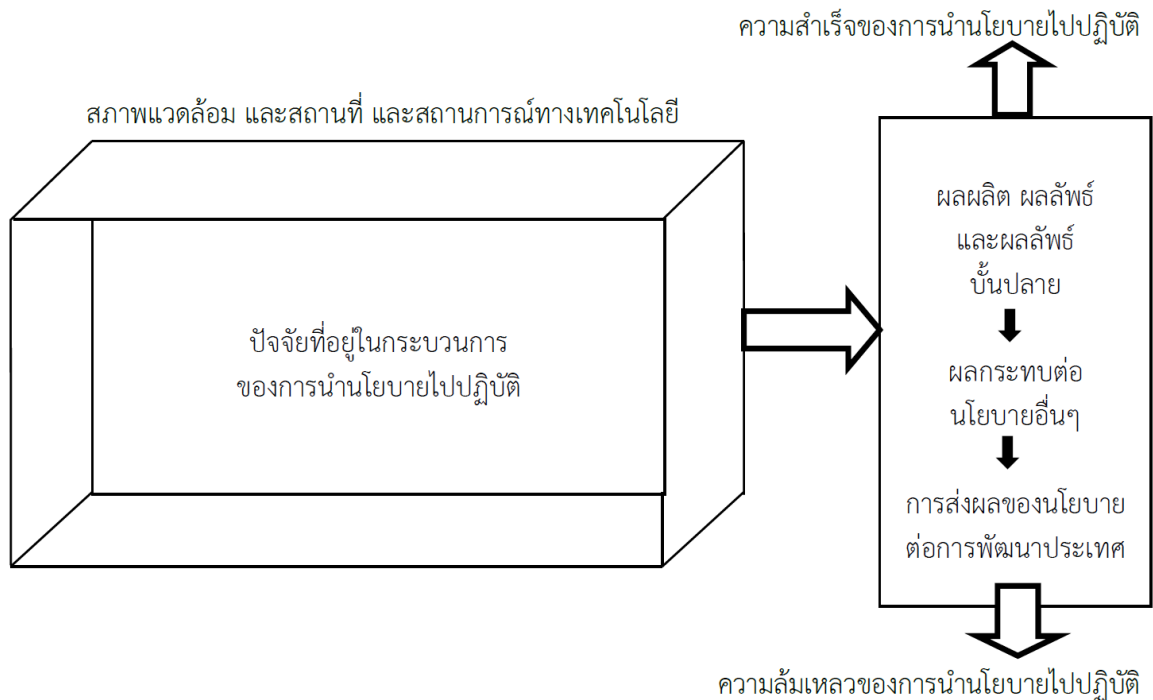
ที่มา: Woradech Jantarasorn, (2011)

4.4 ทฤษฎีเชิงบูรณาการของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

แนวคิดพื้นฐานของตัวแบบนี้ถูกสังเคราะห์ขึ้นโดย ศาสตราจารย์ ดร. วรเดช จันทรศร (2011) โดยการสังเคราะห์ผลงานของนักวิชาการโดยใช้ทฤษฎีนิรนัย (Deductive Theory) และทฤษฎีอุปนัย (Inductive Theory) แล้วบูรณาการผลของการศึกษานามาพัฒนาเป็นตัวแทนทางทฤษฎี เรียกว่า ทฤษฎีเชิงบูรณาการของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ (An Integrated Theory of Public Policy Implementation) โดยสรุปแล้วเป็นตัวแทนทางทฤษฎีที่มีโครงสร้าง และปฏิสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีลักษณะของการเชื่อมโยงกันอย่างหลวมๆ เป็นตัวแทนที่มีความยืดหยุ่น (Flexible) และมีพลวัต (Dynamic)

องค์ประกอบของตัวแบบ ตัวแบบนี้ประกอบไปด้วยมิติ (Dimension) 3 ด้าน คือ ด้านเวลา (Times) ด้านสภาพแวดล้อม และสถานที่ (Contexts) และด้านสถานการณ์ทางเทคโนโลยี (Technological Circumstances)

จุดเด่นของตัวแบบ ตัวแบบนี้เน้นว่าเป็นการสังเคราะห์ตัวแปรที่ที่มีความสำคัญของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมาบูรณาการทั้งทฤษฎีนิรนัย (Deductive Theory) และทฤษฎีอุปนัย (Inductive Theory) หลอมรวมมาเป็นตัวแทนที่ยืดหยุ่นอย่างเหมาะสม



ภาพที่ 18 ทฤษฎีเชิงบูรณาการของการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ
ที่มา : Woradech Jantarasorn (2011)

5. ผลการประเมินผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

5.1 การประเมินผลการนำนโยบายเขตสุขภาพเพื่อประชาชนสู่การปฏิบัติ ปี 2561

ศึกษาโดยมูลนิธิศูนย์วิจัยและติดตามความเป็นธรรมทางสุขภาพ พบว่า

1) กระบวนการดำเนินงานของ กขป. ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ (1) การเตรียมความพร้อม (2) ช่องทางการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ (3) การวางแผน (4) แนวทางการประสานกับหน่วยงาน (5) จุดแข็งและสิ่งท้าทาย และ (6) มิติสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบาย

2) ผู้มีบทบาทสำคัญอย่างเป็นทางการของ กขป. คือประธานที่มีส่วนสำคัญในการสร้างการทำงานเป็นทีมด้วยภาวะผู้นำรวมกลุ่ม รองประธานมีบทบาทในการรับนโยบายไปปฏิบัติและสร้างทีมคณะทำงาน กรรมการ กขป. มีบทบาทรับผิดชอบในทีมปฏิบัติงาน ทีมเลขานุการทำหน้าที่ประสานงาน ตัวแทนภาคประชาสังคมมีบทบาทนำในพื้นที่ ตัวแทนภาควิชาการสนับสนุนการทำงาน และตัวแทนภาครัฐสนับสนุนตามนโยบายที่หน่วยงานรัฐกำหนด

3) การค้นหาประเด็นยุทธศาสตร์ นำไปสู่การจัดองค์กรแบบเครือข่าย ส่วนใหญ่เป็นปัญหาสังคม โดยแบ่งโครงสร้างออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) ระดับอำนวยการ กขป. (2) ระดับวางแผนและกำหนดยุทธศาสตร์ ถูกแบ่งออกเป็น 4 คณะอนุกรรมการ คือ ทีมวิชาการ ทีมยุทธศาสตร์ ทีมประชาสัมพันธ์ และทีมติดตามประเมินผล และ (3) ระดับปฏิบัติการ แบ่งทีมออกเป็น 4 ทีม ได้แก่ ทีมนำปฏิบัติการพื้นที่ ทีมบริหารจัดการ

ทีมวิชาการให้สนับสนุนเทคโนโลยี องค์ความรู้ และทีมวิชาการที่นำองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องมาสนับสนุนการทำงาน

4) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของ กขป. ได้แก่ (1) เสถียรภาพของนโยบาย (2) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมประเพณี และ (3) ปัจจัยสถาบันที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างเขตสุขภาพเพื่อประชาชนกับเขตบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และเขตสุขภาพ สปสช.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มี 3 ประการ ประกอบด้วย (1) ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ กขป. ที่เข้มแข็ง และทีมงานที่ผสมผสานกันอย่างดี (2) ปัจจัยหนุน ได้แก่ ต้นทุนทางสังคมที่มีกระบวนการทำงานแบบใช้พื้นที่เป็นรากฐานของภาคประชาสังคม และการนำเครื่องมือที่มีประโยชน์ของ สช. มาร่วมดำเนินงาน และ (3) ปัจจัยเอื้อสำคัญ คือ สถานการณ์ทางการเมืองที่สงบ

อุปสรรคการดำเนินงานของ กขป. ประกอบด้วย 3 ประการ ได้แก่ (1) ปัญหาเชิงระบบโครงสร้าง เนื่องจาก กขป. ประกอบด้วยหลายภาคส่วนทำให้ต้องใช้เวลาปรับตัวสำหรับการทำงานรูปแบบใหม่ (2) ปัญหาระดับปฏิบัติการ ผลของการทำงานรูปแบบใหม่ทำให้มีความแตกต่างเรื่องการบริหารและงบประมาณดำเนินการ และ (3) ปัญหาด้านเทคนิค การที่พื้นที่ใน กขป. อยู่ในจังหวัดที่ห่างไกลกันทำให้ประสบปัญหาด้านการประสานงาน ระบบข้อมูลแยกส่วน และการประชาสัมพันธ์ที่ไม่เพียงพอทำให้เป็นอุปสรรคในการเชื่อมประสานการทำงานกับองค์กรอื่น

ผลการวิเคราะห์ตนเองของ กขป. พบว่า ปัญหาและอุปสรรคได้แก่ (1) ผู้ปฏิบัติงานเต็มเวลามีจำนวนไม่เพียงพอ (2) ภาครัฐมีเวลาและส่วนร่วมน้อย (3) ขาดงบประมาณในการแก้ปัญหา (4) ขาดการนำงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาร่วมดำเนินงาน (5) การบูรณาการแผนยุทธศาสตร์มีน้อย (6) การติดตามประเมินผลขาดประสิทธิภาพ (7) การประชาสัมพันธ์กับการสื่อสารกับประชาชนน้อย และ (8) ขาดอำนาจในการบริหารจัดการบุคลากรและงบประมาณ

ผลการดำเนินงานของ กขป. ทั้ง 13 เขตพื้นที่ พบว่า บรรลุผลในระดับการค้นหาปัญหาและกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ ประสบผลสำเร็จในการสร้างทีมและวางแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม แต่ขาดผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1) ระยะสั้น ควรเน้นการพัฒนาระบบสารสนเทศระดับเขต การประชาสัมพันธ์กับหน่วยงานของรัฐ เอกชน และประชาชนให้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องบทบาทหน้าที่ของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กำหนดพันธมิตรที่ร่วมมือในการนำประเด็นไปปฏิบัติจริง และรวบรวมประเด็นปัญหาเขตนามาจัดทำเป็นประเด็นร่วมในระดับประเทศ

2) ระยะกลาง การปรับเปลี่ยนแนวทางและเกณฑ์การคัดเลือก กขป. ปรับปรุงแหล่งงบประมาณและแนวทางการบริหารที่ชัดเจน พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีมแบบภาวะผู้นำรวมกลุ่ม พัฒนาการอภิบาลระบบเน้นการตอบสนองความต้องการของประชาชนในพื้นที่ การจัดระบบข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อแยกข้อมูลปัญหากับข้อมูลบริหาร และสร้างเครื่องมือดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

3) ระยะยาว (10 ปีขึ้นไป) พัฒนาระบบข้อมูลเขตให้เป็นธนาคารข้อมูลระดับชาติ สร้างเครือข่ายการทำงานที่กำหนดขอบเขตชัดเจน และสร้างธรรมาภิบาลของ กขป. ในมิติต่างๆ

5.2 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของ กขป. ปี 2563

ศึกษาโดยสถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้เสนอข้อค้นพบจากการประเมิน 4 ประการ ดังนี้

1) **กรรมการผู้แทนส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ** มีแนวโน้มการมีส่วนร่วมในการประชุมน้อย ส่งผลให้การบูรณาการขับเคลื่อนงานเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่ยังเป็นการทำงานของ กขป. ร่วมกับหน่วยงานภาคเอกชนและประชาสังคม อีกทั้งกรรมการผู้แทนหน่วยงานส่วนใหญ่ไม่มีเครือข่ายหรือโครงสร้างรองรับ การสื่อสารประเด็นเพื่อขับเคลื่อนงานจากที่ประชุมระดับเขต เข้าสู่โครงสร้างของหน่วยงานของตนเองในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ทำให้การบูรณาการภารกิจและบทบาทหน้าที่เพื่อแก้ปัญหาเชิงระบบยังไม่เกิดขึ้นมากนัก และยังไม่สามารถผลักดันเป็นนโยบายของหน่วยงานภาครัฐได้

2) **ยังมีช่องว่างเรื่องความเป็นทีมและการสร้างความร่วมมือของเลขานุการร่วม** ซึ่งเลขานุการร่วม 4 องค์กร ต่างมีระบบและกลไกการขับเคลื่อนงานของแต่ละองค์กรในพื้นที่ที่น่าจะช่วยเหลือเกื้อกูลให้การพัฒนาสุขภาพพื้นที่เปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นได้

3) **กขป. ไม่มีฐานข้อมูลกลาง** เพื่อการแบ่งปันและใช้ข้อมูลร่วมกัน ทั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่กับเลขานุการจาก สข. ดังนั้น หากมีการเปลี่ยนแปลงเลขานุการ สข. จะมีข้อจำกัดในการใช้ข้อมูลที่มีอยู่

4) **ยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาเชิงระบบ** เนื่องจากกลไกภาครัฐในเขตสุขภาพเพื่อประชาชนไม่สามารถหนุนเสริมการส่งต่อประเด็นสุขภาพในเขตพื้นที่ไปสู่ระดับนโยบาย ดังนั้น ผลงานที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนจึงมักไม่พบประเด็นสุขภาพที่ได้รับการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ แต่จะพบผลการดำเนินงานที่ลงไปดำเนินการเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่ หรือการลงไปขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดรูปธรรมความสำเร็จ

ข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์ 3 ประการ ได้แก่

1) พัฒนางค์ประกอบของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้ได้ผู้มีคุณสมบัติและศักยภาพของการทำบทบาท กขป.

2) ควรสนับสนุนและเสริมบทบาทการเป็นกลไกพัฒนาและความร่วมมือระดับเขต

3) ควรหนุนเสริมแนวทางการทำงานลักษณะ “กลไกบูรณาการ”

กล่าวโดยสรุป ผลการประเมิน กขป. ในช่วง 4 ปีแรก ยังมีประเด็นที่เป็นความท้าทาย ได้แก่

1) **คณะกรรมการ กขป.** ในฐานะกลไกการขับเคลื่อนงาน ยังมีความเข้าใจบทบาทไม่ตรงกัน ขณะที่ศักยภาพในการทำงานบูรณาการเชิงระบบสุขภาพระดับพื้นที่ยังมีข้อจำกัด รวมไปถึงการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการที่มาจากรัฐยังมีน้อยและไม่ต่อเนื่อง

2) **การบูรณาการ** เพื่อให้เกิดการทำงานเชิงระบบสุขภาพของภาครัฐยังไม่ปรากฏเป็นรูปธรรม ทั้งที่เป็นกลไกหลักขององค์ประกอบต่างๆ ของระบบสุขภาพ และเป็นฝ่ายที่มีทรัพยากรในการทำงานมากที่สุด

3) การพัฒนาระบบข้อมูล-สารสนเทศ เพื่อการใช้ประโยชน์ร่วมกันของฝ่ายต่างๆ

5.3 การประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ปี 2565-2566

ศึกษาโดย สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2566) พบว่า

1. ด้านกลไกดำเนินการ มีข้อค้นพบสำคัญ คือ (1) กลไกการขับเคลื่อนหลักและสำคัญใน กขป. ประกอบด้วย ประธาน เลขาธิการ อนุกรรมการรายประเด็นปัญหา และอนุกรรมการวิชาการ (2) ขณะที่สมมติฐานในการออกแบบคณะกรรมการ กขป. ให้มีสัดส่วนผู้แทนจากส่วนราชการประมาณ 1 ใน 3 น่าจะเพื่อให้บุคลากรจากหน่วยงานราชการ โดยเฉพาะกลุ่ม Non-health sector เข้ามามีส่วนร่วมในการปรับปรุงแก้ไขหรือพัฒนาระบบในส่วนที่หน่วยงานนั้น ๆ มีความเกี่ยวข้อง แต่ก็พบว่า การมีส่วนร่วมจากผู้แทนส่วนราชการก็ยังคงไม่มาก ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง กขป. ชุดที่ 1 กับชุดที่ 2 การมีส่วนร่วมก็ยังคงน้อยอยู่เช่นเดิม ทั้งนี้ อาจมีสาเหตุมาจาก

- เจาะใจของความเป็นผู้แทนหน่วยงาน : ความเป็นผู้แทนของหน่วยงานได้รับมอบหมายให้มาประชุม หรือ มีการเปลี่ยนผู้แทนที่ร่วมประชุม ไม่มีความต่อเนื่อง มีบ้างที่พบว่าการส่งต่อเนื้อหาจากประชุมและที่สำคัญ คือ ผู้แทนที่มาร่วมประชุมไม่ได้มีอำนาจหน้าที่และช่องทางที่จะส่งสารที่เป็นประเด็นจากที่ประชุม กขป. ไปยังหน่วยงานเดียวกันที่อยู่ในจังหวัดอื่น ๆ ในเขต กขป. เดียวกัน หรือ กระทั่งหน่วยงานเดียวกันในระดับอื่น ๆ ที่อยู่ในจังหวัดตัวเอง

- เจาะใจจากการวิเคราะห์ปัญหา : อยู่ในกรอบสถานการณ์และมิติทางสุขภาพ ทำให้ไม่มีโอกาส ไม่มีพื้นที่ที่จะเข้าร่วม

- ขณะที่การมีส่วนร่วมของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรรมการจากเอกชน กลุ่มวิชาชีพ องค์กรสาธารณประโยชน์ ดิอยู่แล้ว โดยเฉพาะเมื่อมีการออกแบบให้มีอนุกรรมการรายประเด็นปัญหา และอนุกรรมการวิชาการทั้งในระดับเขต และในระดับจังหวัด ซึ่งเอื้อให้บุคคลในส่วนนี้มีพื้นที่ทำงานได้มากขึ้น

- ในส่วนของกองเลขานุการร่วมจาก 4 หน่วยงานหลัก ผู้แทนจาก สข. จะเป็นคนหลักในการทำงานร่วมกับประธาน ส่วนเลขานุการร่วมจากหน่วยงานอื่นจะขึ้นอยู่กับความสนใจส่วนบุคคลต่อประเด็นนั้น ๆ และที่สำคัญเรื่องการขับเคลื่อนงานของ กขป. และประเด็นสุขภาพที่ กขป. จะขับเคลื่อนไม่ได้ถูกทำให้เป็นส่วนหนึ่งของภารกิจหลักของหน่วยงานที่มาทำหน้าที่กองเลขานุการ

2. ด้านประเด็นปัญหา

1) ประเด็นปัญหาสุขภาพะที่ กขป. แต่ละเขตดำเนินการขับเคลื่อนอยู่ในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 นั้น โดยส่วนใหญ่เป็นประเด็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจาก กขป. ชุดที่ 1

2) ที่มาของประเด็นปัญหาสุขภาพะ โดยส่วนใหญ่มีที่มาจาก 2 แหล่งสำคัญ กล่าวคือ แหล่งที่หนึ่ง เป็นประเด็นปัญหาที่มาจากประเด็นข้อเสนอจากสมัชชาสุขภาพจังหวัดที่ดำเนินการเคลื่อนไหวอยู่ และแหล่งที่สอง มาจากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของจังหวัดในเขตนั้น ๆ โดยกองเลขาฯ และนำมาจัดลำดับความสำคัญ ขณะเดียวกันก็พบว่า มีประเด็นสุขภาพบางประเด็นของบางเขตที่มาจากแผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปประเทศที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยยะสำคัญา (Big Rock)

3) อย่างไรก็ตาม มีจุดเน้นที่สำคัญ คือ ในปี 2566 สข. ขอให้ กขป. เลือกระเด็นปัญหา สำคัญ 2 เรื่องที่เป็น Quick Win มาดำเนินการ แต่ก็พบว่า ประเด็นปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ก็ยังมีการขับเคลื่อนอยู่เช่นกัน ด้วย เนื่องจากแต่ละประเด็นปัญหามิใช่นุกรรมการรายประเด็นรับผิดชอบ จึงมีการขับเคลื่อนและรายงานผลต่อที่ประชุม กขป. อย่างต่อเนื่อง

ในมุมมองของผู้ประเมินผล มีความเห็นว่า เป็นพัฒนาการที่ดีขึ้น ที่จะทำให้การทำงานของ กขป. มีจุดเน้นสำคัญที่จะทุ่มเทสรรพกำลังในการขับเคลื่อน และในปี 2567 ในข้อเสนอโครงการ สข. ยังได้กำกับให้ กขป. ได้คิดออกแบบแนวทางการขับเคลื่อนประเด็น Quick Win ให้มี รายละเอียดที่มากขึ้น

และมีข้อสังเกตว่า ลักษณะของการวิเคราะห์ประเด็นปัญหา จะเป็นการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในเชิงสถานการณ์ (situation analysis) โดยไม่ได้ลงลึกไปถึงสาเหตุ (cause-effect) ไม่ว่าจะเป็นสาเหตุในเชิงปัจจัย หรือ สาเหตุในเชิงของระบบสุขภาพ ซึ่งอาจเป็นเงื่อนไขที่ทำให้การขับเคลื่อนประเด็นปัญหาตามบทบาทหน้าที่ของ กขป. มีส่วนร่วมจากผู้แทนจากหน่วยงานราชการไม่มากนัก ซึ่งแตกต่างจากการมีส่วนร่วมของผู้แทนของภาคประชาสังคม และผู้เชี่ยวชาญในฐานะอนุกรรมการรายประเด็นอย่างมาก

3. ด้านกระบวนการ เมื่อพิจารณาในด้านกระบวนการ พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

3.1 แนวทางการวางกรอบการวิเคราะห์ปัญหา มีอย่างน้อย 2 รูปแบบ (1) วิเคราะห์ประเด็นปัญหาสุขภาพผ่านการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) แต่ไม่ลงรายละเอียดเพื่อวิเคราะห์เชิงสาเหตุของปัญหา ทั้งที่เป็นรายปัจจัย (Define) เช่น มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพ ความไม่เพียงพอของทรัพยากร เป็นต้น และที่เป็นสาเหตุเชิงระบบ (Refine) เช่น การไม่บูรณาการกันของหน่วยงานในระดับพื้นที่ เป็นต้น (2) การกำหนดภาพของทิศทางใหม่ที่จะเป็นในอนาคตจากสภาพปัญหาที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน และวางแผนสร้างภาพฝันนั้นให้เกิดขึ้น (Design)

ทีมประเมินมีข้อสังเกตว่า แนวทางการวางกรอบการวิเคราะห์แบบที่เป็นอยู่นั้น มีข้อจำกัดอย่างน้อย 2 ประการ (1) ทำให้การกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาที่มีลักษณะที่กำหนดให้ กขป. เป็นผู้เล่นหลักในการแก้ไขสถานการณ์ปัญหา (ไม่ใช่สาเหตุของปัญหาที่อาจมีหน่วยงานอื่นๆ เกี่ยวข้อง) (2) ทำให้หน่วยงานภาครัฐอื่นโดยเฉพาะกลุ่ม non-health sectors ไม่มีโอกาส หรือ ไม่มีพื้นที่ที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพ การมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาคีในภาคส่วนนี้จึงน้อยลงตามไปด้วย

3.2 แนวทางการขับเคลื่อนงานตามบทบาทหน้าที่ของ กขป. เท่าที่พบมีแนวทางการ ขับเคลื่อน 3 แนวทาง ใน 3 ระดับปฏิบัติการ กล่าวคือ

1) ระดับเขตสุขภาพ – จะมีการขับเคลื่อนงานผ่านการประชุมเพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะและจะนำไปสู่กิจกรรม การประชุมเพื่อบูรณาการแผนปฏิบัติการร่วมกันของหน่วยงาน ในส่วนนี้จะเป็นการร่วมกันในเชิงของการจัดกิจกรรมเป็นรายครั้งมากกว่าเป็นการรวมกันปรับจูนเพื่อให้ระบบของหน่วยงานต่าง ๆ มีการทำงานร่วมกัน

2) ระดับจังหวัด-อำเภอ – จะมีการเดินสายเข้าพบผู้บริหารจังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมและขอความร่วมมือ

3) ระดับตำบล พบใน 2 ลักษณะ คือ (1) สร้าง sandbox เพื่อทดลองดำเนินการเป็นพื้นที่ต้นแบบ (ทั้งนี้อาจเป็นพื้นที่ปฏิบัติการของหน่วยงานภาคีใดก็ได้ภายใต้ กขป.) หลังจากนั้นจะดำเนินการถอดความรู้ และขยายผลความรู้ออกไปผ่านสื่อสารสังคม การขยายพื้นที่ปฏิบัติการ และผลักเป็นนโยบายในระดับที่สูงขึ้นผ่าน พชอ. สมัชชาสุขภาพจังหวัด เป็นต้น (2) มีความร่วมมือทวิภาคี/ไตรภาคี เพื่อมีการปฏิบัติการบางอย่างร่วมกัน

3.3 ภาวะผู้นำ อำนาจหน้าที่นั้น เนื่องจากหวัชบวนของกลไกการขับเคลื่อนหลัก คือ ประธานของ กขป. ทำให้ความเคลื่อนไหวของงาน กขป. ค่อนข้างจะขึ้นอยู่กับความเคลื่อนไหวของประธาน และการเคลื่อนไหวของประธานจะขึ้นอยู่กับเครือข่ายทางสังคมและตำแหน่งหน้าที่ที่ประธานมีมาก่อนหน้านี้ ซึ่งอาจจะทอนให้เห็นว่าอำนาจหน้าที่ตามประกาศการจัดตั้งเขตสุขภาพ พ.ศ. 2559 ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก

3.4 งบประมาณ ที่ กขป. ได้รับ ผ่าน สข. มาในแต่ละปีนั้น มีจำกัดและมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ แม้จะมีคำอธิบายว่า กขป. เป็นเพียงกลไกประสานเพื่อให้เกิดการบูรณาการอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อเท็จจริงนี้ก็จริงที่ถูกต้อง แต่ด้วยข้อจำกัดของอำนาจหน้าที่ดังกล่าวข้างต้น และความคาดหวังที่ต้องส่งมอบผลงานเป็นผลลัพธ์สุขภาพของประชาชน ทำให้งานบางส่วนของ กขป. เป็นงานที่ต้อง ผลักดันดำเนินการสร้างรูปธรรมเอง

3.5 การติดตาม-ประเมินผลการดำเนินงานของ กขป. ดำเนินการผ่านเวทีการประชุมในหลากหลายรูปแบบและหลากหลายระดับ และมีเอกสารเป็นบันทึกไว้ชัดเจน รวมถึงการมีรายงานกลับมาที่ สข. อย่างต่อเนื่อง

4. ด้านผลลัพธ์ ผลงานที่เกิดขึ้นในช่วงสองปี ส่วนใหญ่จะเป็นผลงานในระดับของผลผลิต (Output) อาทิ มีคณะทำงานรายประเด็น มีข้อตกลงความร่วมมือ การมีเวทีนโยบายร่วมกันของภาคี มีแนวทางการขับเคลื่อนประเด็น (Road Map) เวทีประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆ มีพื้นที่นำร่องในการปฏิบัติการ รวมถึงมีความรู้และตัวอย่างรูปธรรมการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ (ที่สมาชิก กขป. บางท่านได้ดำเนินการไว้) เป็นต้น ผลงานเหล่านี้ บางส่วนอาจถูกพัฒนาขึ้นเป็นเงื่อนไขสำคัญ (pre-condition) ที่จะช่วยทำให้มีการปรับปรุงแก้ไขหรือพัฒนาระบบให้ดียิ่งขึ้นในระยะถัดไป แต่จำเป็นต้องได้รับการดำเนินการต่อเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนความคาดหวังที่เป็น “ผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่” นั้น ในมุมมองของผู้ประเมิน ผลลัพธ์ประเภทนี้อยู่ไกลเกินจากอำนาจหน้าที่ตามประกาศ คสช. และ การสนับสนุนทรัพยากรที่ให้ กขป. ได้ทำงาน

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา จากข้อมูลที่ได้จากการวินิจฉัยข้างต้น ทีมผู้ประเมินจึงมีข้อเสนอเพื่อการพัฒนากลไกที่เกี่ยวข้องดังนี้

ข้อเสนอต่อคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.)

1.จากการวิเคราะห์แนวทางการวิเคราะห์ปัญหาที่ทำให้เข้าใจสถานการณ์ (situation analysis) ทำให้มีข้อจำกัด 2 ประการ (1) ขอบเขตของการวิเคราะห์ที่ไม่ถึงสาเหตุของปัญหาในเชิงระบบที่หน่วยงานที่เป็น Non-health sector เกี่ยวข้องอยู่ ทำให้หน่วยงานเหล่านี้ ไม่มีพื้นที่-โอกาส ที่จะเข้ามาร่วมทำงานโดยตรงเพื่อ

ร่วมแก้ไขปัญหาเชิงระบบ และ (2) ทำให้การเชื่อมประสานบูรณาการจึงกลายเป็นการเชื่อมประสานระหว่าง กขป. กับหน่วยงานอื่น ๆ

ทีมประเมินจึงมีข้อเสนอให้ กขป. ขยายขอบเขตการวิเคราะห์ปัญหาไปสู่สาเหตุ (Cause-effect) โดยเฉพาะสาเหตุที่เป็นปัญหาในเชิงระบบที่เกิดจากการทำงานระหว่างหน่วยงาน (ทั้ง Health sector และ Non-health sector) ที่ไม่ประสานงานกัน ไม่ได้บูรณาการการทำงานด้วยกัน มีระบบข้อมูลและระบบบริหาร เป็นเอกเทศของตนเอง เป็นต้น จึงทำให้ปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น

2. เพื่อเพิ่มโอกาสในการมีส่วนร่วมของผู้แทนหน่วยงานราชการในการขับเคลื่อนงานปฏิรูประบบสุขภาพ ภายหลังการประชุม กขป. ในแต่ละครั้ง ภายใน 1 สัปดาห์ กองเลขาฯ ควรมีสรุปรายงานการประชุม โดยเฉพาะในส่วนของมติการประชุม เพื่อสื่อสารไปยังหัวหน้าหน่วยงานที่ร่วมอยู่ใน กขป. และในบางกรณีการมีข้อเสนอที่เป็นแนวทางปฏิบัติที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับอำนาจหน้าที่ของหน่วยงาน ก็อาจช่วยให้เกิดการสั่งการที่ชัดเจนในสายบังคับบัญชาต่อไปได้ รวมไปถึงการมีข้อเสนอที่รวบรวมมติ กขป. ของแต่ละเขต ไปยังผู้บริหารระดับกระทรวงผ่านที่ประชุม คสช. เพื่อคาดหวังให้มีการปรับแก้ไขบางส่วนที่เป็นปัญหาของระบบจากฝั่งผู้กำกับนโยบายควบคู่ไปกับปฏิบัติการในระดับพื้นที่

ข้อเสนอต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

1. ให้ สช. รื้อฟื้นวงประชุมของทีมบริหารของ 4 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) และ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ทำหน้าที่เป็นเลขานุการกิจร่วม สนับสนุนการทำงานของ กขป. เพื่อวางแผนการสนับสนุนกลไก กขป. ร่วมกัน โดยวางเป้าหมาย ตัวชี้วัด แนวทางการสนับสนุน และงบประมาณที่ชัดเจนในฐานะภารกิจของหน่วยงานของทีมเลขาฯ

2. จากการขับเคลื่อนงานของ กขป. ในช่วง 6 ปีที่ผ่านมา เป็นต้นทุนความรู้จากการปฏิบัติการที่สำคัญในบริบทโครงสร้างแบบสังคมไทย ทีมประเมินจึงเสนอให้ สช. ทำการศึกษาและพัฒนาต่อยอดเป็นความรู้และแนวปฏิบัติที่ว่าด้วยการอภิบาลระบบ (System governance) การอภิบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่าย (Governance by network) และการสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ ซึ่งเป็นหัวใจของการปฏิรูปให้เกิดการขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการจัดตั้ง กขป.

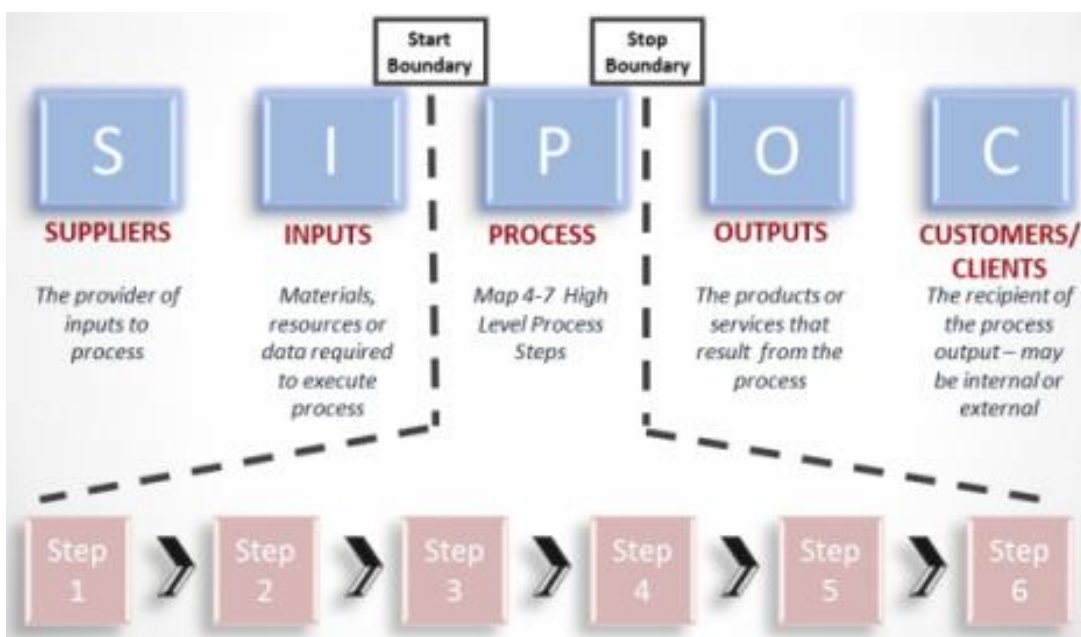
3. จากข้อจำกัดของอำนาจหน้าที่ของ กขป. และการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานภาครัฐ ที่ยังคงมีข้อจำกัด ทีมประเมินจึงเสนอให้ สช. ในฐานะเลขานุการของ คสช. ได้ดำเนินการสรุป มติ กขป. ที่มีความเกี่ยวข้องกับกระทรวงใน คสช. และจัดทำแนวทางดำเนินการเพื่อให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงฯ (หรือผู้แทน) ดำเนินการสั่งการให้มีการปฏิบัติการภายใต้อำนาจหน้าที่ของกระทรวงนั้น ๆ ซึ่งจะช่วยให้กลไก กขป. หรืออนุกรรมการรายประเด็นในระดับจังหวัดและพื้นที่ทำงานเชื่อมประสานบูรณาการได้สะดวกมากขึ้น

4. ผู้ประเมิน เสนอให้ สช. มีคณะทำงานชุดเล็กที่จะช่วยกันพัฒนาแนวทางปฏิบัติร่วมกันที่เป็นรูปธรรมเพื่อให้เกิด “ระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล” ภายใต้งบประมาณประจำปีที กขป. ได้รับและภายใต้การสนับสนุนจากหน่วยงานที่เป็นกองเลขานุการร่วม

6. แนวคิดการวิเคราะห์กระบวนการด้วย SIPOC Model

เป้าหมายของกระบวนการ เนื่องจากเป้าหมายสูงสุดของการให้บริการ คือ ผู้รับบริการได้รับผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ดังนั้นผู้ให้บริการจึงจำเป็นต้องทราบถึงความต้องการของผู้รับบริการ และรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ

SIPOC Model คือ ภาพรวมของกระบวนการปฏิบัติงานที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจวัตถุประสงค์และขอบเขตของงานมากขึ้น และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยจะพิจารณาว่า ใครคือคือ ซัพพลายเออร์ (Supplier) ผู้ส่งมอบวัตถุดิบ ข้อมูล กำลังคน ทักษะ สิ่งของ (Input) ที่จะนำไปใช้ในกระบวนการ (Process) เพื่อเปลี่ยนวัตถุดิบ สิ่งของหรือข้อมูลฯ ให้กลายเป็นสิ่งของหรือข้อมูลฯ (Output) ที่เป็นไปตามความต้องการของลูกค้า (Customer)



ภาพที่ 19 SIPOC Model

SIPOC Model ประกอบด้วย

S – Supplier ใครคือซัพพลายเออร์ ผู้ส่งมอบ บุคคลหรือหน่วยงานภายในและหรือภายนอกที่ให้วัตถุดิบ สิ่งของหรือข้อมูลที่จะต้องนำไปผ่านกระบวนการ

I – Input วัตถุดิบ ข้อมูล กำลังคน ทักษะ สิ่งของที่จะต้องใช้ในกระบวนการ

P – Process กระบวนการอันประกอบไปด้วยหลาย ๆ ขั้นตอนเพื่อที่จะเปลี่ยนสิ่งของหรือข้อมูลต้นทาง (Input) ให้กลายเป็นสิ่งของหรือข้อมูลที่ต้องการ (Output) ที่เป็นไปตามความต้องการของลูกค้า

O – Output อะไรคือสินค้า บริการ ข้อมูล ที่เป็นไปตามความต้องการของลูกค้า

C – Customer ลูกค้าผู้กำหนดความต้องการของสิ่งของหรือข้อมูล

SIPOC ถูกใช้เมื่อ (1) ต้องการกำหนดขอบเขตงานที่ชัดเจนในการปรับปรุงกระบวนการทำงาน (2) เมื่อต้องการประเมินกระบวนการทำงานก่อนการปรับปรุงกระบวนการทำงาน (3) เมื่อมีความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับ ใครเป็นผู้ให้ปัจจัยนำเข้าในกระบวนการทำงาน ปัจจัยนำเข้ามีข้อกำหนดหรือเงื่อนไขอะไรบ้าง ผู้รับบริการคือใคร และผู้รับบริการมีเงื่อนไขอะไรบ้าง

ขั้นตอนการสร้าง SIPOC

1. กำหนดชื่อกระบวนการทำงาน เช่น การเบิกจ่ายค่าตอบแทน การจัดการเรียนการสอน การขอใช้ยานพาหนะ การสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการ
2. กำหนดขอบเขตกระบวนการทำงาน โดยกำหนดจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดของกระบวนการทำงาน
3. กำหนดเป้าประสงค์ของกระบวนการทำงาน และกำหนดผู้รับผิดชอบกระบวนการทำงาน
4. แสดงผลลัพธ์ของกระบวนการทำงาน
5. กำหนดผู้รับบริการ
6. แสดงปัจจัยนำเข้า
7. กำหนดบุคคล/ส่วนงานที่ให้ปัจจัยนำเข้า
8. แสดงกระบวนการทำงาน ซึ่งอาจประกอบด้วย 4 – 7 ขั้นตอน

ประโยชน์ของ SIPOC

1. SIPOC ทำให้ผู้ให้บริการเข้าใจกระบวนการทำงานในทิศทางเดียวกัน
2. SIPOC แสดงกระบวนการทำงานและขอบเขตงานหรือการปรับปรุงงานได้อย่างชัดเจน
3. SIPOC เป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่การวิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบของปัญหาที่เกิดขึ้นในกระบวนการทำงาน
4. SIPOC ทำให้เข้าใจความต้องการของผู้รับบริการ
5. SIPOC ทำให้เห็นถึงข้อบกพร่องบางอย่าง เช่น การได้รับปัจจัยนำเข้าที่ไม่ต้องการ ผลลัพธ์ที่ผู้รับบริการไม่ต้องการแต่ได้รับ ขั้นตอนในกระบวนการทำงานครบถ้วน แต่ไม่ใช่ขั้นตอนที่จำเป็น
6. SIPOC เป็นการทบทวนกระบวนการทำงาน จนทำให้ทราบจุดแข็งและโอกาสพัฒนา
7. SIPOC ทำให้เข้าใจความซับซ้อนของกระบวนการทำงาน

ตารางแสดงการวิเคราะห์ SIPOC Model

Supplier	I – Input	Process	Output	Customer

การวิเคราะห์พร้อมทั้งระบุตัวชี้วัดของ SIPOC ว่าเป็นตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์/เชิงรับ (Lagging Indicator) หรือ ตัวชี้วัดที่เป็นเหตุ/เชิงรุก (Leading Indicator)

Lagging Indicator คือ ตัวชี้วัดผลที่เกิดขึ้นแล้วจากการปฏิบัติงาน จะบอกเฉพาะในส่วนของเหตุการณ์ในอดีต บอกในสิ่งที่เกิดขึ้นมาแล้ว ซึ่งจะไม่มีการบอกถึงแนวทางในการปฏิบัติงานในอนาคตได้ เป็นการวัด Output โดยตรง ตัวอย่าง

- ร้อยละความพึงพอใจต่อกระบวนการบริการ
- จำนวนผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมที่สามารถต่อยอดเชิงพาณิชย์
- จำนวนงานวิจัยที่นำไปใช้ประโยชน์
- ร้อยละของพนักงานสายปฏิบัติการวิชาชีพและบริหารทั่วไปที่ผ่านการอบรมหลักสูตร

Leading Indicator คือ ตัวชี้วัดที่จะช่วยให้ทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระทำ (input) ที่ส่งผลต่อ Output แต่ Lagging Indicators เป็นการวัด Output โดยตรง วัดง่าย แต่ทำอะไรไม่ได้ เพราะผลลัพธ์เกิดขึ้นแล้ว ตัวอย่าง

- ร้อยละของการบริการที่ได้ตามเวลาที่กำหนด
- จำนวนข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นจากการบริการ
- ร้อยละการเพิ่มขึ้นของผู้ใช้บริการ
- ร้อยละของพนักงานสายปฏิบัติการวิชาชีพและบริหารทั่วไปที่ผ่านการอบรมหลักสูตรและได้ไป

ถ่ายทอดความรู้ให้เพื่อนร่วมงาน

เครื่องมือในวิเคราะห์ พัฒนา หรือปรับปรุงกระบวนการ เช่น เทคนิคการตั้งคำถาม 5W-1H เทคนิค ECRS แผนผังสายทางเดินของงาน (Flow Process Chart) การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (Kaizen หรือ Continuous Improvement)

เทคนิคการตั้งคำถาม 5W-1H (What, Why, Where, When, Who, How) ซึ่งเทคนิคนี้สามารถนำไปใช้เพื่อวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานในสภาพปัจจุบัน และหาวิธีการปรับปรุงที่ทำให้กระบวนการเหลือแต่ขั้นตอนที่เกิดมูลค่าเพิ่ม สามารถทำงานได้เสร็จทันเวลาและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการทั้งภายในและภายนอกได้ ดังนี้

WHAT	ทำอะไร
WHY	ทำไม ทำไมต้องทำ ไม่ได้ทำไม ทำอย่างอื่นได้หรือไม่
WHEN	ทำเมื่อไหร่ ทำไมต้องทำตอนนั้น ทำตอนอื่นได้หรือไม่
WHERE	ทำที่ไหน ทำไมต้องทำที่นั่น ทำที่อื่นได้หรือไม่
WHO	ใครเป็นคนทำ ทำไมต้องเป็นคนนั้นทำ คนอื่นทำได้หรือไม่
HOW	ทำอย่างไร ทำไมต้องทำอย่างนั้น ทำวิธีอื่นได้หรือไม่

เทคนิค ECRS แนวคิดในปรับปรุง/ออกแบบกระบวนการ/ขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่ โดยใช้ ECRS ในการลดความสูญเปล่า

E : ELIMINATE การตัดหรือยุบส่วนที่ไม่จำเป็นออก การกำจัดขั้นตอนที่ไม่มีความจำเป็นหรือขั้นตอนที่ทำให้เกิดการสูญเปล่าออกไปจากกระบวนการ

C : COMBINE การรวมงานที่ใกล้เคียงไว้ด้วยกัน การรวมขั้นตอนที่เกี่ยวข้องหรือการปฏิบัติงานที่คล้ายกันรวมเป็นขั้นตอนเดียวซึ่งจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพและประหยัดเวลาในการทำงาน

R : REARRANGE การจัดลำดับขั้นตอนใหม่ให้เหมาะสม การวิเคราะห์ขั้นตอนเพื่อมาจัดลำดับขั้นตอนระบบงานใหม่

S : SIMPLIFY การทำให้การทำงานง่ายขึ้น การทำให้ขั้นตอนการทำงานต่าง ๆ ง่ายขึ้น และสะดวกขึ้นเพื่อเป็นการปรับปรุงวิธีการทำงานใหม่

แนวคิดการบริหารจัดการแบบลีน (Lean Management) ด้วยการวิเคราะห์กระบวนการย่อย ๆ ที่มีมิติในการปรับปรุงอยู่ 3 ด้านหลัก คือ

T – Time จะสามารถปรับปรุงกระบวนการการทำงานให้รวดเร็วขึ้นได้อย่างไร

Q – Quality จะสามารถปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีคุณภาพ ถูกต้อง ดีขึ้นได้อย่างไร

C – Cost จะสามารถปรับปรุงกระบวนการทำงาน โดยลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นได้อย่างไร

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษา เรื่อง การสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา 1) รูปแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน 2) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน และ 3) สังเคราะห์แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยเนื้อหาบทที่ 3 ประกอบด้วยรูปแบบการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลหลัก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล

1. รูปแบบและวิธีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มุ่งเน้นศึกษารูปแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน รวมถึงการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ และความท้าทายในการนำนโยบายไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารรายงานผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน และการสังเกตการณ์ในการประชุม กขป. เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาศึกษาวิเคราะห์ สรุปผลการวิจัย อภิปรายและนำเสนอผลการวิจัยในเชิงพรรณนาความ

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) โดยเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน 4 เขตพื้นที่ ประกอบด้วย เขตพื้นที่ 1 เขตพื้นที่ 4 เขตพื้นที่ 7 และ เขตพื้นที่ 12 ประกอบด้วย ประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กรรมการสุขภาพแห่งชาติในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน และเลขานุการร่วม จำนวน 37 คน

1) การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม จำนวน 29 คน ประกอบด้วย เขตพื้นที่ 1 (จำนวน 8 คน) เขตพื้นที่ 4 (จำนวน 9 คน) เขตพื้นที่ 7 (จำนวน 7 คน) และเขตพื้นที่ 12 (จำนวน 5 คน)

2) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลัก จากทั้ง 4 เขตพื้นที่ จำนวน 8 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยนี้ ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์

ส่วนที่ 2 รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ส่วนที่ 4 แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

4. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ เก็บข้อมูลโดยการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสื่อเอกสารที่เผยแพร่ในโลกออนไลน์ รวมทั้งใช้การสัมภาษณ์กลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างเพื่อเก็บข้อมูลตามประเด็นต่างๆ ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเพื่อระบุผู้ให้ข้อมูลหลักตามที่กำหนดไว้ จากนั้นจัดทำบัญชีรายชื่อและทำการติดต่อนัดหมายวัน เวลา สถานที่ เพื่อขอสัมภาษณ์
2. ผู้วิจัยจัดส่งข้อมูลอธิบายเกี่ยวกับเก็บข้อมูลไปยังผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อบันทึกหมายวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์ หรือนัดหมายสัมภาษณ์ออนไลน์
3. เมื่อถึงกำหนดวันเข้าพบเพื่อสัมภาษณ์หรือนัดหมายสัมภาษณ์ออนไลน์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง บันทึกเสียงการสัมภาษณ์ และนำมาถอดข้อความ ซึ่งเครื่องมือแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ถามในประเด็นคำถามตามแบบสัมภาษณ์
4. ในขั้นตอนสุดท้าย ผู้วิจัยจัดข้อมูลที่บันทึกและจัดระบบไว้มาแยกประเภท เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ตีความและสรุปผลการวิจัย

5. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์แบบกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกมาวิเคราะห์ด้วยกรอบแนวคิด และเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำไปสร้างเป็นข้อสรุป วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลแบบพื้นฐาน (Descriptive Analysis) และการวิเคราะห์แก่นสาระสำคัญ (Thematic Analysis) ขั้นแรกผู้วิจัยทำการจัดข้อมูลออกตามประเภทของข้อมูล (Type) จากนั้นทำการจัดกลุ่มข้อมูลออกเป็นกลุ่ม (Category) และสร้างข้อสรุปเป็นประเด็นที่ละประเด็นจนครบทุกหัวข้อ จากนั้นจึงนำแต่ละประเด็นมาสร้างข้อสรุปรวบรวมและพรรณนาความ (Descriptive Analysis) รวมทั้งทำการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือ (Credibility, Validity) ของข้อมูลหรือสิ่งที่ค้นพบ ได้แก่ การตรวจสอบด้านระเบียบวิธีวิจัย (Research method triangulation), ด้านผู้ให้ข้อมูลหลักและด้านระยะเวลา ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบว่า ผู้ให้ข้อมูลหลักที่แตกต่างกัน จะให้ข้อมูลตรงกันหรือไม่อย่างไร จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์และเรียบเรียง โดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปและอภิปรายผลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและเขียนรายงานการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษา เรื่อง การสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ในบทที่ 4 เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาเอกสาร ประกอบกับข้อมูลการสัมภาษณ์แบบกลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลหลักที่เลือกแบบเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 37 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการนำนโยบายสาธารณะของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนไปปฏิบัติในเขตพื้นที่ 1 เขตพื้นที่ 4 เขตพื้นที่ 7 และเขตพื้นที่ 12 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็น 2 ดังนี้

ส่วนที่ 1 ภาพรวมการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

- 1.1 ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 1
- 1.2 ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 4
- 1.3 ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 7
- 1.4 ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 12

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

- 2.1 รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
- 2.2 ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
- 2.3 แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 1 ภาพรวมการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

การดำเนินงานของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สนับสนุนการดำเนินงานของ กขป. ในเขตพื้นที่ 1 - 13 อย่างต่อเนื่อง ด้วยความร่วมมือจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร รวมทั้งการบูรณาการภารกิจร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ ได้แก่ เขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มหาวิทยาลัย/สถานศึกษาในเขตพื้นที่ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) คณะอนุกรรมการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุขระดับเขตพื้นที่ (อคม.) สำนักงานจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล

ประเด็นนโยบายสำคัญด้านสุขภาพของ กขป. ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ทั้ง 13 เขตพื้นที่ กำหนดประเด็นสำคัญในการขับเคลื่อนงานให้มีการบูรณาการเกี่ยวกับระบบสุขภาพในพื้นที่ ประกอบด้วย (1) เขตพื้นที่ 1 ประเด็นการบริหารจัดการฝุ่นควันไฟป่าล้านนา สุขภาวะสูงวัยล้านนา และสุขภาวะพระสงฆ์ล้านนา

(2) เขตพื้นที่ 2 ประเด็นความมั่นคงและปลอดภัยทางอาหาร การลดปัญหาเด็กติดเกม สมาริสน์ สังคมผู้สูงวัย และการลดปัญหาจากหมอกควัน (3) เขตพื้นที่ 3 ประเด็นเกษตรสุขภาพ: สุขแท้ที่บ้านเกิด การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ และการสร้างชุมชนเข้มแข็ง (4) เขตพื้นที่ 4 ประเด็นการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน ผู้สูงอายุคนพิการและกลุ่มคนเปราะบางสิ่งแวดล้อม (ฝุ่น,ขยะ) และอาหารและยาปลอดภัย (5) เขตพื้นที่ 5 ประเด็นเกษตรกรรมยั่งยืนและความมั่นคงปลอดภัยทางอาหาร และรองรับสังคมสูงวัย (พัฒนาระบบและกลไกเพื่อรองรับสังคมสูงวัย) (6) เขตพื้นที่ 6 ประเด็นเด็กและเยาวชน ความมั่นคงด้านอาหาร และสิ่งแวดล้อมและอุบัติเหตุ (7) เขตพื้นที่ 7 ประเด็นการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ และการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและการรองรับสังคมสูงวัย (8) เขตพื้นที่ 8 ประเด็นเกษตรปลอดภัย สังคมสูงวัย และสุขภาพเด็กและเยาวชน (9) เขตพื้นที่ 9 ประเด็นการพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิ (10) เขตพื้นที่ 10 ประเด็นพยาธิใบไม้ตับ (ขาขึ้น) การจัดการน้ำ การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ การพัฒนาการเด็กปฐมวัย และเด็กรู้เท่าทันสื่อ (11) เขตพื้นที่ 11 ประเด็นเด็กและเยาวชน รองรับสังคมสูงวัยและกลุ่มเปราะบาง พื้นที่สาธารณะปลอดภัย และเกษตรสุขภาพ (12) เขตพื้นที่ 12 ประเด็นบุหรี่ยาเสพติดและปัจจัยเสี่ยง สุขภาพแม่และเด็ก สุขภาพกลุ่มเปราะบางทางสังคม และเกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ (13) เขตพื้นที่ 13 ประเด็นยุทธศาสตร์เสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง (ธรรมนูญสุขภาพเขตขับเคลื่อนผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร) การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ และการพัฒนาสุขภาพคนข้ามเพศ

1.1 ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 1

บริบทในเขตพื้นที่

ภาคเหนือตอนบน กลุ่มจังหวัดในเขตพื้นที่ 1 มีจำนวน 8 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง พะเยา เชียงราย แพร่ และน่าน แบ่งการปกครองเป็น 103 อำเภอ 769 ตำบล 7,980 หมู่บ้าน 3 เทศบาลนคร 13 เทศบาลเมือง 347 เทศบาล 451 อบต. มีพื้นที่ 93,691 ตารางกิโลเมตร ความหนาแน่นของประชากร 124 คนต่อตารางกิโลเมตร

มีพื้นที่ทั้งหมด 59,557,233.9 ไร่โดยมีพื้นที่ป่า 35,473,095.4 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 59.56 (ที่มา:สำนักจัดการที่ดินป่าไม้ กรมป่าไม้, 2564) มีลักษณะภูมิประเทศอันประกอบไปด้วยเทือกเขาสลับซับซ้อน ต่อเนื่องมาจากทิวเขาขนาในประเทศพม่าและประเทศลาวเป็นพื้นที่เชื่อมโยงเศรษฐกิจกลุ่มอนุภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง กลุ่มประเทศเอเชียใต้ และกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนโดยมีอาณาเขต ติดต่อกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ด้านตะวันออกและ ด้านเหนือ มีแม่น้ำโขงเป็นเส้นกั้นพรมแดน และด้านตะวันตก ติดต่อ สหภาพเมียนมาซึ่งลักษณะภูมิประเทศส่วนใหญ่เต็มไปด้วยเทือกเขาและหุบเขา ป่าไม้ปกคลุมและทำการเพาะปลูกแบบทำไร่เลื่อนลอย ส่วนบริเวณหุบเขาหรือแอ่ง แผ่นดิน ซึ่งเป็นที่ราบที่มีระดับต่าง ๆ กัน บางแห่งลักษณะดินบาง ตามที่ลาดชันและเป็นแห่งกำเนิดหลายสายลุ่มน้ำปิง วัง ยม และน่าน น้ำพาตะกอนจากไหล่เขามาทับถม การใช้ประโยชน์ที่ได้จากดิน ทรัพยากรดิน มีการเสื่อมโทรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผลมาจากภัยธรรมชาติ และการใช้ที่ดินไม่ถูกต้องตามหลักวิชาการ ทำให้เกิดปัญหาการชะล้างพังทลายของดินสูง การใช้สารเคมีในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม และเกิดปัญหาฝุ่นควันไฟป่าทุกปี.

วิถีชีวิตและความเป็นอยู่ในกรอบของวัฒนธรรมท้องถิ่นของภาคเหนือตอนบนที่ปัจจุบันเรียกว่า วัฒนธรรม “คนเมือง “ หรือ “คนล้านนา” ด้วยวัฒนธรรมท้องถิ่น ที่แยกย่อยออกไปแต่ องค์ประกอบที่สำคัญก็ ยังมีความคล้ายคลึงกันอยู่มาก โดยเฉพาะเรื่องการดำรงชีวิตแบบเกษตรกร การนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์และวิญญาณ ของบรรพบุรุษ ที่เรียกว่า “ผี” มีประเพณีสืบทอดมาแต่โบราณ การบวชให้ต้นน้ำลำธาร ป่าไม้เพื่อให้มีอายุยืนยาว ความเลื่อมใสในพระพุทธศาสนา แบบเถรวาท และการแสดงออกของความรู้สึกนึกคิด และอารมณ์โดยผ่าน ภาษาวรรณกรรม ดนตรี และงานฝีมือ

เศรษฐกิจภาคเหนือในปัจจุบันฟื้นตัวกลับมาใกล้เคียงช่วงก่อนสถานการณ์โควิด-19 แทบทุกสาขา โดย ภาคบริการยังคงมีบทบาทสำคัญ ตามมาด้วยภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม การขยายตัวของภาคบริการ เป็นผลจากการเติบโตของการค้าปลีกและการส่งสินค้าผ่านตลาดออนไลน์ ส่วนภาคเกษตรเริ่มปรับตัวสู่การ สร้างมูลค่าเพิ่ม เน้นเกษตรปลอดภัยและอินทรีย์ตามความต้องการของตลาด ด้านอุตสาหกรรมแม้มีบทบาทไม่ มาก แต่ก็สามารถสร้างมูลค่าเพิ่มเชิงสร้างสรรค์ได้ในจังหวัดที่มีเอกลักษณ์ทางวัฒนธรรมโดดเด่น

ในปี 2566 เศรษฐกิจภาคเหนือเติบโตจากการฟื้นตัวของการท่องเที่ยว โดยเฉพาะในเมืองท่องเที่ยวหลัก อย่างเชียงใหม่ เชียงราย และเมืองรองอย่างน่าน อุตสาหกรรมส่งออกอย่างอาหารแปรรูปก็เติบโตได้ดี แต่ยังมี ความเสี่ยงจากภัยแล้ง ส่วนอุตสาหกรรมชิ้นส่วนอิเล็กทรอนิกส์ที่กระจุกตัวในนิคมอุตสาหกรรมลำพูนก็มีความ เสี่ยงจากการย้ายฐานการผลิต ขณะที่การค้าขายแดนติดข้อจำกัดเรื่องการขนส่งและการพัฒนาเขตเศรษฐกิจ พิเศษที่ยังไม่ประสบความสำเร็จ

แม้เศรษฐกิจภาคเหนือจะปรับตัวดีขึ้น แต่กำลังซื้อครัวเรือนโดยรวมยังไม่ดีขึ้นอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะ ครัวเรือนเกษตรกรกว่าครึ่งของภาคเหนือที่มีรายได้ลดลง ด้านสังคม ภาคเหนือเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่า ระดับประเทศ ส่งผลให้วัยแรงงานต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น แต่วัยแรงงานก็มีการศึกษาที่ดีขึ้นและ เข้าถึงบริการสาธารณสุขมากขึ้น ดัชนีคุณภาพชีวิตหลายด้านปรับตัวดีขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงก่อนโควิด เช่น ฝุ่น PM 2.5 และปริมาณขยะที่ลดลง การเข้าถึงอินเทอร์เน็ตและความปลอดภัยที่เพิ่มขึ้น แต่บางปัจจัยเช่นฝุ่นในปี 2566 ก็ยังน่ากังวล

สถานการณ์สำคัญด้านสุขภาพ/สุขภาวะในเขตพื้นที่

สถานการณ์สำคัญด้านสุขภาพและสุขภาวะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 พบว่ามีทั้งแนวโน้มที่ดีขึ้นและยังเป็น ประเด็นท้าทาย ในด้านบวก สัดส่วนทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ลดลงจากร้อยละ 9.6 ในปี 2565 เหลือ ร้อยละ 6.71 ในปี 2566 และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จก็ลดลงจาก 16.62 เป็น 13.18 ต่อประชากรแสนคน

เมื่อพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ พบว่าอันดับ 1 ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลว ตามด้วยการติดเชื้อ ในกระแสเลือด ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง เบาหวาน และมะเร็งตับ ตามลำดับ โดยมีอัตราตายอยู่ที่ 54.33, 26.01, 17.97, 10.68, 7.5 และ 7.26 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ สัมพันธ์กับวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพเป็นหลัก จำเป็นต้องเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระยะ ยาว

กลุ่มโรคที่มีผู้ป่วยนอกมารับบริการสูงสุด ซึ่งได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การติดเชื้อทางเดิน หายใจ เนื้อเยื่อผิดปกติ และโรคทางเดินอาหาร โดยมีอัตราผู้ป่วยนอก 5 อันดับแรกอยู่ที่ 58,840, 35,033,

24,784, 24,520 และ 9,185 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อจัดการกับกลุ่มโรคเหล่านี้ทั้งในแง่การป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟูสภาพ

นอกจากนี้ ปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะการฆ่าตัวตาย แม้จะมีแนวโน้มลดลงแต่ก็ยังอยู่ในระดับสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ จึงต้องให้ความสำคัญกับมาตรการเสริมสร้างสุขภาวะทางใจในชุมชนและสังคมด้วย ข้อมูลสถานการณ์เหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการบูรณาการแผนพัฒนาสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 1 ให้ครอบคลุมทั้งประเด็นสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเป็นองค์รวม

กระบวนการจัดตั้ง บทบาทหน้าที่ และการกำหนดทิศทางของคณะกรรมการเขตสุขภาพ กขป.

การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2599 เป็นการสร้างกระบวนการทำงานในลักษณะการบูรณาการข้ามภาคส่วน **มีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.)** เป็นกลไกใหม่ที่มีรูปแบบการทำงานโดยเชื่อมโยงองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม โดยใช้พื้นที่ระดับกลุ่มจังหวัดเป็นฐานในการทำงาน มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาสุขภาวะในพื้นที่ของตนเอง บูรณาการการทำงานองค์ความรู้ และแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ ของทุกภาคส่วนที่ปฏิบัติงาน ให้มาร่วมกันกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ร่วม และขับเคลื่อนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นำไปปฏิบัติภายใต้กลไกหรือกฎระเบียบตามภารกิจ ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอันจะนำไปสู่การสร้างระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทุกมิติ

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 1 (กขป. เขตพื้นที่ 1) เกิดขึ้นตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เมื่อวันที่ 9 เดือนสิงหาคม 2564 โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 12 กรกฎาคม 2564 กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงาน ผู้แทนกลุ่มเครือข่าย องค์กรวิชาชีพ/วิชาการและประชาสังคมที่มีศักยภาพและต้นทุนที่จะมาหนุนเสริมการทำงานในเขตพื้นที่ (เครือข่ายประเด็นร่วม สรรพกำลัง ฯลฯ) ในด้านการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในพื้นที่ ได้แก่

1) ภาคเหนือตอนบนจำนวน 8 จังหวัด แบ่งเป็น 2 กลุ่มยุทธศาสตร์จังหวัดคือ ล้านนาตะวันตก ใน 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง และ ล้านนาตะวันออกใน 4 จังหวัด ประกอบด้วย เชียงราย พะเยา แพร่ และน่าน ที่มีการบูรณาการและงบประมาณด้านต่างๆร่วมกัน ทิศทางการพัฒนาตามแผนพัฒนาของกลุ่มจังหวัด และจังหวัดในเขต มีการทำงานระบบเครือข่ายที่เกื้อหนุนซึ่งกันและกัน มีนวัตกรรมในพื้นที่ที่มีความหลากหลาย และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างสม่ำเสมอ มีความอุดมสมบูรณ์ด้วยทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นและเครือข่ายภาคประชาสังคม และมีปัญหาสำคัญ ได้แก่ การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติ หมอกควัน การใช้สารเคมีในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม โรคอุบัติการณ์ใหม่ โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การฆ่าตัวตาย การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันสมควรและ สังคมผู้สูงอายุ

2) ภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ทั้ง 8 จังหวัดมีความสัมพันธ์ที่ดี และร่วมกิจกรรมการขับเคลื่อนประเด็นร่วมกันในพื้นที่ของแต่ละจังหวัด คือ การขับเคลื่อนอากาศสะอาด ประเด็นอาหารปลอดภัย การขับเคลื่อนสุขภาวะสูงวัยพื้นที่เขต 1 ฯลฯ

3) ร่วมกับเครือข่ายภาคีสุขภาพภาคเหนือบนของ สสส. ใน 8 จังหวัด จัดทำฐานข้อมูลศูนย์เรียนรู้ภูมิปัญญา นวัตกรรมใน 3 ประเด็นคือประเด็นสุขภาพผู้สูงอายุ อากาศสะอาด และประเด็นอาหารปลอดภัยผ่านเว็บไซต์ <http://info.uru.ac.th> โดยมีทีมมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ดำเนินในการวางระบบและได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสสส. โดย สสส.

4) คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 1 ประกอบด้วย ภาคราชการที่เป็นเจ้าภาพการขับเคลื่อนงาน เช่น เขตสุขภาพที่ 1 สปสช. เขต 1 สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาค คณะกรรมการภาคประชาสังคมที่มีประสบการณ์ด้านนโยบายสาธารณะ เช่น ประธานสมัชชาจังหวัด อดีตคณาจารย์กระทรวงสาธารณสุข ภาควิชาการที่ขับเคลื่อนกิจกรรม ภาคหอการค้าและสภาอุตสาหกรรม และกรรมการจาก ภาควิชาชีพสาธารณสุขในพื้นที่

เป้าหมายการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กขป.เขตพื้นที่ 1

วิสัยทัศน์ ระบบสุขภาพพื้นที่ล้านนาเกิดการเชื่อมประสาน บูรณาการ และผลักดันสู่ความเข้มแข็งและเกิดผลต่อประชาชนอย่างเป็นรูปธรรมในฐานวิถีล้านนา

พันธกิจ 1) พัฒนาระบบการสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ 2) ส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการ ระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น ประชาสังคม และเอกชน 3) บริหารจัดการและสนับสนุนการทำงานของเครือข่ายอย่างมีธรรมาภิบาล และ 4) พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ประเมินผลแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพเพื่อประชาชนพื้นที่เขต 1

ยุทธศาสตร์ที่ 1 สานพลังความสามารถของภาคีเครือข่ายให้ดีขึ้น

ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น ประชาสังคม และภาคเอกชน ได้รับการพัฒนาศักยภาพในกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพและเป็นองค์กรแห่งความร่วมมือการทำงาน การเรียนรู้ และการติดตามประเมินผลสามารถผลักดันให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับรูปธรรมความสำเร็จการพัฒนาระบบสุขภาพที่สำคัญ

พัฒนา ส่งเสริม แสวงหา การสร้างเสริมสุขภาพและการแก้ไขปัญหาสุขภาพและรวบรวมนวัตกรรม , Best Practice (Bright Spot) เพื่อการพัฒนาต่อยอดสู่เป้าหมาย อย่างเป็นระบบ รวดเร็วและมีประสิทธิผล ฝายระดับการทำงานให้เป็นเครือข่าย/องค์กรรอบรู้ (HLO : Health Literacy Organization or Net work)

ยุทธศาสตร์ที่ 3 หนุนเสริมการขับเคลื่อนและระบบกลไกสุขภาพพื้นที่ ให้กลไกสุขภาพในพื้นที่ดำเนินงานต่อไปได้สะดวกมากขึ้น

ส่งเสริมสนับสนุนกลไกการทำงานของคณะทำงานคณะกรรมการสุขภาพจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB : District Health Board) กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ทีมหมอครอบครัว ธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ ตำบลสุขภาพะเพื่อให้ชุมชนเกิดกระบวนการสร้างความเข้มแข็งระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชนเพื่อชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความเข้มแข็งจัดการสุขภาพชุมชน

ส่งเสริมสนับสนุนให้องค์กรในชุมชนมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การจัดสภาพแวดล้อม การคุ้มครองผู้บริโภค ภัยสุขภาพ ประชาชนสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (HL: Health Literacy Family) และเป็นสังคมแห่งความตระหนักรู้ (Health Literacy Society) โดยมีระบบการเฝ้าระวังสุขภาพภาคประชาชน และสามารถนำไปสู่การพัฒนา โดยชุมชนเพื่อชุมชน

ในปี พ.ศ. 2560-2562 ทิศทางการพัฒนาตามแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพประชาชนเขต 1 มีการกำหนดประเด็นการแก้ปัญหาสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ 3 กลุ่มประเด็นหลักระดับเขต ได้แก่ สุขภาวะเด็กปฐมวัย อาหารปลอดภัย สุขภาวะผู้สูงอายุและขับเคลื่อนการดำเนินงานเชิงประเด็นในระดับพื้นที่ 5 ประเด็น ได้แก่ หมอกควัน ยุงลาย ชาติพันธุ์ ภูมิปัญญาพื้นบ้านและหมอเมือง ฆ่าตัวตาย

ในปี พ.ศ. 2563 คณะทำงานเขตสุขภาพได้มีการทบทวนภาพรวมการบูรณาการแก้ไขปัญหาในระดับเขตพบมีความคืบหน้าในประเด็นหลักคือยุงลาย ชาติพันธุ์ ภูมิปัญญาพื้นบ้านและหมอเมือง ฆ่าตัวตาย ที่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายนำไปกำหนดนโยบาย แผนงานโครงการและขับเคลื่อนการดำเนินการต่อเนื่อง และพบว่ายังคงมีประเด็นที่มีความซับซ้อนในการแก้ปัญหาโดยที่ต้องมีการพัฒนาเรื่องกระบวนการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ควบคู่ การประสานเครือข่าย การจัดการกลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดการแบบมีส่วนร่วม มีความต่อเนื่องและยั่งยืน คือ สุขภาวะพระสงฆ์และสังคมสูงวัยล้านนา และการบริหารจัดการฝุ่นควันไฟป่า ล้านนา

ในปี พ.ศ. 2564 เดือนธันวาคม เพื่อให้การดำเนินการขับเคลื่อนประเด็นมีความต่อเนื่องภายใต้สภาวะวิกฤติทางสุขภาพที่เกิดขึ้นจึงได้มีการประกาศตั้งคณะอนุกรรมการเชิงประเด็นที่ประกอบด้วยตัวแทนจาก กขป.1 และภาครัฐ เอกชน ภาควิชาการและภาคประชาชนที่เกี่ยวข้อง 3 คณะ ได้แก่

- 1) คณะอนุกรรมการบริหารจัดการแผนบูรณาการจัดการภาวะวิกฤตโควิด-19
- 2) คณะอนุกรรมการบริหารจัดการฝุ่นควันและไฟป่าล้านนา
- 3) คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนพระสงฆ์และผู้สูงอายุกับสังคมสุขภาวะล้านนา

ประเด็นขับเคลื่อนและความก้าวหน้าการดำเนินงาน

กขป. 1 ได้ประสานงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บูรณาการงาน และร่วมระดมสรรพกำลัง เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นหรือปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ ผ่านประสานเครือข่าย การจัดประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ในปี 2567 มีการขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ของพื้นที่ประกอบด้วย สุขภาวะพระสงฆ์ล้านนา การบริหารจัดการฝุ่นควันและไฟป่าล้านนา และ สุขภาวะสูงวัยล้านนา โดยมีความคืบหน้าในการดำเนินงานในปี 2567 มี 2 ประเด็นดังนี้

1) สุขภาวะพระสงฆ์ล้านนา การเข้าถึงบริการสุขภาพของพระภิกษุสามเณรยังมีข้อจำกัด โดยมีการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นเพียงร้อยละ 27.75 และการเข้ารับบริการผู้ป่วยนอกเพียงร้อยละ 34.76 ของพระภิกษุสามเณรทั้งหมด กลุ่มโรคที่พบบ่อยในพระภิกษุสามเณร ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจ ปัญหาฟันและโครงสร้าง เนื้อเยื่อผิดปกติ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ สามเณรที่ไร้รัฐ ไร้สัญชาติ ประมาณ 2,000 รูป ยังเข้าไม่ถึงการศึกษาและการ

รักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง เนื่องจากไม่มีโรงเรียนประถมศึกษาสำหรับสามเณรและสถานะทางกฎหมายไม่ครอบคลุม แม้ในเขตพื้นที่จะมีวัดจำนวนมากและพระภิกษุเป็นศูนย์รวมจิตใจที่สำคัญของชุมชน แต่การพัฒนาบทบาทของวัดในการเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพและการเชื่อมโยงกับวัฒนธรรมท้องถิ่นยังมีข้อจำกัด แม้จะมีวัดต้นแบบและพระนักพัฒนาบางส่วนแล้วก็ตาม

ประเด็นท้าทายสำคัญ คือ การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้ครอบคลุมและเข้าถึงได้มากขึ้น การดูแลสุขภาพเณรกลุ่มเปราะบางให้เข้าถึงการศึกษาและสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของวัดและพระสงฆ์ในการเป็นแหล่งเรียนรู้และขับเคลื่อนงานสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและบูรณาการในหลายมิติ ทั้งด้านการสร้างนโยบาย การพัฒนาศักยภาพ การจัดบริการ การดูแลสุขภาพกลุ่มเปราะบาง และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในวัด ซึ่งนับเป็นความก้าวหน้าที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์อย่างเป็นองค์รวมในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน กขป. เขตพื้นที่ 1 ได้ร่วมกับเครือข่ายดำเนินงานและเกิดผลการขับเคลื่อนที่สำคัญ ดังนี้

- 1) มีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ล้านนา และมีการลงนามปวารณาร่วมกันระหว่างคณะสงฆ์และภาคีเครือข่ายในจังหวัดน่านและแพร่เพื่อขับเคลื่อนธรรมนูญสู่การปฏิบัติ
- 2) มีการประชุมเครือข่ายพระคิลานุปัฏฐากภาคเหนือ 8 จังหวัด ร่วมกับจังหวัดสุโขทัยและอุดรดิตถ์จากเขตสุขภาพที่ 2 เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน
- 3) มีการส่งเสริมให้เกิดวัดส่งเสริมสุขภาพและวัดรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีวัดที่ผ่านการประเมินแล้ว 2,015 แห่ง
- 4) มีการอบรมพระคิลานุปัฏฐากให้ครอบคลุมทุกตำบล รวม 741 รูป และมีการอบรมแม่ชีคิลานุปัฏฐายิกาและสามเณรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัดร่วมด้วย
- 5) มีการจัดตั้งกุฏิชีวาภิบาลเพื่อดูแลพระสงฆ์ระยะสุดท้าย รวม 9 แห่ง โดยความร่วมมือของคณะสงฆ์กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1
- 6) มีการจัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังภัยพิบัติสุขภาพประชาชนประจำคณะสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่ที่วัดพระสิงห์วรมหาวิหาร และเปิดคลินิกให้คำปรึกษาด้านกฎหมายประจำมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ ด้วยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน เพื่อแก้ไขปัญหาสถานะและสิทธิของพระสงฆ์ สามเณรที่ไร้รัฐไร้สัญชาติ
- 7) มีการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้โพธิยาลัยร่วมกับภาคีเครือข่ายจากภาครัฐและประชาสังคม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางการศึกษาของสามเณรที่ตกหล่นจากระบบ โดยจัดการเรียนการสอนในรูปแบบการศึกษานอกระบบและตามอัธยาศัย ปัจจุบันมีห้องเรียนสาขา 17 ห้อง ที่โรงเรียนดอยสะเก็ดผดุงศาสน์ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ รองรับสามเณรชั้น ป.1-ป.6 ได้ 1,085 รูป

2) การบริหารจัดการฝุ่นควันและไฟป่าล้านนา ภาคเหนือตอนบนประสบปัญหาฝุ่นพิษ PM2.5 ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเมษายนเป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเคยติดอันดับเมืองที่มีมลพิษทางอากาศแย่ที่สุดในโลกจากเว็บไซต์ iqair.com ปัจจัยที่ทำให้เกิดฝุ่นพิษ PM2.5 ได้แก่ สภาพ

ภูมิอากาศแบบแอ่งกระทะ สภาพอากาศที่แห้งและนิ่งในช่วงเดือนธันวาคมถึงพฤษภาคม และการเผาในที่โล่ง สาเหตุหลักมาจากการเผาในพื้นที่เกษตรและป่าทั้งในภาคเหนือและประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะการเผา ชากข้าวโพดเลี้ยงสัตว์บนที่สูง การเผาอ้อยเพื่อเก็บเกี่ยว การเผาตอซังข้าวในที่ราบเพื่อเตรียมเพาะปลูก และการเผาตามวิถีดั้งเดิมของชาวบ้านในพื้นที่สูง การเผาพื้นที่เกษตรและป่าทำให้เกิดก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การสูดดมก๊าซนี้ทำให้เกิดอาการมึนงง เวียนศีรษะ ไอ มีเสมหะมาก แสบตา และระคายเคือง

ฝุ่นพิษ PM2.5 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนโดยตรง จากสถิติพบว่าในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ป่วยด้วย โรคระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคผิวหนัง และโรคดวงตาเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้น การ แก้ปัญหานี้จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการควบคุมการเผาพื้นที่เกษตรและป่าไม้ รวมถึงการ หาทางเลือกอื่นในการจัดการเศษวัสดุเหลือใช้ทางการเกษตรที่ไม่ก่อให้เกิดมลพิษ ควบคู่ไปกับการสร้างความ ตระหนักรู้แก่ประชาชนในพื้นที่และผลักดันนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมที่เข้มแข็งจากภาครัฐ เพื่อคุณภาพชีวิตและ สุขภาพที่ดีของประชาชน

กขป. เขตพื้นที่ 1 มีบทบาทเป็นหน่วยประสานงานการขับเคลื่อนงานแก้ไขปัญหาฝุ่นควันไฟป่าอย่าง บูรณาการจากหลายภาคส่วน ทั้งการขอสนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ การปฏิบัติในพื้นที่ การ พัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสาร รวมถึงการผลักดันเชิงนโยบายผ่านแผนพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัด ซึ่ง นับเป็นความพยายามร่วมกันที่จะแก้ไขปัญหาวิกฤตฝุ่นควันไฟป่าอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 มีความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

1) มีการจัดการไฟป่าในพื้นที่ป่าแปลงใหญ่ โดยสภามหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในพื้นที่ 7 ป่าและ 1 กลุ่มพื้นที่ ป่าพิเศษบริเวณดอยสุเทพ และสภามหาวิทยาลัยลำพูนในพื้นที่ตำบลก้อ อำเภอลี้ ซึ่งเป็นรอยต่อของ 4 จังหวัด ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

2) เขตสุขภาพที่ 1 จัดตั้งคณะทำงานแก้ไขปัญหาผลกระทบสุขภาพจากฝุ่น PM2.5 ที่ประกอบด้วย ภาคส่วนต่างๆ มีนโยบายสร้างห้องปลอดฝุ่นในศูนย์เด็กเล็กและอาคารสาธารณะเพื่อเพิ่มการเข้าถึงพื้นที่ปลอด ฝุ่นและลดผลกระทบต่อสุขภาพ

3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 (สคร.1) พัฒนาระบบรายงานเฝ้าระวังสุขภาพจากฝุ่น ส่วนศูนย์ อนามัยที่ 1 มีการรายงานสถานการณ์ คาดการณ์ และคำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ประชาชนทุกวัน ผ่าน "ศูนย์ ข้อมูลคุณภาพอากาศ เขตสุขภาพที่ 1"

4) สสส. สนับสนุนงบประมาณแก่สภามหาวิทยาลัยภาคเหนือเพื่อกระจายให้สภามหาวิทยาลัยจังหวัดทั้ง 7 จังหวัดดำเนินการแก้ไขปัญหาฝุ่นควันไฟป่าในพื้นที่

5) สสส. สนับสนุนผ่านหน่วยจัดการจังหวัดแพร่และ node flagship จังหวัดเชียงใหม่และลำปาง เพื่อให้ชุมชนจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาฝุ่นควันไฟป่าในชุมชน

6) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 1 (สปสช.1) ประกาศให้กองทุนหลักประกันสุขภาพ ระดับท้องถิ่น (กปท.) สามารถใช้งบประมาณจัดทำโครงการป้องกันฝุ่นควันไฟป่าได้ ในปี 2567 มีโครงการ ดังกล่าว 417 โครงการ วงเงิน 8,013,442 บาท

7) มีการบรรจุแผนและสนับสนุนงบประมาณจัดการไฟฟ้าในแผนพัฒนากลุ่มจังหวัดล้านนาตะวันออก (เชียงใหม่ พะเยา แพร่ น่าน) และแผนพัฒนาจังหวัดแพร่ โดยมีสำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จังหวัด (ทสจ.) ดำเนินการร่วมกับชมรมอากาศดีและเครือข่ายป่าชุมชน

8) สสส. สนับสนุนมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์จัดทำฐานข้อมูลศูนย์เรียนรู้ ภูมิปัญญา และนวัตกรรม เพื่อสุขภาพ 3 ประเด็น ได้แก่ ผู้สูงอายุ อากาศสะอาด และอาหารปลอดภัย ร่วมกับภาคีสุขภาพภาคเหนือ ตอนบนทั้ง 8 จังหวัด ผ่านเว็บไซต์ <http://info.uru.ac.th>

โดยสรุป กขป. เขตพื้นที่ 1 ดำเนินการ 3 ประเด็น ได้แก่ ประเด็นการบริหารจัดการฝุ่นควันไฟป่า ล้านนา สุขภาวะสูงวัยล้านนา และสุขภาวะพระสงฆ์ล้านนา มีผลการดำเนินงานสำคัญดังนี้

1) ประเด็นการบริหารจัดการฝุ่นควันไฟป่าล้านนา มีการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและผลักดัน ข้อเสนอเชิงนโยบายประเด็นการบริหารจัดการฝุ่นควันและไฟป่าล้านนาเข้าสู่เนื้อหา ร่าง พ.ร.บ.อากาศสะอาด

2) ประเด็นสุขภาพพระสงฆ์ล้านนา มีการประกาศธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ล้านนา 2567 (18 ก.พ.67) ภายใต้ มติมหาเถรสมาคมสานพลังขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ และแนวทางการ ปฏิบัติการจัดงานบุญปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่ และบุหรี่ไฟฟ้า วัดส่งเสริมสุขภาพ พระคิลานุปัฏฐาก ภูมิชีวาภิบาลคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 1 ร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ คณะสงฆ์ภาค 6,7 คณะสงฆ์จังหวัดแพร่ เครือข่ายพระคิลานุปัฏฐาก ภาคเหนือ ภิกษุณี สามเณรี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 1 เชียงใหม่ สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดแพร่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่, วิทยาเขตแพร่, วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน, วิทยาลัยสงฆ์น่าน, วิทยาลัยสงฆ์ลำปาง, วิทยาลัยสงฆ์เชียงราย เครือข่ายโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษา เขต 6 โรงพยาบาลแพร่ วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนีแพร่ สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร จ.แพร่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่

ข้อเสนอแนะจาก กขป. ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

1) การปรับโครงสร้าง กขป. และระบบการสนับสนุนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับกลไกการทำงานของแต่ละพื้นที่

2) สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ หรือ การหนุนเสริม กขป. อย่างต่อเนื่อง

3) การเชื่อมเครือข่ายระหว่างเขตพื้นที่ 1-13 และภาคหรือร่วมกับภาคีสมัชชาสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพแต่ละจังหวัด

4) สื่อสารประชาสัมพันธ์สาธารณะ เพื่อสร้างความเข้าใจและรู้จัก กขป. ให้มากขึ้น

1.2 ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 4

บริบทในเขตพื้นที่

เขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 4 ประกอบด้วย จังหวัด จังหวัดปทุมธานี นนทบุรี นครนายก พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี อ่างทอง และสิงห์บุรี บริบทของพื้นที่และทิศทางการพัฒนาตาม

แผนพัฒนาของกลุ่มจังหวัดภาคกลางตอนบน ได้กำหนดวิสัยทัศน์ไว้ว่า “เมืองแห่งคุณภาพชีวิต ศูนย์กลางการท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์วัฒนธรรม แหล่งการลงทุนอุตสาหกรรม นวัตกรรม ครีวสุขภาพไทย และการบริหารจัดการทรัพยากรที่ยั่งยืน” ภายในกลุ่มจังหวัดในเขต 4 มีจุดแข็ง/จุดเด่นคือ มีความหลากหลายในด้านวัฒนธรรม แหล่งท่องเที่ยวต่างๆ แหล่งท่องเที่ยวประเภทประวัติศาสตร์ โบราณสถาน แหล่งท่องเที่ยวศิลปวัฒนธรรม ประเพณี พื้นที่ราบลุ่ม เหมาะแก่การทำนา และเพาะปลูกพืช

ลักษณะภูมิประเทศที่เอื้ออำนวย ทำให้เป็นแหล่งผลิตสินค้าเกษตรหลากหลายประเภท ทั้งพืชผักผลไม้ ปศุสัตว์ และประมงน้ำจืด รวมทั้งเป็นแหล่งอุตสาหกรรม และวัสดุก่อสร้าง การแปรรูปผลิตภัณฑ์ทางการเกษตรที่เชื่อมโยงแหล่งผลิตสินค้าเกษตรทั้งในภาคกลาง และภาคอื่นๆ อีกทั้งยังได้รับการพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐานเป็นศูนย์กลางการคมนาคมขนส่งจากกรุงเทพมหานครออกสู่ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างเพียงพอ รองรับการขยายตัวทางเศรษฐกิจทำให้มีความสะดวกในการคมนาคมขนส่งทั้งทางบก และทางน้ำ

สำหรับกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กขป.เขตพื้นที่ 4 ประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงาน ผู้แทนกลุ่มเครือข่าย องค์กรวิชาชีพ/วิชาการและประชาสังคมที่มีศักยภาพและต้นทุนที่จะมาหนุนเสริมการทำงานในเขตพื้นที่ ในด้านเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด เครือข่าย สสส. การจัดการที่มีจุดเน้น (Node Flagship) เครือข่ายองค์กรชุมชน (พอช.) เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเครือข่ายองค์กรที่มีอยู่ในระดับตำบลหรือชุมชน มีบทบาทในการเชื่อมโยงและร่วมกันบูรณาการการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่ม 8 จังหวัดภาคกลาง ในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน การเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหาร และการจัดการอุบัติเหตุบนถนนในแต่ละจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อาทิเช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น การจัดทำธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับชุมชน

สถานการณ์สำคัญด้านสุขภาพ/สุขภาพในเขตพื้นที่

ปัญหาคุณภาพชีวิตในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ของประชาชนใน 8 จังหวัด ต้องเผชิญกับปัญหาอุบัติเหตุทางถนนที่เพิ่มขึ้น สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม มลพิษมากมายที่เกิดจากการพัฒนาภาคอุตสาหกรรม ทั้งอากาศ น้ำเสีย และขยะล้นเมือง ประกอบกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้ส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคระบบไหลเวียนโลหิต ทั้งโรคหัวใจ ไขมันในเส้นเลือด ส่งผลให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต และปวดตึงตามมา กระแสการพัฒนาที่ยึดเศรษฐกิจเป็นตัวนำ ส่งผลต่อสถาบันครอบครัวขาดความเข้มแข็ง ครอบครัวไม่อบอุ่น ปัญหายาเสพติด และอบายมุข หนี้สินภาคครัวเรือนสูงขึ้น การไม่มีที่ดินทำกิน และที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ปัญหาจากสิ่งแวดล้อมภาคการเกษตรที่มีการใช้ยาและสารเคมี ก่อให้เกิดการปนเปื้อนในอาหารและน้ำ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเมะเร็ง

จากผลการวิเคราะห์การกำหนดประเด็นการขับเคลื่อนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่ 8 จังหวัดในเขต 4 พบว่าทุกจังหวัดในเขต 4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวน 70 อำเภอ ได้กำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและกลุ่มเปราะบาง เป็นลำดับที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 100 จำนวน 57 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 81.4 ของอำเภอทั้งหมดในเขต 4 ส่วนลำดับที่ 2 คือ ประเด็นการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 5 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 62.5 จำนวน 30 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 42.8 ของอำเภอทั้งหมด และประเด็นการจัดการสิ่งแวดล้อม/ขยะ จำนวน 3 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 37.5 จำนวน 13 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 18.57 ของอำเภอทั้งหมด ในเขต 4 เพื่อให้การขับเคลื่อนปัญหาได้รับการแก้ไขอย่างบูรณาการและมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 4 จึงได้กำหนดจำนวน 4 ประเด็น ดังนี้ 1) การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และกลุ่มเปราะบาง 2) การแก้ไขอุบัติเหตุบนท้องถนน 3) การจัดการสิ่งแวดล้อม (ขยะ) 4) การเสริมสร้างความปลอดภัยด้านอาหารและยา ประกอบกับสถานการณ์ในเขตภาคกลาง 8 จังหวัด มีการขยายวงกว้างไปทุกอำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและรักษาพยาบาลเพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม ซึ่งคณะกรรมการ กขป.เขตพื้นที่ 4 ได้ตระหนักในความรับผิดชอบและกำหนดเป็นประเด็นที่สำคัญในการจะเสริมสร้างความร่วมมือและหนุนเสริมการแก้ไขปัญหา ในปี 2566 - 2567

ทิศทางของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ 4

การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2559 เป็นการสร้างกระบวนการทำงานในลักษณะการบูรณาการข้ามภาคส่วน มีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เป็นกลไกใหม่ที่มีรูปแบบการทำงานโดยเชื่อมโยงองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม โดยใช้พื้นที่ระดับกลุ่มจังหวัดเป็นฐานในการทำงาน มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง บูรณาการการทำงานองค์ความรู้ และแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ ของทุกภาคส่วนที่ปฏิบัติงาน ให้มาร่วมกันกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ร่วม และขับเคลื่อนการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นำไปปฏิบัติภายใต้กลไกหรือกฎระเบียบตามภารกิจ ความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอันจะนำไปสู่การสร้างระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทุกมิติ

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 4 (กขป. เขตพื้นที่ 4) เกิดขึ้นตามคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) เมื่อวันที่ 9 เดือนสิงหาคม 2564 โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 12 กรกฎาคม 2564 กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงาน ผู้แทนกลุ่มเครือข่าย องค์กรวิชาชีพ/วิชาการและประชาสังคมที่มีศักยภาพและต้นทุนที่จะมาหนุนเสริมการทำงานในเขตพื้นที่ทั้งทางด้านเครือข่าย ประเด็นร่วม สรรพกำลัง ฯลฯ เพื่อสนับสนุนในด้านการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในพื้นที่ ได้แก่

1) จำนวน 8 จังหวัด คือ ปทุมธานี นนทบุรี นครนายก พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี อ่างทอง และสิงห์บุรี เป็นกลุ่มยุทธศาสตร์จังหวัดภาคกลางตอนบน 2 ที่มีการบูรณาแผนและงบประมาณด้านต่างๆ ร่วมกัน รวมถึงภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพในพื้นที่ทั้ง 8 จังหวัดมีความสัมพันธ์ที่ดี และร่วมกิจกรรมการขับเคลื่อนประเด็นร่วมกันในพื้นที่ของแต่ละจังหวัด คือ การแก้ไขอุบัติเหตุบนท้องถนน และการเสริมสร้างความปลอดภัยด้านอาหารและยา ฯลฯ

2) กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กขป.เขตพื้นที่ 4 ประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงาน ผู้แทนกลุ่มเครือข่าย องค์กรวิชาชีพ/วิชาการและประชาสังคมที่มีศักยภาพและต้นทุนที่จะมาหนุนเสริมการทำงานในเขตพื้นที่ ในด้านเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด เครือข่าย สสส. การจัดการที่มีจุดเน้น (Node Flagship) เครือข่ายองค์กรชุมชน (พอช.) เครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเครือข่ายองค์กรที่มีอยู่ในระดับตำบลหรือชุมชน มีบทบาทในการเชื่อมโยงและร่วมกันบูรณาการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่ม 8 จังหวัดภาคกลาง ในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน การเสริมสร้างความมั่นคงทางอาหาร และการจัดการอุบัติเหตุบนถนนในแต่ละจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อาทิเช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น การจัดทำธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่หรือเฉพาะประเด็น และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับชุมชน

เป้าหมายการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กขป.เขตพื้นที่ 4

วิสัยทัศน์ “ประชาชนทุกกลุ่มวัยในเขตพื้นที่ 4 มีสุขภาพที่ดี และอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม”

พันธกิจ เสริมสร้างการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบสานพลังกับภาคียุทธศาสตร์และ ภาคีปฏิบัติการทั้งภาคราชการ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน ภาคสื่อมวลชน และภาคประชาสังคม ลงสู่พื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

“ชี้ช่องส่องตะเกียง” ร่วมขับเคลื่อนแบบสานพลังกับภาคียุทธศาสตร์และภาคีปฏิบัติการ ไปสู่พื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวทางการดำเนินงาน

1) ระดับเขต เน้นการบูรณาการเชิงระบบ (กขป. อปสข. กระทรวงสาธารณสุข สสส.) ระดับจังหวัด เน้นพัฒนายุทธศาสตร์ กลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด,ยุทธศาสตร์จังหวัด ระดับอำเภอและตำบล (พชอ. กองทุนสุขภาพฯ ธรรมนูญสุขภาพพื้นที่)

2) การพัฒนาเชิงระบบ VS การพัฒนาเชิงประเด็น ที่สอดคล้องและมีเป้าหมายร่วมกัน

3) นำข้อเสนอจากส่วนกลาง ทำรวมทั้ง 13 เขต ขับเคลื่อนจากตรงกลาง และข้างล่าง (local connection development) เน้นการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ ผ่านฐานข้อมูล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็น

4) เราทำได้ VS เราได้ทำ ติดตาม ประเมินผลการทำงานของแต่ละคณะประเด็นอย่างต่อเนื่อง

5) การพัฒนาการทำงานแนวระนาบร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกระดับทั้งในระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาคด้วยการอภิบาลระบบที่เข้มแข็งอย่างมีประสิทธิภาพ

6) เชิงประเด็นผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อม อาหารปลอดภัย และอุบัติเหตุจราจร (Alignment and focusing Approach)

7) ยุทธวิธีระดับเขต ใช้หลัก Quick win, Pare to principle และหลัก 80/20 กับประเด็นขับเคลื่อนทั้งในเชิงพื้นที่แต่ละจังหวัด อำเภอ หรือเชิงประเด็นขับเคลื่อนระดับเขต

ประเด็นขับเคลื่อนและความก้าวหน้าการดำเนินงาน

กขป.เขตพื้นที่ 4 ได้ประสานงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บูรณาการงาน และร่วมระดมสรรพกำลัง เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นหรือปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ ผ่านประสานเครือข่าย การจัดประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ในปี 2567 มีการขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ของพื้นที่ ประกอบด้วย 1) การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และกลุ่มเปราะบาง 2) การแก้ไขอุบัติเหตุบนท้องถนน 3) การจัดการสิ่งแวดล้อม (ขยะ) 4) การเสริมสร้างความปลอดภัยด้านอาหารและยา ในปี พ.ศ.2566 และ 2567 มีความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

1) การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และกลุ่มเปราะบาง เป้าหมายของการขับเคลื่อนประเด็นที่ดำเนินการเปลี่ยนภาระกลุ่มเป้าหมายให้เป็นพลังสามารถที่จะดูแลตนเองได้ทั้งในระดับครัวเรือนและชุมชน ผู้สูงอายุไม่มีปัญหาเรื่องภาวะหกล้ม คนพิการและกลุ่มเปราะบางเข้าถึงสิทธิที่พึงได้รับ

แนวทางการดำเนินงานเชื่อมประสานเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนบูรณาการกับหน่วยงาน องค์การภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 4 (ตามประเด็น Big Rock) พขอ. ในพื้นที่ 8 จังหวัด เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นพื้นที่ต้นแบบ

ในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 มีความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

- จากการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เกิดการบูรณาการการทำงานสร้างต้นแบบชุมชนดูแล 'ผู้สูงวัย' กับโรงพยาบาลอำเภอท่าม่วง พขอ.ท่าม่วง ภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดลพบุรี และ กขป. เพื่อการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้พิการและกลุ่มเปราะบางในชุมชน

- เชื่อมแผนงานกับ สปสช.เขต 4 สระบุรี ปี 2568 เพื่อผลักดันแผนกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อรับรองสังคมผู้สูงอายุในพื้นที่ และกลุ่มคนเปราะบางที่ได้รับความเดือดร้อนด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อชี้ช่องให้การแก้ไขตามสถานการณ์ของพื้นที่

2) การแก้ไขอุบัติเหตุบนท้องถนน เป้าหมายของการขับเคลื่อนประเด็นที่ดำเนินการลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ร้อยละ 10 ผู้ขับขี่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอุบัติเหตุบนท้องถนน 1 อำเภอ 1 เส้นทางถนนปลอดภัย

แนวทางการดำเนินงานเชื่อมประสานเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนบูรณาการกับหน่วยงาน องค์การภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจนมากขึ้น เช่น เขตสุขภาพที่ 4 (ตามประเด็น Big Rock) พขอ.แก่งคอย พขอ.วังม่วง และหน่วยจัดการ Node Flagship สสส.จ.สระบุรีและ อปท.พื้นที่ต้นแบบ

มีแผนงานการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดสระบุรี ที่ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลภาคียุทธศาสตร์และภาคีปฏิบัติการที่ร่วมดำเนินงานการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในชุมชนกับหน่วยจัดการ

ในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 มีความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

- จากการลงนามบันทึกความร่วมมือระหว่าง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) แก่งคอย เทศบาลตำบลแสลงพัน หน่วยจัดการ สสส.สระบุรี บริษัทวัชรธุรกิจเซ็นเตอร์ จ.สระบุรีและ คณะทำงานการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน กขป.เขตพื้นที่ 4 เกิดผลลัพธ์ระดับจังหวัด ตามที่ ศปถ.จังหวัดสระบุรี ได้ตั้งเป้าจะลด

จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ ทางถนนในชุมชนลงร้อยละ 5 จากค่ามัธยฐาน 3 ป. จุดเสี่ยงได้รับการแก้ไข 100% และหมวกนิรภัย 100%

- เกิดการบูรณาการการทำงานและแผนงานการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดสระบุรี ที่ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลภาคยุทธศาสตร์และภาคปฏิบัติการที่ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุในชุมชน ระหว่าง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) อำเภอพระพุทธบาทและอำเภอหนองแค แก่งคอย เทศบาลตำบลแสลงพัน หน่วยจัดการสส.สระบุรี สมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรี และ คณะทำงานการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน กขป.เขตพื้นที่ 4

- เกิดการร่วมบูรณาการงานและสนับสนุนทรัพยากรทางการบริหารในพื้นที่ ศปถ. อบต. คือ เทศบาลตำบลหนองแค และเทศบาลตำบลพุทรา จังหวัดสระบุรี เพื่อผลักดันกติกาชุมชนเป็นข้อบัญญัติท้องถิ่นรองรับประมาณ แผนงาน เพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนตามแผนงานปี 2567 - 2568

3) การจัดการสิ่งแวดล้อม (ขยะ) เป้าหมายของการขับเคลื่อนประเด็นมลภาวะจากสิ่งแวดล้อม และขยะในชุมชนถูกคัดแยกและนำมาใช้ประโยชน์ ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

แนวทางการดำเนินงานเชื่อมประสานเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนบูรณาการกับหน่วยงาน องค์กร ภาควิชาที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจนมากขึ้น เช่นการจัดการขยะของ พชอ.หนองแค,วิหารแดง และ พชต.ในชุมชน ร่วมกับ หน่วยจัดการ สสส.สระบุรี

ในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 มีความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

- เกิดการประสานแผนบูรณาการโดย กขป.เขตพื้นที่ 4 และหน่วยงานในพื้นที่ที่ร่วมกันผลักดันข้อเสนอในการดำเนินงานเรื่อง นโยบายการพัฒนาเมืองต้นแบบเพื่อส่งเสริมนโยบายจังหวัดสระบุรีในเรื่อง จังหวัดสะอาด และนโยบายพัฒนาเมืองต้นแบบสุขภาพดีเป็นธรรมาภิบาลจัดการขยะชุมชนนกแซงแซว เมืองสุขภาพดี วิถีชุมชน คนอายุยืน ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอมวกเหล็ก เทศบาลตำบลมวกเหล็ก โรงพยาบาลชุมชนมวกเหล็ก คณะทำงานจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด นายอำเภอมวกเหล็ก คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เกิดบันทึกความร่วมมือระหว่าง กขป.เขตพื้นที่ 4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เทศบาลตำบลมวกเหล็ก สาธารณสุขอำเภอมวกเหล็ก ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

4) การเสริมสร้างความปลอดภัยด้านอาหารและยา เป้าหมายของการขับเคลื่อนประเด็นการเสริมสร้างความปลอดภัยของอาหารและยา ซึ่งกำหนดวิธีการทำงานให้มีอาหารที่ปลอดภัยสำหรับไว้บริโภคอย่างพอเพียงทั้งในระดับครัวเรือน ชุมชนหรือองค์กรโรงพยาบาลที่ต้องจัดบริการแก่ผู้มารับการรักษาพยาบาล รวมถึงโรงเรียนมีอาหารปลอดภัยและเหมาะสมกับสุขภาพของนักเรียนที่ต่อเนื่อง

แนวทางการดำเนินงานมีการเชื่อมประสานเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์/แผนบูรณาการกับหน่วยงาน องค์กร ภาควิชาที่เกี่ยวข้องที่ชัดเจนมากขึ้น เช่น เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด, เทศบาลในพื้นที่,ศูนย์การเรียนรู้เศรษฐกิจชุมชน,กลุ่มเกษตรปลอดสารเคมี

ในปี พ.ศ. 2566 และ 2567 มีความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

- เกิดการขับเคลื่อนประเด็นความมั่นคงและขยายผลการจัดการตลาด อาหารปลอดภัย โดย คณะทำงานประเด็นอาหารปลอดภัย ที่แต่งตั้งโดย กขป. เขตพื้นที่ 4 ร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีเป้าหมายอาหารปลอดภัย อาหารเป็นยา สนับสนุน โครงการอาหารปลอดภัย FOOD SPY สายลับอาหารปลอดภัย ชมรมคุ้มครองผู้บริโภค อบรมเครือข่าย คุ้มครองผู้บริโภคใน อสม และอย่างน้อยใน โรงเรียน ตามแผนการดำเนินงานปี 2567

- เกิดการบูรณาการการทำงานและเชื่อมโยงการพัฒนานโยบายสาธารณะร่วมกับหน่วยงานและภาคี เครือข่าย และการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับคณะกรรมการ เขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ 4 สำนักงาน เขตสุขภาพที่ 4 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พัฒนานิคม โรงพยาบาล พัฒนานิคมหน่วยจัดการ Node Flagship สสส. จ.ลพบุรีและเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ จ.ลพบุรี จ.สระบุรี จ. ลพบุรี จ.ปทุมธานี และ จ.พระนครศรีอยุธยา

- มีการขับเคลื่อนนโยบายส่งเสริมการทานอาหารเป็นยาร่วมกับเขตสุขภาพที่ 4 ของกระทรวง สาธารณสุขโดยมีจังหวัดสระบุรีเป็นจังหวัดนำร่องในเขต 4 และได้มีการขยายไปสู่อีก 7 จังหวัดในเขต สุขภาพที่ 4 ต่อเนื่องจากปี 2566 - 2568

ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการขับเคลื่อนการดำเนินงาน กขป. เขตพื้นที่ 4

- ภาวะผู้นำของประธานและคณะกรรมการในการขับเคลื่อนประเด็นร่วม ศักยภาพและ สัมพันธภาพ ของคณะกรรมการส่งผลต่อการขับเคลื่อน และประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายได้ตาม เป้าหมายที่กำหนด

- ที่มาของคณะกรรมการที่มาจากภาครัฐ เอกชน ประชาชน ประชาสังคม องค์กรวิชาชีพ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นต่างๆ ได้หลากหลาย รวมถึงการบูรณา การทรัพยากรได้มากขึ้น

- การสื่อสารประชาสัมพันธ์การดำเนินงานผ่านสื่อ อิเล็กทรอนิกส์ได้อย่างกว้างขวาง

สิ่งที่จะดำเนินการต่อ/แผนการดำเนินงานระยะต่อไป

- พัฒนาระบบข้อมูล การสื่อสารสาธารณะ การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับทุก ประเด็นของเขตพื้นที่ 4 ได้แก่ 1) ผู้สูงอายุ คนพิการ กลุ่มเปราะบาง 2) สิ่งแวดล้อมด้านฝุ่นละอองขนาดเล็ก และขยะ 3) การแก้ไขอุบัติเหตุบนท้องถนน และ 4) ความปลอดภัยด้านอาหารและยา

- ติดตาม สนับสนุน สร้างรูปธรรมการดำเนินงาน กับ พชอ.ที่มีการบันทึกข้อตกลงความร่วมมือด้วย เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เช่น สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ธรรมนูญ สุขภาพ

- เปลี่ยนแนวทางการขับเคลื่อนจากการสงเคราะห์หรือการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าสู่การสร้างชุมชน เข้มแข็งในระยะยาว

- การระดมและบูรณาการทรัพยากรทุกภาคส่วนในพื้นที่ ทั้ง กำลังคน เงิน และความคิดสติปัญญา ด้วยการจัดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) ที่มีประเด็นสอดคล้องกัน

โดยสรุป กขป. เขตพื้นที่ 4 ดำเนินการ 4 ประเด็น ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และกลุ่มเปราะบาง การแก้ไขอุบัติเหตุบนท้องถนน การจัดการสิ่งแวดล้อม (ขยะ) และการเสริมสร้างความปลอดภัยด้านอาหารและยา มีผลการดำเนินงานสำคัญ ดังนี้

1) การดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และกลุ่มเปราะบาง จากการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ เกิดการบูรณาการการทำงานสร้างต้นแบบชุมชนดูแล 'ผู้สูงอายุ' กับโรงพยาบาลอำเภอท่าม่วง พชอ.ท่าม่วง ภาครัฐ เครือข่ายสมาชิกสุขภาพจังหวัดลพบุรี เชื่อมแผนงานกับ สปสช.เขต 4 สระบุรี เพื่อผลักดันแผนกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาวการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อรับรองสังคมผู้สูงอายุในพื้นที่

2) การแก้ไขอุบัติเหตุบนท้องถนน มีการบูรณาการขับเคลื่อนแผนงานกับหน่วยงาน องค์กรในพื้นที่ พชอ. แก่งคอย พชอ.วังม่วง และหน่วยจัดการ Node Flagship สสส.จ.สระบุรีและ อปท.พื้นที่ต้นแบบของเขตสุขภาพที่ ๔ (ตามประเด็น Big Rock)

3) การจัดการสิ่งแวดล้อม (ขยะ) มีการบูรณาการขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์กับหน่วยงาน ในเรื่อง การจัดการขยะของ พชอ.หนองแค,วิหารแดง และ พชด.ในชุมชน ร่วมกับ หน่วยจัดการ สสส.สระบุรี

4) การเสริมสร้างความปลอดภัยด้านอาหารและยา ขับเคลื่อนโดยคณะทำงานประเด็นอาหารปลอดภัย ขยายความร่วมมือกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตสนับสนุนโครงการอาหารปลอดภัย FOOD SPY สายลับอาหารปลอดภัย ชมรมคุ้มครองผู้บริโภค อบรบเครือข่าย คุ้มครองผู้บริโภคใน อสม และออย.น้อย ใน โรงเรียน ตามแผนการดำเนินงานปี 2567

ข้อเสนอแนะจาก กขป. ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

1) การจัดสัมมนาเชื่อมเครือข่ายระหว่างเขต 1 - 13 และภาคหรือร่วมกับภาคีสมาชิกสุขภาพในพื้นที่ของแต่ละเขตสุขภาพและของแต่ละจังหวัด

2) เร่งรัดการสื่อสารประชาสัมพันธ์สาธารณะ เพื่อให้ประชาชนหรือภาคส่วนต่างๆ เข้าใจและรู้จัก กขป. ให้มากขึ้น อันจะนำมาซึ่งความร่วมมือจากภาคส่วนที่มีประสิทธิภาพ

3) จัดหาแหล่งทุนฯ สนับสนุนการทำโครงการพิเศษของ กขป. เพื่อทำกิจกรรมร่วมกันของแต่ละประเด็นให้เกิดความต่อเนื่องและมีผลงานชัดเจน เป็นรูปธรรมร่วมกับภาคีเครือข่าย เช่น สสส. สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงกองทุนต่างๆ ที่แต่ละหน่วยงานของแต่ละกระทรวง ทบวง กรมที่มีการจัดตั้งตามกฎหมายอยู่แล้ว

1.3 ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 7

บริบทในเขตพื้นที่

กลุ่มจังหวัด “ร้อยแก่นสารสินธุ์” เขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด มีประชากรอาศัยกระจายอยู่ในพื้นที่ทั้งชนบทและเมือง โดยเขตการปกครองครอบคลุม 77 อำเภอ 659 ตำบล และ 8,305 หมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มีทั้งหมด 724 แห่ง แบ่งเป็นองค์การบริหารส่วนจังหวัด 4 แห่ง เทศบาล 85 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 635 แห่ง

ทิศทางการพัฒนาของกลุ่มจังหวัดในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) มุ่งเน้นการยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและทัดเทียมสากล โดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ทันสมัยในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ภายใต้แนวคิด "Smart Cluster" ที่เน้นการเติบโตของเศรษฐกิจแห่งอนาคตบนพื้นฐานการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างยั่งยืน ทั้งในภาคเกษตร อุตสาหกรรม และบริการ กลุ่มจังหวัดนี้ยังมีเป้าหมายในการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และชุมชนให้มีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง ตอบสนองต่อความท้าทายในด้านต่างๆ เช่น การจัดการภัยพิบัติและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถานการณ์สำคัญด้านสุขภาพ/สุขภาวะในเขตพื้นที่

ด้านเศรษฐกิจ: กลุ่มจังหวัดร้อยแก่นสารสินธุ์มีเศรษฐกิจที่เน้นสาขานอกภาคเกษตรเป็นหลัก ซึ่งสร้างรายได้มากกว่าภาคเกษตรกรรม แต่ถึงกระนั้น ภาคการเกษตรยังคงมีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะการเป็นแหล่งผลิตพืชเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตาม การพึ่งพาปัจจัยทางธรรมชาติในการผลิตทำให้เกิดความเสี่ยงด้านความมั่นคงทางอาหาร เช่น การขาดแคลนน้ำเพื่อการเกษตรและสภาพดินเสื่อมโทรม ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ความไม่แน่นอนนี้สร้างความท้าทายในการพัฒนาภาคการเกษตร แม้จะมีแนวโน้มการขยายตัวของเกษตรอินทรีย์และเกษตรปลอดภัยเพิ่มขึ้นในพื้นที่

ด้านสังคม: การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรในพื้นที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคม ประชากรในวัยทำงานต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น ส่งผลให้การเข้าสู่สังคมสูงวัยมีความท้าทายอย่างมาก เนื่องจากการยังเน้นการให้สวัสดิการพื้นฐานแก่ผู้สูงอายุ มากกว่าการพัฒนาศักยภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ นอกจากนี้ การกระจุกตัวของประชากรในเมืองใหญ่ทำให้เกิดความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขระหว่างพื้นที่เมืองและชนบท

ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม: การพัฒนาภายใต้ระบบเศรษฐกิจเสรีส่งผลให้เกษตรกรในเขตพื้นที่ ๗ ไร่ปุ๋ยเคมีและสารเคมีปราบศัตรูพืชมากขึ้น ส่งผลให้ดินเสื่อมโทรมและสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ได้รับผลกระทบ นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้มการปลูกพืชเศรษฐกิจเชิงเดี่ยว เช่น อ้อยและยางพาราเพิ่มขึ้น ซึ่งการปลูกพืชเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศและคุณภาพของทรัพยากรธรรมชาติในพื้นที่

ด้านสุขภาพ: โรคพยาธิใบไม้ตับยังคงเป็นปัญหาสำคัญในเขตพื้นที่ เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารดิบที่ยังไม่เปลี่ยนแปลง แม้ว่าจะมีการรณรงค์ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังพบปัญหาด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในเขต ๗ ยังคงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ เนื่องจากพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การได้รับอาหารจากการบิณฑบาตที่มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรังในพระสงฆ์ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอ้วน นอกจากนี้ พระสงฆ์หลายรูปยังขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและไม่เข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึง เนื่องจากข้อจำกัดในการออกไปพบแพทย์หรือรับการรักษานอกวัด การขาดการส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพที่สะสมในระยะยาว ซึ่งนอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพของพระองค์แล้ว ยังส่งผลต่อชุมชนที่พระสงฆ์เป็นส่วนหนึ่ง เพราะพระสงฆ์มีบทบาทสำคัญในการเป็นที่ปรึกษาทางจิตวิญญาณและเป็นผู้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพให้กับชุมชน ดังนั้น การพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ให้เป็น

แนวทางการปฏิบัติจริงจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อส่งเสริมให้พระสงฆ์มีสุขภาพที่ดี สามารถดูแลตนเอง ดูแลพระสงฆ์ด้วยกัน และดูแลชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 7 ได้วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของเขต และได้กำหนดเป็นประเด็นเป้าหมายสำคัญในการขับเคลื่อน 6 ประเด็น คือ

1) ประเด็นการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ เป้าหมาย เพื่อ เกิดความร่วมมือในการสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และมีพระภิกษุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลพระด้วยกัน และดูแลชุมชนได้

2) ประเด็นการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดไม่ดับและมึนเมาเรื้อรัง มีเป้าหมายสำคัญคือ อัตราการติดเชื้อลดลง อัตราการรอดชีพเพิ่มขึ้น

3) ประเด็นการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ และการรองรับสังคมสูงวัย มุ่งเน้นให้ ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สิทธิ และการรู้เท่าทันภัยต่างๆ พัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งของกลไกผู้สูงอายุ และประเด็นสำคัญคือ การมีแนวทางในการเตรียมความพร้อมการก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุในมิติต่างๆ

4) ประเด็นการพัฒนาสุขภาพคนพิการ มีเป้าหมาย เกิดการบูรณาการข้อมูล จาก สปสช. /พมจ./ สสนง. จัดหางาน เกิดพื้นที่ต้นแบบการส่งเสริมอาชีพคนพิการ/การจ้างงาน สนับสนุนให้เกิดสัดส่วนของ PA ที่ดูแลคนพิการเพิ่มขึ้น และผลักดันให้มีนโยบายการปรับสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อคนพิการ

5) ประเด็น สุขภาวะทางเพศเด็กและเยาวชน มีเป้าหมายเพื่อ พัฒนากลไกการเชื่อมประสานงานเครือข่ายสุขภาพทางเพศ เขต 7 สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาเครื่องมือและองค์ความรู้สุขภาพทางเพศ ส่งเสริมความรู้เรื่องสุขภาพทางเพศของเด็กและเยาวชน เขต 7 และพัฒนาระบบช่วยเหลือและส่งต่อเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศ

6) ประเด็นการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขภาพในมิติความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และยาสมุนไพร มีเป้าหมายในการสนับสนุนนโยบายสาธารณะในการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขภาพในมิติความมั่นคงทางอาหาร อาหารปลอดภัย และยาสมุนไพร ระดับพื้นที่ การพัฒนาระบบข้อมูล ฐานข้อมูล และให้มีเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย

กระบวนการจัดตั้ง บทบาทหน้าที่ และการกำหนดทิศทางของ กขป.

การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2559 เป็นการสร้างกระบวนการทำงานในลักษณะการบูรณาการข้ามภาคส่วน มีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เป็นกลไกใหม่ที่มีรูปแบบการทำงานโดยเชื่อมโยงองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม โดยใช้พื้นที่ระดับกลุ่มจังหวัดเป็นฐานในการทำงาน มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง บูรณาการการทำงานองค์ความรู้ และแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ ของทุกภาคส่วนที่ปฏิบัติงาน ให้มาร่วมกันกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ร่วมและขับเคลื่อนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นำไปปฏิบัติภายใต้กลไกหรือกฎระเบียบตามภารกิจความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอันจะนำไปสู่การสร้างระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทุกมิติ

กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงาน ผู้แทนกลุ่มเครือข่าย องค์กรวิชาชีพ/วิชาการและประชาสังคมที่มีศักยภาพและต้นทุนที่จะมาหนุนเสริมการทำงานในเขตพื้นที่ (เครือข่าย ประเด็นร่วม สรรพกำลัง ฯลฯ) ในด้านการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในพื้นที่ ได้แก่ มีเครือข่ายทั้งภาค วิชาการ ภาคประชาสังคม และภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน เช่น สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ร่วมขับเคลื่อนในประเด็น การป้องกันและแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เครือข่ายภาคประชาสังคม ได้แก่ มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ ภาคอีสาน เครือข่ายพระแกนนำ สปสช.เขต 7 ขอนแก่น ศูนย์อนามัยที่ 7 สคร. 7 ขอนแก่น และได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานใหม่ คือ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่น ในการขับเคลื่อนงานประเด็นการขับเคลื่อนธรรมนูญพระสงฆ์ สำหรับในการ ขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ และการเตรียมรองรับสังคมสูงวัย เครือข่ายสาขาสมาคม ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลขอนแก่น และสถาน ประกอบการเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน

เป้าหมาย และผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กขป. เขตพื้นที่

วิสัยทัศน์ : กขป.7 เป็นองค์กร สานพลังสังคม สุขภาวะ

ค่านิยมร่วม : อาสามาสร้างสุข

คำขวัญ : ร้อยแก่นสารสินธุ์ สร้างพลัง สร้างสุข

เป้าหมายสุดท้าย : ประชาชนสุขภาพดี มีสุข อย่างยั่งยืน

พันธกิจ 3 สร้าง : 1) สร้างความร่วมมือภาคีเครือข่าย โดยกำหนดปัญหาสุขภาพพื้นที่เป็นฐาน บูรณาการ กลไกการทำงาน 2) สร้างการเรียนรู้ โดยพัฒนาระบบการสื่อสารเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการทำงานสร้างเสริมสุขภาวะ 3) สร้างนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

ยุทธศาสตร์การทำงาน

1) จัดการระบบสารสนเทศ (MIS) กลุ่มองค์กรภาคีเครือข่าย เน้นการจัดระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย โดยใช้ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ ช่วยในการติดตาม ประเมินผล และการตัดสินใจเพื่อการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ

2) พัฒนาศักยภาพของกลุ่มภาคีเครือข่าย (Building Capacity) มุ่งพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรบุคคลในภาคีเครือข่ายให้มีความเข้มแข็ง มีความสามารถในการดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และสามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) จัดการสร้างสัมพันธภาพระหว่างภาคีเครือข่าย และสร้างความร่วมมือ (Relationship for Collaboration) ส่งเสริมการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อเพิ่มความเข้าใจและการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ สร้างความเชื่อมั่นและเปิดโอกาสให้แต่ละฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในเขตพื้นที่

4) การประเมินเสริมพลัง (Empowerment Evaluation) และการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เป็นการใช้การประเมินเพื่อสร้างความรู้และทักษะให้กับกลุ่มภาคีเครือข่าย ทำให้แต่ละฝ่าย

สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งบริหารจัดการข้อมูลที่ได้จากการทำงานเพื่อใช้ในการพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานในระดับเขตในอนาคต

5) พัฒนาระบบการสื่อสารสาธารณะ (Public Communication) เน้นการพัฒนาช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพกับสาธารณะ เพื่อสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาวะ และให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อการปรับตัวต่อปัญหาสุขภาพ

ประเด็นขับเคลื่อนและผลการดำเนินงาน (ณ ปี 2567)

ในการดำเนินงานในปี 2567 กขป. เขตพื้นที่ 7 ได้มีการวิเคราะห์ความท้าทายการขับเคลื่อนประเด็นสำคัญจาก 6 ประเด็น มาเป็น 3 ประเด็น โดยแบ่ง เป็น 2 ลักษณะคือ ลักษณะที่หนึ่งเป็นประเด็นที่มุ่งเน้น ได้แก่ ประเด็นการส่งเสริมสุขภาวะพระสงฆ์ และ ประเด็นการพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุและการรองรับสังคมสูงวัย กขป. เขตพื้นที่ 7 เข้าไปมีบทบาททั้งในแง่ หนึ่ง การประสานการสนับสนุนทรัพยากรในการขับเคลื่อน และลักษณะที่สองเป็นการเข้าไปช่วยหนุนเสริมติดตามและให้กำลังใจ สนับสนุนงบประมาณแต่สัดส่วนน้อยกว่าในลักษณะแรก ได้แก่ ประเด็นการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและมะเร็งท่อน้ำดี

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา สรุปได้ในแต่ละประเด็นดังนี้

ประเด็นการส่งเสริมสุขภาวะพระสงฆ์

1) เกิดการบูรณาการงบประมาณและทรัพยากรร่วมกัน ทั้งจาก สปสช. เขต 7 มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น สคร 7 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 และ สสส.

2) เกิดพระสงฆ์แกนนำ 20 รูป และพระสงฆ์จำนวน 288 รูป ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพทั้งกายและใจ

3) พระสงฆ์ได้รับการประเมินคัดกรองสุขภาพ 266 รูป และพบพระสงฆ์ที่มีความเสี่ยง 157 รูป และเกิดแผนการส่งเสริมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ภายในวัดและชุมชน จำนวน 76 แผน

4) มีภาคีเครือข่ายการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในพื้นที่เขต 7 ขอนแก่น มีหน่วยงานที่ร่วมขับเคลื่อนทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม คณะสงฆ์ มากกว่า 56 หน่วยงาน

5) เกิดวัดต้นแบบ 9 วัด ที่ดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาวะในด้านต่างๆ ผลลัพธ์ภายใต้การดำเนินงานนี้ คือ สามารถลดจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด โรคอ้วน ในพระสงฆ์และญาติโยม อย่างเช่นในกรณีวัดอุตุสาเห อำเภอบุหลัดรัตนจังหวัดขอนแก่น ญาติโยมสามารถลดยาเบาหวานได้ 5 ราย สามารถสนับสนุนการปลูกพืชปลอดสารสำหรับบริโภคในครัวเรือน และถวายพระสงฆ์ สามเณร ในวัดในพื้นที่ ทำให้พระสงฆ์ได้ฉันอาหารที่ปลอดสารพิษ บำบัดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้มากขึ้น พระสงฆ์มีความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก เกี่ยวโภชนาการ พืชภัยของบุหรี และรู้จักช่องทางขอรับคำปรึกษา และสายด่วน ออนไลน์ ในการลด ละ เลิก บุหรี เกิดมาตรการทางสังคมในการจัดพื้นที่วัดปลอดบุหรี และมีพระสงฆ์ปวารณาในการเลิกบุหรี 3 รูป จากการการถวายความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเค็ม ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแนวทางการกำกับ ควบคุม ติดตาม การบริโภคและการประกอบอาหารที่มีรสเค็มในครัวเรือน และอาหารถวายพระสงฆ์ได้มากขึ้น ในพื้นที่อำเภोजังหาร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 14 วัด 19 หมู่บ้าน

ประเด็น การพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุ และการรองรับสังคมสูงวัย

1) เกิดความร่วมมือกับสมาชิกสุขภาพในการสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญประเด็นการรองรับสังคมสูง จำนวน 3 พื้นที่

2) มีแนวทางในการเตรียมความพร้อมของวัยแรงงานทั้งมิติด้านสุขภาพและเศรษฐกิจ โดยความร่วมมือกับสภาอุตสาหกรรมจังหวัดขอนแก่น สถานประกอบการ โรงพยาบาลขอนแก่น สมาคมผู้บริโภค และธนาคารแห่งประเทศไทย สาขาขอนแก่น

3) มีการสนับสนุนการสร้างพื้นที่สีเขียวในชุมชนร่วมกับโรงเรียนผู้สูงอายุและท้องถิ่น โดยได้รับการสนับสนุนพันธุ์ไม้จากสำนักจัดการทรัพยากรป่าไม้ที่ 7 ขอนแก่น

การป้องกันและแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

1) ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการประชุมกำหนดทิศทางและจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เขตสุขภาพที่ 7

2) สนับสนุนการจัดเวทีปรึกษาหารือแลกเปลี่ยนแนวทางการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่เหมาะสม

3) สนับสนุน ติดตาม และให้กำลังใจ ในกิจกรรมการตรวจคัดกรอง และมหกรรมวันมะเร็งท่อน้ำดีโลก

4) ผลักดันประเด็นผ่าน อปสข, คสข.

5) สร้างการรับรู้บทบาทของ กขป. ในการขับเคลื่อนงาน OVCCA ในวงวิชาการ

ทิศทางการดำเนินงานต่อไป ในปี 2568 กขป. เขตพื้นที่ 7 ได้กำหนดประเด็นมุ่งเน้น 3 ประเด็นหลัก เพื่อพัฒนาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ได้แก่

1) **การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์** มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในชุมชน การดำเนินงานนี้จะทำงานร่วมกับวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม รวมถึงการสร้างกลไกสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างยั่งยืน

2) **การพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุและการรองรับสังคมสูงวัย** ประสานความร่วมมือหน่วยงานและเครือข่ายเพื่อหาแนวทางและการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ ประสานความร่วมมือ กับสถานประกอบการ โรงพยาบาล สคร 7 คอ.7 ธนาคารแห่งประเทศไทย สนง. ประกันสังคม และอื่นๆ ในการเตรียมความพร้อมวัยแรงงานสู่สังคมผู้สูงอายุ สนับสนุนกระบวนการสร้างพื้นที่รูปธรรมในการรองรับสังคมสูงวัย

3) **การป้องกันและแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี** ปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในเขตพื้นที่ 7 โดยการดำเนินงานจะเน้นที่การสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกัน การคัดกรอง และการรักษาที่ถูกต้อง รวมถึงการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข โรงพยาบาล และองค์กรท้องถิ่น ในการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ

ในการขับเคลื่อนประเด็นมุ่งเน้นเหล่านี้ กขป. เขตพื้นที่ 7 จะดำเนินการโดยสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน อีกทั้งจะพัฒนาระบบข้อมูล ที่สามารถนำมาใช้สนับสนุนการตัดสินใจและการดำเนินงานในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับแต่ละประเด็นอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ กขป. เขตพื้นที่ 7 ยังจะสนับสนุนการนำเครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เช่น การจัด สมาชิกสุขภาพเฉพาะพื้นที่ การสร้างธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ และเครื่องมือ

อื่นๆ ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนและยั่งยืนในพื้นที่เป้าหมาย อีกทั้งจะพัฒนากลไกภายใน ของ กขป. เขตพื้นที่ 7 ให้มีความเข้มแข็งและสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา กขป.ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.)

1) **พัฒนากลไกการทำงานร่วมกัน** เสนอให้มีการสนับสนุนการประสานงานระหว่าง กขป. กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับประเทศ เพื่อให้การดำเนินงานของ กขป. ในระดับพื้นที่มีความสอดคล้องกับ นโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพระดับชาติ โดยเฉพาะในด้านการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพที่มีความสำคัญต่อ สังคม เช่น สังคมผู้สูงอายุ สุขภาวะพระสงฆ์ และการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

2) **การพัฒนาศักยภาพบุคลากร** เสนอให้ คสช. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรใน กขป. อย่างต่อเนื่อง โดยจัดหลักสูตรการอบรมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งในด้านการพัฒนานโยบายสาธารณะ การสร้างกลไกการมีส่วนร่วม และการใช้เครื่องมือในการขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการพัฒนานโยบายและดำเนินงานในพื้นที่ได้ดีขึ้น

3) **การสร้างฐานข้อมูลและการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ** คสช. ควรสนับสนุนการพัฒนาระบบ ข้อมูลสุขภาพในระดับพื้นที่ ที่สามารถใช้ได้อย่างครอบคลุมและเชื่อถือได้ เพื่อให้ กขป. สามารถใช้ข้อมูลในการ วางแผน การประเมินผล และการติดตามผลการดำเนินงาน นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่าง กขป. ในเขตต่างๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และปรับปรุงกลยุทธ์ร่วมกัน

4) **การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน** เสนอให้ คสช. มีการพัฒนาระบบการติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงานของ กขป. อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยใช้เกณฑ์การประเมินที่สอดคล้องกับ เป้าหมายและยุทธศาสตร์ของแต่ละพื้นที่ การประเมินผลควรเน้นการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพในการ ดำเนินงาน พร้อมกับการใช้ข้อมูลจากการประเมินผลในการปรับปรุงและพัฒนางานในอนาคต

1.4 ผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 12

บริบทในเขตพื้นที่

กลุ่มจังหวัดในเขตพื้นที่ 12 มีจำนวน 7 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา สตูล ปัตตานี ยะลา นราธิวาส มีลักษณะภูมิประเทศเป็นคาบสมุทรที่มีทะเลขนานทั้งสองด้าน คือ ฝั่งตะวันออกด้านอ่าวไทย ได้แก่ จังหวัดสงขลา พัทลุง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส ฝั่งตะวันตกด้านอันดามัน ได้แก่ จังหวัดตรัง สตูล ทิศเหนือติดพื้นที่จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 11 และทิศใต้ติดกับประเทศมาเลเซีย พื้นที่ในเขตที่ 12 เป็นแหล่งปลูก พืชเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ เช่น ยางพารา ปาล์มน้ำมัน มีลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบร้อนชื้นแถบ มรสุม คือ มีฝนตกชุกสลับกับฤดูแล้งสั้นๆ จากสภาพที่มีความจำเพาะทางภูมิศาสตร์และประวัติศาสตร์ ทำให้ ภาคใต้ตอนล่าง เป็นสังคมที่มีความแตกต่าง หลากหลายทั้งทางเชื้อชาติ ภาษาศาสนา และวัฒนธรรมประเพณี ที่แตกต่างจากภาคอื่นๆ ของประเทศ เช่น วัฒนธรรมการแต่งกาย การใช้ภาษายาวีเป็นภาษาพื้นเมือง และ ประเพณีถือศีลอด ในเดือนรอมฎอนของชาวไทยมุสลิม ประเพณีถือศีลกินเจของคนไทยเชื้อสายจีน และ ประเพณีชักพระ ของชาวไทยพุทธ เป็นต้น

สถานการณ์สำคัญด้านสุขภาพ/สุขภาวะในเขตพื้นที่

สถานการณ์สำคัญด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ประกอบด้วย ตามกลุ่มวัย อัตราการเกิดมีชีพต่อ 1,000 ของประชากร อัตราตายและอัตราเพิ่มในเขต 12 อัตราเพิ่มรวมอยู่ที่ 0.92 สาเหตุการตาย 5 อันดับแรกแยกเป็น 1) โรคมะเร็งทุกชนิด 2) หลอดเลือดสมองและความดันโลหิตสูง 3) โรกระบบประสาท 4) โรคหัวใจ ประเด็นสำคัญที่เขต 12 มีความต่างจากเขตอื่นคือ อัตราส่วนมารดาตายในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แนวโน้มอัตราส่วนมารดาตายต่อแผนการเกิดมีชีพยังสูงกว่าทุกเขตใน 13 เขตของประเทศไทย ในสถานการณ์ของการติดเชื้อโควิด เขต 12 มีความเสี่ยงในกลุ่มแม่และเด็กที่เพิ่มอัตราตายให้สูงขึ้น และการตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงของโควิดและเสี่ยงต่อชีวิตมากขึ้น และสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีน ปัจจัยอีกอย่างหนึ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือด คือ ภาวะฉีก ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างมีมากในเขต 12 เช่นเดียวกัน ปัญหาความไม่ครบถ้วนในการรับวัคซีนในเด็กยังมีอยู่ นอกจากนี้มีปัญหาในเรื่องของการเจริญเติบโตของเด็ก ตัวชี้วัดที่สำคัญคือภาวะเตี้ย ในพื้นที่เขต 12 พบเกิน 14.32 หมายถึงเด็กในพื้นที่มีภาวะอาหารไม่เพียงพอ ความครอบคลุมพัฒนาการของเด็กที่สมวัยยังน้อยอยู่ นอกจากนั้นก็มีปัญหาสำคัญ 1) วิกฤตโควิด-19 มีการแพร่เชื้อระดับครอบครัว/ชุมชน พบการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์รับวัคซีนไม่ครอบคลุม เนื่องจากกังวลเรื่องความปลอดภัยของวัคซีน และประสิทธิภาพของวัคซีน ด้านเศรษฐกิจด้านตลาดแรงงานเปราะบางมากขึ้นโดยเฉพาะภาคบริการและผู้ประกอบอาชีพอิสระ ขาดรายได้ตกงาน 2) ปัจจัยเสี่ยง ภาคใต้เขต 12 สูบบุหรี่มากเนื่องจากเข้าถึงบุหรี่หนีภาษีได้ง่าย และบุหรี่เข้าไปอยู่ในชุมชนได้ง่าย ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2564 พบว่าในเขต 12 มีผู้บริโภคยาสูบในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดสตูลมีพื้นที่มากที่สุด ยะลายน้อยลง จังหวัดอื่นๆลดหลั่นลง อัตราการสูบบุหรี่ของประชาชนเปรียบเทียบ 2 ปี มีการคัดกรองบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกคนพบว่า ทุกจังหวัดมีอัตราการสูบบุหรี่ลดลงยกเว้นจังหวัดสตูล เนื่องจากประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น 3) การดูแลกลุ่มเปราะบางทางสังคม ปัญหาด้านพฤติกรรม : ความรู้ ความเชื่อ ทักษะคติในการใช้ชีวิตของบุคคล ด้านเศรษฐกิจ : ไม่มีรายได้ ยากจน มีหนี้สิน สถานการณ์โควิดทำให้รายได้ของครัวเรือนที่มีกลุ่มเปราะบางทุกประเภท (ยกเว้นกลุ่มผู้สูงอายุ) ลดลงในช่วงโควิดมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีกลุ่มเปราะบาง ด้านสังคม : เริ่มเข้าสู่สังคมสูงวัย อยู่อาศัยแบบครอบครัวเดี่ยว ขาดคนดูแล ด้านสิ่งแวดล้อม : ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ และระบบบริการ : การเข้าถึงสิทธิ์บริการพื้นฐานในกลุ่มคนเร่ร่อน ต่างถิ่น ไม่มีบัตรประชาชน หรือบัตรคนพิการ การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก การประสานการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการจัดตั้ง บทบาทหน้าที่ และการกำหนดทิศทางของ กขป.

การจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ.2559 เป็นการสร้างกระบวนการทำงานในลักษณะการบูรณาการข้ามภาคส่วน มีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เป็นกลไกใหม่ที่มีรูปแบบการทำงานโดยเชื่อมโยงองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม โดยใช้พื้นที่ระดับกลุ่มจังหวัดเป็นฐานในการทำงาน มุ่งเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาสุขภาวะในพื้นที่ของตนเอง บูรณาการการทำงานองค์ความรู้ และแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ ของทุกภาคส่วนที่ปฏิบัติงาน ให้มาร่วมกันกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ร่วมและ

ขับเคลื่อนการพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นำไปปฏิบัติภายใต้กลไกหรือกฎระเบียบตามภารกิจความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอันจะนำไปสู่การสร้างระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทุกมิติ

กรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ประกอบด้วยผู้แทนหน่วยงาน ผู้แทนกลุ่มเครือข่าย องค์กรวิชาชีพ/วิชาการและประชาสังคมที่มีศักยภาพและต้นทุนที่จะมาหนุนเสริมการทำงานในเขตพื้นที่ (เครือข่าย ประเด็นร่วม สรรพกำลัง ฯลฯ) ในด้านการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในพื้นที่ จำนวน 43 คน

อธิบายโครงสร้าง การแบ่งบทบาทหน้าที่ของคณะทำงาน ทั้งนี้เขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขต 12 มีโครงสร้างการดำเนินงานดังนี้

ประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต 12 นพ.สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ ผู้แทนบุคลากรด้านสาธารณสุขในเขตพื้นที่

รองประธาน คนที่ 1 นายสมพร สิริโปราณานนท์ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านบริหาร

รองประธาน คนที่ 2 นายนฤฤทธิ์ ดวงสุวรรณ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านพัฒนาสังคมและชุมชนท้องถิ่น

คณะเลขานุการร่วม ประกอบด้วยเลขานุการ ได้แก่ นายชาคริต โภชะเรือง ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) และมีเลขานุการร่วมประกอบด้วย นายประดิษฐ์ นิจิไตรรัตน์ ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) นายสายันต์ อาจณรงค์ ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และนพ.เดชา แซ่หลี่ ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) โดยมีผู้ประสานงานประจำศูนย์ ได้แก่ นางสาวกมลทิพย์ อินทะโน

การดำเนินงานประกอบด้วย คณะอนุกรรมการประเด็น คณะทำงานด้านยุทธศาสตร์ และคณะทำงานวิชาการ ในการประสานการทำงาน

ศูนย์ประสานงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต 12 อยู่ที่ 73 ซอย 5 ถนนเพชรเกษม อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โทรศัพท์และแฟกซ์ 074 221286 ช่องทางประชาสัมพันธ์กิจกรรมประกอบด้วยเว็บไซต์ www.ahsouth.com เพชบุ๊กกลุ่มสาธารณะ ชื่อ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต 12 และเพจ : เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต 12

เป้าหมาย และผลการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กขป. เขตพื้นที่

เป้าหมาย วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์ ประเด็นที่ดำเนินงาน

Vision & Mission

เป้าหมาย>คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน เขต ๑๒

ประเด็นหลัก > ๑.บุหรืและปัจจัยเสี่ยง ๒.สุขภาวะแม่และเด็ก ๓.สุขภาวะกลุ่มเปราะบางทางสังคม ๔.เกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ

ยุทธศาสตร์

๑.การเรียนรู้และจัดการความรู้

- กบถนสภากการณ้สุขภาพและ ๔ ประเด็นร่วม
- วิเคราะห์ปัญหา/กนทางสังคมตามกรอบปัจจัยกำหนดคุณภาพชีวิต(ปัจจัย/สภาพแวดล้อม/ระบบบริการ)
- กำหนดเป้าประสงค์
- Mapping องค์กร/ภาคีภาครัฐ ก้องถิ่น วิชาการ เอกชน ประชาสังคม ชุมชน และพื้นที่ปฏิบัติการ
- กขป.เจ้าภาพหลัก/รอง
- สร้างช่องทางสื่อสาร

๒.บูรณาการยุทธศาสตร์

- แผนปฏิบัติการ 4 ปี/พื้นที่ปฏิบัติการร่วม Sandbox
- บูรณาการร่วมปฏิบัติการ
- จัดการความรู้
- การสื่อสารสาธารณะติดตามผล รายงานผล

๓.ผลักดันเชิงนโยบาย

- จัดการความรู้ขยายผลเชิงนโยบาย
- ภาคัยุทธศาสตร์สัชชาสุขภาพจังหวัด
- งานสร้างสุขภาพได้
- สัชชาสุขภาพแห่งชาติ
- กขป.เขตอื่น

๔.พัฒนาระบบสนับสนุน

- การประชุมกขป./อนุกรรมการ
- ระบบข้อมูล www.AHSouth.com
- การสื่อสารสาธารณะ
- การพัฒนาศักยภาพ





เรียนรู้ เต็มเต็ม ต่อยอด ขยายผล

บูรณาการการะงานฯ/พื้นที่/ประเด็น/เครื่องมือ-กระบวนการ

นพ.สุวัฒน์ วัชรพงษ์สุกิจ
ประธานคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต ๑๒

ประเด็นขับเคลื่อนและผลการดำเนินงาน (ณ ปี 2567) ผลการดำเนินงาน รายงานประเด็น (ผลการดำเนินงานสะสม 2566 - 2567)

1) ประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต 12 จำนวน 2 ครั้ง ได้รายงานการบูรณาการความร่วมมือขับเคลื่อนงานประเด็นในปี 2567 นำเสนอแผนงานโครงการ/กิจกรรม/สถานการณ์ปัญหา/ภาคีความร่วมมือ/กลุ่มเป้าหมายที่ได้ประโยชน์ (ดูรายละเอียดในตาราง) และได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเสริมหนุนการประสานการขับเคลื่อนในปี 2568 ให้กับหน่วยงานต่างๆ

2) จัดประชุมอนุกรรมการและภาคีเครือข่าย 4 ประเด็นๆ ละ 2 ครั้ง ร่วมกันทบทวนสถานการณ์ปัญหา ช่องว่างการดำเนินงาน ต้นทุนในการดำเนินงาน พื้นที่ต้นแบบ สร้างความร่วมมือในการขับเคลื่อนงานปี 2568 และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย

3) ความร่วมมือกับ อบจ.สงขลา สมิัชชาสุขภาพจังหวัดสงขลา ร่วม MOU การอภิบาลระบบสุขภาพในกรณีการถ่ายโอน รพ.สต. ของจังหวัดสงขลา และร่วมดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองและรพ.สต.นาร่อง รวมถึงการพัฒนาระบบบริการเพื่อดูแลคุณภาพชีวิตคนพิการติดเตียงสิทธิบัตรทองในจังหวัด

4) ความร่วมมือกับสหภาพยุโรป สร้างรูปธรรมการรับมือและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศในพื้นที่ 6 เมือง ได้แก่ เมืองบ่อียง เมืองควนลัง เมืองพะตง เมืองปาดังเบซาร์ จังหวัดสงขลา และเมืองละงู จังหวัดสตูล เมืองโดนดด้วน จังหวัดพัทลุง

5) ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในการส่งต่อข้อมูล ได้แก่ สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคใต้ คลังจังหวัดสงขลา สตูล ยะลา นราธิวาส ปัตตานี ในการประสานการทำงาน โดยใช้ระบบสารสนเทศกลางรายงานโครงการที่ดำเนินการตามเป้าหมายใน 4 ประเด็น (รายละเอียดในตาราง)

ตารางแสดงกิจกรรมโครงการดำเนินงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงประเด็น ปี ๒๕๖๗ นำเสนอในระบบ
สารสนเทศกลาง www.AHsouth.com

ชื่อประเด็น	ข้อมูลจำนวนโครงการในระบบ สารสนเทศกลาง/กิจกรรมหลักที่ ดำเนินการ	งบประมาณและกลุ่มเป้าหมายที่ ได้ประโยชน์	ภาคีความร่วมมือ
บุหรีและปัจจัยเสี่ยง	- มีการดำเนินกิจกรรมผ่านโครงการในพื้นที่เขต 12 รวม จำนวน 328 โครงการ - ผ่านงบกองทุนสุขภาพตำบล จำนวน 284 โครงการ - กิจกรรมหลักที่ดำเนินการ ได้แก่ การป้องกันและลดปัญหา เช่น ด้านยาเสพติด การพัฒนาศักยภาพ เช่น ให้ความรู้ การดูแลสุขภาพ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การพัฒนาโลก การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การจัดทำแผน/นโยบาย การสำรวจข้อมูล	รวมงบ 116.67 ล้านบาท -กลุ่มเป้าหมายที่ได้ประโยชน์ 22,284 คน มากที่สุด ได้แก่ นักเรียนและเยาวชน 185 โครงการ 16,456 คน -ประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง, กลุ่มวัยทำงาน เด็กเล็ก หมายเหตุ โครงการจำนวนมากไม่ได้รายงานจำนวนกลุ่มเป้าหมาย	233 องค์กร (ส่วนใหญ่เป็นกองทุนสุขภาพตำบลในเขต 12)
สุขภาพแม่และเด็ก	- มีการดำเนินกิจกรรมผ่านโครงการในพื้นที่เขต 12 รวม จำนวน 808 โครงการ - ผ่านงบกองทุนสุขภาพตำบล จำนวน 785 โครงการ - กิจกรรมหลักที่ดำเนินการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพ การบริการรักษาสุขภาพ เช่น การฉีดวัคซีน การบริการเชิงรุก การแพทย์ทางร่วม การลดภาวะซีด การส่งเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรอง การป้องกันปัญหาดังครรภ์ไม่พร้อม	รวมงบ 36.57 ล้านบาท -กลุ่มเป้าหมายที่ได้ประโยชน์ 61,588 คน มากที่สุด ได้แก่ เด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน 24,911 คน เด็กวัยเรียนและเยาวชน ๑๘,๕๒๒ คน หญิงตั้งครรภ์และหญิงหลักคลอด ๗,๖๓๙ คน	355 องค์กร (ส่วนใหญ่เป็นกองทุนสุขภาพตำบลในเขต 12)
ส ข า ว ะ ก ลุ่ม เปราะบางทางสังคม	- มีการดำเนินกิจกรรมผ่านโครงการในพื้นที่เขต 12 รวม จำนวน 884 โครงการ - ผ่านงบกองทุนสุขภาพตำบล จำนวน 785 โครงการ - กิจกรรมหลักที่ดำเนินการ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การปรับสภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก ภาวะสุขภาพ การตรวจคัดกรอง การพัฒนาโลก การปรับเปลี่ยน	รวมงบ 145,95 ล้านบาท -กลุ่มเป้าหมายที่ได้ประโยชน์ 61,588 คน มากที่สุด ได้แก่ ผู้สูงอายุ 50,449 คน กลุ่มวัยทำงาน 7,270 คน คนพิการและผู้ด้อยโอกาส 7,264 คน ประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง 6,134 คน	407 องค์กร (ส่วนใหญ่เป็นกองทุนสุขภาพตำบลในเขต 12)

	พฤติกรรม การบริการสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ		
เกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ	- มีการดำเนินกิจกรรมผ่านโครงการในพื้นที่เขต 12 รวม จำนวน 230 โครงการ - ผ่านงบกองทุนสุขภาพตำบล จำนวน 114 โครงการ - กิจกรรมหลักที่ดำเนินการ ได้แก่ การป้องกันและลดปัญหาโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมอาชีพ การพัฒนาศักยภาพ	รวมงบ 193.75 ล้านบาท -กลุ่มเป้าหมายที่ได้ประโยชน์ 8,831 คน มากที่สุดได้แก่ กลุ่มเด็กวัยเรียน และเยาวชน 2,179 คน ประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง 2,131 คน กลุ่มวัยทำงาน 1,174 คน	153 องค์กร (ส่วนใหญ่เป็นกองทุนสุขภาพตำบลในเขต 12)

หมายเหตุ ข้อมูลจากสนง.คลังจังหวัด/สนง.สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมภาคใต้/กองทุนสุขภาพตำบล/ภาคีเครือข่าย

ทิศทางการดำเนินงานต่อไป การดำเนินงานต่อไปของ กขป./สิ่งที่จะดำเนินการต่อเนื่องใน ปี 2568

1. Open Data การพัฒนาระบบสารสนเทศกลางสนับสนุนการขับเคลื่อนงาน กขป. เขต 12 www.AHsouth.com ให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น นำเสนอข้อมูลแผนงานโครงการรายประเด็น 1) ชื่อประเด็น 2) เป้าประสงค์ 3) สถานการณ์ปัญหา 4) ทูทางสังคม 5) ภาคร่วมดำเนินการ 6) โครงการ/กิจกรรม 7) กลุ่มเป้าหมายที่ได้ประโยชน์ 8) พื้นที่ดำเนินการ 9) งบประมาณ/แหล่งทุน โดยนำเสนอผ่าน www.Happynetwork.org รายงานข้อมูลแผนงานโครงการรายประเด็น/ยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด (4pw) ดำเนินการร่วมกับ Node flagship สสส. แผนงานร่วมทุน สสส. สภาองค์กรชุมชน ฯลฯ และยังเชื่อมโยงกับงานกองทุนสุขภาพตำบล <https://localfund.happynetwork.org>

2. การประชุมกขป. เขต 12 จำนวน 3 ครั้ง

3. เสนอแนะการทำงานให้กับหน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่เขต 12 หรือระดับภาค/ชาติ ตามสภาพปัญหาและข้อเสนอ นำไปสู่การปรับระบบการทำงานหรือเข้าสู่แผน/นโยบายขององค์กร โดยเสนอผ่านไปยังกลไกระดับต่างๆที่มีอยู่ตามอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย

4. สร้างความร่วมมือในการขับเคลื่อน เพื่อให้เกิดตัวแบบหรือผลสำเร็จ ภายใต้การระดมสรรพกำลังเป็นไปตามเป้าหมายร่วม โดยมีพื้นที่ดำเนินการทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ตามฐานทุนที่จะมีเจ้าภาพหลัก/รองร่วมดำเนินการ ซึ่งข้อเสนอดังกล่าวจะสัมพันธ์กับหน่วยขับเคลื่อนงานหรือองค์กร/กรรมการที่เป็น กขป. บางส่วน

5. สื่อสารทางสังคม โดยร่วมกับสถาบันการศึกษา มหาวิทยาลัย จัดการสื่อสารทางสังคมให้รับทราบปัญหาหรือต้นแบบพื้นที่ดำเนินการ อาทิ ปัญหาเด็กที่เกิดจากบิดามารดาที่ติดยาเสพติด มีการติดยาตั้งแต่เกิด ซึ่งเกิดขึ้นเป็นปัญหาใหม่ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ปัญหาการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในกลุ่มเด็กเล็กเยาวชน ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นต้น

6. สรุบทบทเรียนเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะการทำงานให้กับ กขป. ชุดที่ 3 ที่เข้ามาทำหน้าที่แทนชุดที่ 2 ซึ่งจะหมดวาระในปี 2568

ข้อเสนอแนะจาก กขป. ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) คสช. ควรจะมีข้อสั่งการหรือขอความร่วมมือ ดังนี้

- 1) การผลักดันให้แต่ละหน่วยงานของภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม **เปิดเผยข้อมูลในรูปแบบ open Data** ของแผนงานโครงการ กิจกรรม ที่ได้รับงบประมาณดำเนินการแต่ละปีงบประมาณ
- 2) มีประเด็นร่วมที่จะขับเคลื่อนร่วมกันในภาพรวมระดับประเทศของงาน กขป. ทั้ง 13 เขต
- 3) ผลักดันให้หน่วยงานที่อยู่ในระดับเขตเข้าจับบทบาทและให้ความร่วมมือกับการทำงานของ กขป. โดยกำหนดเป็น 1 ในตัวชี้วัดการทำงาน

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์

การศึกษา เรื่อง การสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา 1) รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยมุ่งเน้นการสำรวจและทำความเข้าใจรูปแบบหรือกระบวนการที่ใช้ในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ รวมถึงการวิเคราะห์ขั้นตอนและกลยุทธ์ที่ถูกใช้ในการดำเนินนโยบาย 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยมุ่งเน้นการตรวจสอบและทำความเข้าใจถึงปัจจัยภายในและภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จ ความล้มเหลว หรืออุปสรรคในการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติจริงในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน และ 3) สังเคราะห์แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มุ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์แนวทางการปรับปรุงรูปแบบและกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ กขป. เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

2.1 รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

2.1.1 ความมุ่งหมายหลักของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ข้อมูลการศึกษาจากเอกสาร พบว่า สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2559) ให้ความมุ่งหมายของ “เขตสุขภาพเพื่อประชาชน” ว่าเป็นเสมือน “เส้นด้ายแฉนวนที่ทำหน้าที่เชื่อมร้อยเส้นด้ายแนวตั้ง” คือ หน่วยงาน, องค์กร และเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อน การพัฒนานโยบายสาธารณะ และกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพ ให้ตรงกับความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับ “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” ของพี่น้องในท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ พฤติกรรม สภาพสังคม ฯลฯ นำทุกคนไปสู่ระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีทุกมิติ และในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ.2559 ให้คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หรือ “กขป.” รับผิดชอบในการ “ดูแล ประสานและสนับสนุนให้มีการบูรณาการเกี่ยวกับระบบสุขภาพในพื้นที่” ทั้งนี้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักได้ยืนยันความมุ่งหมายหลักของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนดังกล่าว แต่ที่ผ่านมา กขป. อาจจะยังทำหน้าที่ได้

ตามความมุ่งหมายไม่มากนัก ทั้งนี้ กขป. ต้องหาจุดยืนที่แตกต่าง สร้างการรับรู้บทบาทหน้าที่ (Positioning) ของกลไก กขป. และนำเสนอรูปแบบการทำงานเพื่อสะท้อนจุดเด่นหรือคุณค่า(Value) ไปยังกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

“...ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. 2559 ได้ออกแบบ กขป. มาให้เป็นกลไกในการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและสถานพลังทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่...” (สุทธิพันธ์ บุญมี, 18 ธันวาคม 2567)

“...การเปลี่ยนแปลงสำคัญของการมี กขป. ผลสำเร็จ คือ กขป. ทำหน้าที่เป็นพื้นที่กลางให้ภาครัฐ ภาคประชาชน ทำงานร่วมกันรูปแบบใหม่ โดยยึดหลักการทำงานแบบสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา...” (สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ, 12 ธันวาคม 2567)

“...กขป. ทำหน้าที่ในการเชื่อมร้อยหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ กำหนดประเด็นสุขภาวะที่มีความซับซ้อนในการแก้ไขและต้องใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนตามบริบทพื้นที่ ดำเนินการจัดประชุมร่วมกับเครือข่าย กำหนดนโยบาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการขับเคลื่อน การพัฒนานโยบายสาธารณะ...” (เพชรรุ้ง เขาวงกตวิทย์, 23 ธันวาคม 2567)

“...กขป. ได้ทำหน้าที่ตามภารกิจดังกล่าว คือ การพัฒนานโยบายสาธารณะและกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพ ให้ตรงกับความเป็นจริงและสอดคล้องกับ “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมกับคณะกรรมการฯ กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ และกำหนดประเด็นสำคัญ ด้วยการใช้ทีมวิชาการศึกษาสถานการณ์สุขภาวะ และนำแนวทางปัจจัยกำหนดสุขภาพรวมถึงปัจจัยทางสังคมมาเป็นกรอบประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาวะ มาเสนอสถานการณ์ปัญหา วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และใช้ประกอบการตัดสินใจของคณะกรรมการ...” (ชาคริต โภชะเรือง, 19 ธันวาคม 2567)

“...โดยหลักการมีความเห็นด้วยในเรื่องการทำงานนโยบายสาธารณะ ระบบสุขภาพ การกระจายอำนาจ กขป. ได้ทำตามความมุ่งหวังในแต่ละเขตการขับเคลื่อนมีความแตกต่างตามบริบทของพื้นที่ ทีมทำงานกขป. มีศักยภาพที่แตกต่างกัน และมีความเข้าใจปรารถนาของงานมีความแตกต่าง ซึ่งทำให้แตกต่างตามภารกิจ การสนับสนุนส่วนกลางเชิงระบบ แผน งบ คนทำงาน ความยากง่าย บริบทของกรรมการ แรงหนุนใต้ปีกที่ช่วยสนับสนุนของส่วนกลาง ถ้าคะแนนเต็ม 10 ให้ 5 คะแนน...” (วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ, 18 ธันวาคม 2567)

“...ที่ผ่านมา กขป. ได้ทำหน้าที่ตามความมุ่งหมายไม่มากนัก ทั้ง คณะกรรมการและคณะทำงาน ประเด็นทั้ง 4 คณะ ได้มีการจัดประชุมร่วมกับส่วนที่เกี่ยวข้องเพียงปีละ 2 ครั้งเท่านั้น พอบบประมาณหมด ก็มิได้ประชุม แต่ก็มีบางส่วนที่ใช้ความเป็นส่วนตัวไปร่วมงานกับกลุ่มองค์กรต่างๆ ของแต่ละพื้นที่ หรือตามตำแหน่งหน้าที่ในงานประจำ...” (วิสุทธิ์ สุกรินทร์, 17 ธันวาคม 2567)

“...หาจุดยืนของ กขป. การรับรู้บทบาทหน้าที่ของกลไกกขป. (Positioning) หาจุดยืนที่แตกต่าง เป็นจุดเริ่มต้นของการออกแบบการทำงานในการนำเสนอรูปแบบการทำงานเพื่อสะท้อนจุดเด่นหรือคุณค่า (Value) ไปยังกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นหน่วยงานและกลไกต่างๆ ในระดับพื้นที่ กขป. ต้องมีความเข้าใจร่วมกันว่า กระบวนการนโยบายสาธารณะเป็นเรื่องใหญ่...” (ศักดิ์เจริญ ภาณุตานนท์, 19 ธันวาคม 2567)

ทั้งนี้ จากการศึกษาและข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก เป็นไปตามที่ นพ.อำพล จินดาวัฒนะ อดีตเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการก่อกำเนิดเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กล่าวไว้ว่า

“...ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กำหนดให้มี “คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน” หรือ กขป. เพื่อเป็นกลไกทำงานเกี่ยวกับสุขภาพในเชิงพื้นที่ โดยมีหลักที่สำคัญว่าเป็น กลไกทำงานแนวราบ เหมือน “เส้นด้ายแนวนอน” ถัดจากการทำงานของภาครัฐ หน่วยงาน และองค์กร ต่างๆ ที่ทำงานอยู่แล้ว เหมือน “เส้นด้ายในแนวตั้ง” เพื่อให้ผ้าเป็นผืนสวยงาม โดยเชื่อว่าการมีกลไกสานพลัง ถัดจากแนวนอน เมื่อเชื่อมโยงกับการทำงานแนวตั้ง จะทำให้งานต่างๆ ประสบความสำเร็จได้ดีกว่าการที่ต่างคน ต่างทำงานในแนวตั้ง...” (อำพล จินดาวัฒนะ, 12 กุมภาพันธ์ 2567)

2.1.2 การดำเนินงานของเขตสุขภาพประชาชน ในช่วง 8 ปีที่ผ่านมา

ข้อมูลการศึกษาจากเอกสาร พบว่า ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ข้อ 14 ให้นำที่และอำนาจ กขป. กำหนด นโยบาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยบูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องตามความจำเป็นของประชาชนและชุมชนในพื้นที่ ซึ่งจะต้อง สอดคล้องกับนโยบายของรัฐและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายยุทธศาสตร์ของ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ การดำเนินงานของเขตสุขภาพประชาชน (กขป.) ในช่วง 8 ปีที่ผ่านมาได้สร้างความเปลี่ยนแปลงหรือสามารถแก้ไขปัญหาใดที่เป็นรูปธรรมได้บ้าง ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักได้สะท้อนว่าที่ ผ่านมาความสำเร็จ กขป. มีผลงานความสำเร็จเยอะ แต่อาจจะยังมีการสื่อสารน้อย ดังนี้

1) ด้านคุณค่าของ กขป. พบว่า กขป. เป็นการส่งเสริมประชาธิปไตยรากหญ้าในการแก้ไขสถานการณ์ หรือทางออกจากปัญหานั้นๆ เป็นความพยายามในการสร้างพื้นที่กลางระดับเขต มีการปรึกษาหารือและสร้าง เรื่องร่วมได้ เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชนและเป็นพื้นที่ให้หน่วยงานภาครัฐเข้ามาทำงาน ร่วมกับภาคประชาสังคมและภาคส่วนอื่นๆ มากขึ้น และสร้างการมีส่วนร่วมอภิบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่าย

2) ด้านการประสานและสนับสนุนให้มีการบูรณาการเกี่ยวกับระบบสุขภาพในพื้นที่ เช่น เรื่องการ เข้าถึงสิทธิของกลุ่มเปราะบาง/ชาติพันธุ์ การแก้ไขสถานะและสิทธิและการเข้าถึงบริการกลุ่มที่มีสถานะและ สิทธิเข้าสู่กองทุนให้สิทธิ (คืนสิทธิ) กลุ่มเด็กไร้รัฐ ไร้สัญชาติ และการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนน และสุขภาพะพระสงฆ์ เป็นต้น

“...ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น คือ 1) การเปิดแนวคิดสร้างการมีส่วนร่วมอภิบาลระบบสุขภาพโดย เครือข่าย และมองเห็นความสัมพันธ์กับปัจจัยสังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม แตกต่างไปจากระบบสุขภาพ เดิมที่เน้นการพัฒนาบริการสุขภาพเป็นหลัก 2) การเป็นพื้นที่กลางสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ร่วมกันปรับระบบการทำงานและร่วมขับเคลื่อนงานเชิงประเด็น...” (ชาคริต โภชะเรือง, 19 ธันวาคม 2567)

“...ตัวอย่างรูปธรรมความสำเร็จของ กขป. เขตพื้นที่ 12 เช่น ประเด็นนโยบายเรื่องการเข้าถึงสิทธิของกลุ่มเปราะบาง/ชาติพันธุ์ ผลสำเร็จ คือ ทำให้กลุ่มชาติพันธุ์มามีเลข 13 หลัก และสามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ ในพื้นที่จังหวัดสตูลและสงขลา ล่าสุด คือ กลุ่มมามิงที่อำเภอรัตภูมิ...ที่ผ่านความสำเร็จ กขป. มีผลงานความสำเร็จเยอะ แต่อาจจะยังมีการสื่อสารน้อย (นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ, 12 ธันวาคม 2567)

“...ประเด็นการแก้ไขปัญหายาเสพติดไม่ดับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นประเด็นที่มีความก้าวหน้าเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นรูปธรรมมากที่สุด กล่าวคือ มีการถ่ายระดับเชื่อมโยงนโยบายจากมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสู่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ ทั้งการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ให้กับสังคมจากการทุ่มเททรัพยากรในมิติการรักษาไปสู่การป้องกัน สอดคล้องกับเป้าหมายตามพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่มุ่งเน้นการสร้างสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ...” (สุทธินันท์ บุญมี, 18 ธันวาคม 2567)

“...เกิดการประสานการทำงานความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อนการแก้ไขสถานะและสิทธิและการเข้าถึงบริการกลุ่มที่มีสถานะและสิทธิเข้าสู่กองทุนให้สิทธิ (คีนสิทธิ) ขึ้นพื้นฐานด้านสาธารณสุขกับบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ เพื่อการแก้ปัญหาเด็กไร้รัฐ ไร้สัญชาติ ชีวิตที่ไร้หลักประกัน รวมถึงพระสงฆ์ สามเณร ไร้รัฐ ไร้สัญชาติ...(เพชรรุ่ง เชาวกรวัชร, 23 ธันวาคม 2567)

“...เกิดการบูรณาการการทำงานและแผนงานการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดสระบุรี ที่ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลภาคยุทธศาสตร์และภาคปฏิบัติการที่ร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาคืออุบัติเหตุในชุมชน ระหว่าง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) อำเภอพระพุทธบาทและอำเภอหนองแค แก่งคอย เทศบาลตำบลแสงสามัคคี หน่วยจัดการตสส.สระบุรี สมัชชาสุขภาพจังหวัดสระบุรี และคณะทำงานการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนน กขป.เขตพื้นที่ 4...”

“...เกิดความร่วมมือทางวิชาการและการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์หลักสูตรฯ โรงเรียนพระปริยัติ ยกระดับความสำเร็จการพัฒนาพระคิลานุปัฏฐากสู่ประกอบวิชาชีพผู้ช่วยพยาบาล “พระสงฆ์ พระคิลานุปัฏฐาก นิสิต ภิกษุณี ภายใต้การขับเคลื่อนพัฒนาหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิต การบริหารพระสงฆ์ อาพาธและดูแลผู้สูงอายุ” การจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ล้านนาและประกาศใช้ในเดือนกุมภาพันธ์ 2567 และขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ล้านนาสู่การปฏิบัติ....” (เพชรรุ่ง เชาวกรวัชร, 23 ธันวาคม 2567)

ทั้งนี้ ในอีกมุม ผู้ให้ข้อมูลหลักยังให้ความเห็นว่าที่ผ่านมาอาจจะยังไม่เห็นผลการแก้ปัญหานโยบายสาธารณะที่เป็นรูปธรรมของ กขป. เนื่องจากประเด็นการขับเคลื่อนกว้าง ใหญ่เกินไป ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการจัดเวทีกลางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชื่อมประสานและผู้เกี่ยวข้องมาพูดคุยแลกเปลี่ยน หรือแม้ว่า กขป. สามารถแก้ไขปัญหาที่เป็นรูปธรรมได้บ้าง แต่ยังต้องการแรงหนุนเสริมจากส่วนกลางที่มากกว่านี้

“...ยังไม่เห็นผลงานเป็นรูปธรรมของการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขปัญหานโยบายสาธารณะ ส่วนใหญ่เป็นการจัดเวทีกลางแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชื่อมประสานให้ผู้เกี่ยวข้องมาพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน ประเด็นที่ใช้ขับเคลื่อนกว้าง ขนาดใหญ่เกินไปทำให้ขาดผลงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน...” (วิสุทธิ์ สุกรินทร์, 17 ธันวาคม 2567)

“...สร้างความเปลี่ยนแปลงหรือสามารถแก้ไขปัญหาใดที่เป็นรูปธรรมได้บ้าง กขป.เป็นหน่วยชี้ช่อง ส่องตะเกียง กระตุ้นจัดเวทีในบริบทพื้นที่ทั้งสมาชิกสุขภาพพื้นที่/จังหวัด รวมถึงหน่วยงานที่ต้องร่วมกัน ขับเคลื่อนในพื้นที่ รูปธรรมเชิงประจักษ์ในเรื่องทำให้หน่วยงานให้ความสำคัญกับประเด็นที่ดำเนินงาน บาง จังหวัดที่มีศักยภาพความร่วมมือในพื้นที่ในกระบวนการจัดการของกขป. ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง แรงหนุนจาก ส่วนกลางที่สนับสนุน 4 ส. มาร่วมมือช่วยงานพื้นที่มากขึ้น ทั้งในเรื่องทำแผนงาน วางประมาณ และพื้นที่ ดำเนินการ...” (วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ, 18 ธันวาคม 2567)

2.1.3 การนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

1) ผู้นำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ผู้นำนโยบาย สาธารณะของ กขป. ไปสู่การปฏิบัติ เกิดจากแนวทางการทำงานของประธาน กขป. และฝ่ายเลขานุการ ที่มี ส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการกำกับทิศทางการทำงานให้เป็นไปตามหน้าที่อำนาจและบทบาทของกรรมการ กขป. โดยมีการนำนโยบายสาธารณะของ กขป. ไปสู่การปฏิบัติ ผ่านกลไกต่างๆ ได้แก่ 1) กขป. ดำเนินการผ่านการ ประชุม การจัดทำแผนปฏิบัติการ การติดตามความก้าวหน้า การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย 2) อนุกรรมการ ประเด็นหรือคณะทำงานฝ่ายยุทธศาสตร์ เป็นผู้ดำเนินการ และในบางเขตมีข้อมูลกลางเป็นฐานใช้ในการ ขับเคลื่อน

“...ค้นหานโยบายสาธารณะที่มีอยู่ของภาคยุทธศาสตร์ การวิเคราะห์ช่องว่างและโอกาสในการแปลง นโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ วางเป้าหมายการดำเนินงาน กำหนดบทบาท หน้าที่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และ ค้นหาทรัพยากรในการทำงาน...” (ศักดิ์เจริญ ภาณุตานนท์, 19 ธันวาคม 2567)

“...เน้นความสอดคล้องของบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่มีหน้าที่ ความรับผิดชอบ เช่น ประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ คนพิการ และกลุ่มคนเปราะบางก็เป็น พม. อปท. เป็นต้น ประเด็นการเสริมสร้าง ความปลอดภัยด้านอาหารและยาที่เป็น สธ. อปท. เป็นต้น ประเด็นการแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนก็เป็น สอจร. ธรรมศาสตร์ (เรื่องข้อมูล) เป็นต้น ประเด็นการจัดการสิ่งแวดล้อมด้านการจัดการขยะก็เป็น ทส. อปท. เป็นต้น รวมทั้ง ศักยภาพของผู้ปฏิบัติด้วย...” (กาสะกั เตชะขันหมาก, 15 ธันวาคม 2567)

“...แนวทางการทำงานประธาน กขป. และฝ่ายเลขฯ มีส่วนอย่างยิ่งในการกำกับทิศทางการทำงาน ให้เป็นไปตามหน้าที่อำนาจ บทบาทของกรรมการ กขป. ในระดับเขตสุขภาพ มีการกำหนดประเด็น ปรัชญาหรือเป้าหมาย วิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กำหนดบทบาทกรรมการ กขป. วางจังหวะการขับเคลื่อน ในระดับจังหวัด อำเภอ มีการวิเคราะห์พื้นที่ดำเนินการและใช้ต้นทุนบทบาทของกรรมการ กขป. ผสมกับ ต้นทุนประสบการณ์ในสายอาชีพเดิม ประสานงานกับหน่วยงานกลไกในระดับอำเภอ ที่มีนายอำเภอเป็น ประธานร่วมขับเคลื่อนพื้นที่ต้นแบบ หวังผลให้เกิดตัวอย่างรูปธรรมความสำเร็จและนำไปขยายผล (Model Development)..” (สุทธินันท์ บุญมี, 18 ธันวาคม 2567)

“...มีการจัดตั้งคณะทำงานทั้ง 4 ประเด็น โดยให้คณะกรรมการจาก 45 คนสมัครใจ พร้อมกับสรรหา และเชิญชวนผู้แทนเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดจาก 8 จังหวัดเข้าร่วมเป็นคณะทำงานแต่ละประเด็นตามที่แต่ละคนสนใจ ให้ครอบคลุมทั้ง 8 จว. โดย 1 ประเด็นให้มีผู้แทนอย่างน้อย จว.ละ 1 คน...” (วิสุทธิ สุกรินทร์, 17 ธันวาคม 2567)

“...กระบวนการ/ขั้นตอน ในการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายตามบทบาทหน้าที่ กขป. มีการระบุผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และดำเนินการอย่างไร หน่วยงานที่รับผิดชอบ และองค์กรที่นำนโยบายสู่การปฏิบัติ เช่น สปสช. สธ. ในบทบาทเลขานุการร่วม อนุกรรมการฯพระสงฆ์ ได้นำมติที่ประชุมขับเคลื่อนผ่านการสนับสนุนงบประมาณและบุคลากร...” (เพชรรุ้ง เขาวงกต, 23 ธันวาคม 2567)

“...พัฒนากลไกประสานการขับเคลื่อน ประกอบด้วย 1) กขป. ดำเนินการผ่านการประชุม การจัดทำแผนปฏิบัติการ การติดตามความก้าวหน้า การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย 2) อนุกรรมการประเด็นและคณะทำงานฝ่ายยุทธศาสตร์ ประกอบด้วยตัวแทนหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อประสานแผนการทำงานในรอบปีและร่วมบูรณาการ โดยเน้นการทำงานกับภาคยุทธศาสตร์ในเชิงนโยบาย และประสานการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ ผ่านสมัชชาสุขภาพจังหวัด และองค์กรที่เป็นเจ้าภาพหลักของแต่ละประเด็น 3) พัฒนาระบบฐานข้อมูลกลาง www.AHsouth.com สนับสนุนในการประสานการขับเคลื่อนของกลไกประสานขับเคลื่อนต่าง ๆ...” (ชาคริต โภชะเรือง, 19 ธันวาคม 2567)

2) เนื้อหาของนโยบายสาธารณะ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า เนื้อหาของนโยบายสาธารณะของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนมาจาก 3 ส่วน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่เพื่อกำหนดเป็นประเด็นนโยบายสาธารณะของ กขป. 2) การนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและแนวนโยบายของหน่วยงานภาคยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ที่กำหนดเป็นประเด็นร่วมของ กขป. และ 3) การรวบรวมประเด็นร่วมของกลไกกระบวนการในพื้นที่ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดในเขตพื้นที่ที่กำหนดเป็นประเด็นร่วมของ กขป. ดังนี้

“...การคัดเลือกประเด็นนโยบาย เกิดจากกระบวนการใช้ข้อมูลภาระโรคที่มีอยู่ในพื้นที่และมีการนำปหารหรือในคณะกรรมการ กขป. โดยมีการวางกรอบคิดในการคัดเลือกประเด็นไว้ ประกอบด้วย ภาระโรค ความชุกของโรคตามบริบทของพื้นที่ การจัดลำดับความสำคัญ และคัดเลือกประเด็นแบบมุ่งเป้า ความพร้อมของทรัพยากรที่มี โอกาสในการประสบความสำเร็จ...” (สุทธินันท์ บุญมี, 18 ธันวาคม 2567)

“...ที่มาของประเด็นนโยบายสำคัญใน กขป.4 มาจากการศึกษาข้อมูลสถานะคุณภาพชีวิต และการดำเนินการด้านการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ (8 จังหวัด) แล้วนำข้อมูลสู่การพิจารณาของคณะกรรมการ กขป. เมื่อได้แลกเปลี่ยนกันจนเป็นที่เข้าใจกันแล้ว จึงได้นำไปสู่การระดมความคิดเห็นในการกำหนดนโยบาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ของ กขป....” (กาสัก เตชะขันหมาก, 15 ธันวาคม 2567)

“...การกำหนดประเด็นขับเคลื่อน กขป.เขตพื้นที่ 12 ทีมวิชาการอาศัยกรอบคิดสำคัญดังนี้ 1) ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health: SDH) 2) สถานการณ์สุขภาพ จำแนกตามกลุ่มวัย อัตราการเกิดมีชีพต่อ 1,000 ของประชากร อัตราตายและอัตราเพิ่ม 3) ปัจจัยระบบและกลไกทางสังคมกับ

การขับเคลื่อน กขป. 4) ปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านระบบ อัตราการตาย การติดเชื้อโควิด โภชนาการเด็ก สถานการณ์โควิด ผลกระทบทุกระดับ 5) บุรณาการทั้งประเด็น (Agenda) พื้นที่ (Area) และการทำงาน (Function) ทั้งนี้ในการทบทวนสถานการณ์สุขภาพของเขต 12 ซึ่งให้เห็นปัจจัยเชิงโครงสร้าง การปกครอง เศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรม ชนชั้นทางสังคม ถิ่นที่อยู่อาศัย และปัจจัยส่งผ่านทั้ง ปัจจัยพื้นฐาน ชีววิทยา และพฤติกรรม และปัจจัยจิตสังคม ที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของประชาชน...” (ชาคริต โภชะเรือง, 19 ธันวาคม 2567)

“...ตัวอย่างประเด็นนโยบายการเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง/ชาติพันธุ์ เป็นประเด็นที่มี สปสช. เขต 12 เป็นเจ้าภาพดำเนินการอยู่เดิม และ สปสช. เป็นเลขาร่วมใน กขป. จึงเอาเรื่องนี้มาหารือใน กขป. ยกระดับเป็นประเด็นของ กขป. เขตพื้นที่ 12 และต่อมาขยายให้เป็นประเด็นของเขตพื้นที่ ไม่ใช่เฉพาะประเด็นของ กขป. อย่างเดียว ทำให้มีหน่วยงานองค์กร ภาคีเครือข่าย เข้ามาร่วมกันทำงานมากขึ้น การเลือกประเด็นนโยบายของ กขป. จึงควรเลือกเป็นประเด็นที่เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพหรือปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่ เช่น การเข้าถึงสิทธิระบบหลักประกันสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์ภาคใต้ การแก้ไขปัญหาป้องกันปัญหา PM2.5 ในเขตพื้นที่ภาคเหนือ และการควบคุมป้องกันมะเร็งท่อน้ำดี/มะเร็งตับ ในพื้นที่ภาคอีสาน เป็นต้น..” (สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ, 12 ธันวาคม 2567)

“...เนื่องจากทีมเลขานุการ กขป. เขตพื้นที่ 7 มีกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจบทบาทของ กขป. ว่าไม่ใช่กลไกในการสร้างนโยบายแต่เป็นกลไกในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยใช้การบูรณาการ การคัดเลือกประเด็นนโยบายจึงเกิดจากกระบวนการทบทวนข้อมูลนโยบายที่มีอยู่เดิม แหล่งที่มาที่สำคัญคือ มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แผนนโยบายของหน่วยงานภาคยุทธศาสตร์ และเป็นประเด็นนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ พบว่า มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ 7.3 การกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชน มติ 5.7 พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ เป็นแผนนโยบายที่มีโอกาสและความเป็นไปได้สำหรับการแปลงไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่...” (ศักดิ์เจริญ ภาณุตานนท์, 19 ธันวาคม 2567)

“...ประเด็นนโยบายสำคัญในเขตสุขภาพพื้นที่ คือ การบริหารจัดการฝุ่นควันไฟป่าล้านนา สุขภาวะสูงวัยล้านนา และ สุขภาวะพระสงฆ์ล้านนา กลยุทธ์ คือ บูรณาการการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาตามบริบทพื้นที่โดยใช้เครื่องมือนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมผ่านธรรมนูญสุขภาพและสมัชชาสุขภาพ และหนุนเสริมการถ่ายโอนภารกิจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น...” (เพชรรุ่ง เชาวกรวัชร, 23 ธันวาคม 2567)

“...มีวิธีการคัดเลือกประเด็นมาจากการสังเคราะห์ประเด็นของคณะทำงานจัดสมัชชาสุขภาพและจากประเด็นการขับเคลื่อนปัญหาเร่งด่วนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จาก 8 จังหวัดในเขต 4...” (วิสุทธิ สุกรินทร์, 17 ธันวาคม 2567)

3) การบริหารจัดการเพื่อนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า กลยุทธ์สำคัญ คือ กลยุทธ์ในการประสานบูรณาการระหว่างหน่วยงานเพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เป็นผู้ประสาน กขป. ใช้บทบาทในการเป็นผู้ประสานภาคีเครือข่ายให้เกิดการวางเป้าหมายร่วมและเกิดการ

ขับเคลื่อนร่วมถึงการนำทรัพยากรของแต่ละหน่วยงานร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ และมีการใช้ความสัมพันธ์เชิงส่วนตัวของประธานเพื่อวางแผนการสนับสนุนการทำงาน กขป. หรือเจรจาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ส่วนการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับศักยภาพของ กขป. ภาวะผู้นำของประธาน และทีมเลขานุการร่วม ส่วนงบประมาณยังใช้งบประมาณหลักจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และมีการเชื่อมประสานงบประมาณที่ดำเนินการในพื้นที่จากงบประมาณสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุขอยู่บ้าง

“...กลยุทธ์ที่สำคัญ คือ การเป็นผู้ประสาน กขป. ใช้บทบาทในการเป็นผู้ประสานภาคีเครือข่าย ให้เกิดการวางแผนร่วมกันและเกิดการขับเคลื่อนร่วมถึงการนำทรัพยากรของแต่ละหน่วยงานร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ เมื่อมีการออกแบบเป้าหมายการทำงานและวิเคราะห์ต้นทุนทรัพยากรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นระบบ หน่วยงานและกลไกที่ทีม กขป. เข้าไปเชื่อมโยงการทำงานด้วยเป็นลำดับแรก คือ สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี ม.ขอนแก่น และขยายผลไปยังกลไกฝ่ายปกครองและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานระบบสุขภาพ เป็นลำดับ...” (ศักดิ์เจริญ ภาณุตานนท์, 19 ธันวาคม 2567)

“...ทีมเลขานุการร่วม กขป. ที่เป็นบุคลากรในหน่วยงานที่ขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ แกนนำสมาชิกจังหวัด เครือข่าย นนส.ทั้ง 8 จังหวัด และงบประมาณสนับสนุนจาก สสส, สปสช., สธ และเครือข่ายพระสงฆ์ กลยุทธ์ในการประสานบูรณาการระหว่างหน่วยงานเพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างไร...” (เพชรรุ่งเชาวกรวัชร, 23 ธันวาคม 2567)

“...ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณจาก สช. ที่สนับสนุนผ่านองค์กรนิติบุคคลที่รับทุน อาคาร สถานที่ และบุคคลใช้จากส่วนราชการที่ร่วมเป็นเครือข่ายแต่ละคณะประเด็นช่วยอำนวยความสะดวก กรณีที่มีการจัดประชุมในพื้นที่ต่างๆของแต่ละคณะประเด็นที่เข้าร่วมเป็นคณะทำงาน เช่น โรงพยาบาล คลังจังหวัด สสจ. ที่ว่าการอำเภอ สถานศึกษา อบจ. เทศบาล อบต. เป็นต้น...” (วิสุทธิ สุกรินทร์, 17 ธันวาคม 2567)

“...สนับสนุนการวางแผนและช่วยกันคิดในเรื่องนี้ให้มากขึ้นทั้งในส่วนของจังหวัด หน่วยงานที่รู้ปัญหาในพื้นที่ ที่ต่างคนต่างคิดต่างคนต่างทำ ให้เกิดการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การรวมใจกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมแรงร่วมใจ ในการใช้ทรัพยากรร่วมกัน **** มีแผนงานที่ชัดเจน ข้อเสนอเพิ่มเติม คณะทำงานบูรณาการร่วมด้านอื่นๆ จัดหาทรัพยากรในการทำงาน กขป. เพื่อดำเนินการร่วมกัน คุณภาพคนใน กขป. ยังไม่เข้มข้น พัฒนาทรัพยากรบุคคล กขป. สมาชิกสุขภาพ...และใช้ความสัมพันธ์เชิงส่วนตัวเพื่อวางแผนการสนับสนุนการทำงาน กขป. หรือ เจริญร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประธาน และเลขานุการ ต้องทำงานเชิงลึก...” (วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ, 18 ธันวาคม 2567)

“...ภาวะผู้นำของประธานและคณะกรรมการในการขับเคลื่อนประเด็นร่วม ศักยภาพและสัมพันธภาพของคณะกรรมการส่งผลต่อการขับเคลื่อน และประสานการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายได้ตาม

เป้าหมายที่กำหนด ศักยภาพของภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ต้นทุนพื้นที่ และการสื่อสารนโยบายสู่การปฏิบัติ...” (เพชรรุ่ง เชาวกรวัชร, 23 ธันวาคม 2567)

“...ใช้ทรัพยากรและศักยภาพของหน่วยงานที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบเป็นสำคัญ โดย คณะทำงานประเด็นฯ และ กขป.4 จะเน้นการไปเรียนรู้ ชื่นชม ให้กำลังใจ จัดการความรู้ จัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่ เพื่อให้หน่วยงาน/องค์กรอื่นได้เรียนรู้และนำไปปฏิบัติ นอกจากนั้นยังเน้นการประสานงานระหว่างหน่วยงาน/ องค์กรที่เกี่ยวข้อง โดยการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดการเชื่อมร้อยและสานพลังกันในการปฏิบัติ...” (กาสิก เตชะชนหมาก, 15 ธันวาคม 2567)

“...ต่อเนื่องจากกระบวนการค้นหาประเด็นจะมีการวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไปพร้อมกัน โดยมี การวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ระดับพื้นที่ ได้แก่ หน่วยวิชาการ สถาบันวิจัยสถาบันวิจัย มะเร็งท่อน้ำดี ม.ขอนแก่น, กลไกฝ่ายปกครองระดับจังหวัด อำเภอ คณะสงฆ์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับนโยบาย ได้แก่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข สวรส.....กลยุทธ์ที่สำคัญคือ การเป็นผู้ประสาน กขป.ใช้บทบาทในการเป็นผู้ประสานภาคีเครือข่าย ให้เกิดการวางเป้าหมายร่วมและเกิดการขับเคลื่อนร่วมถึง การนำทรัพยากรของแต่ละหน่วยงานร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่...” (สุทธินันท์ บุญมี, 18 ธันวาคม 2567)

“...เป็นไปตามวิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์ วิสัยทัศน์หรือเป้าหมาย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน ในพื้นที่ เขต 12 ประชญา หลักคิด ได้แก่ เรียนรู้ เติบโต ต่อยอด ขยายผล ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ดังนี้ 1) การเรียนรู้และจัดการความรู้ ร่วมปรับกระบวนการทำงานผ่านการ เรียนรู้และจัดการความรู้จากแยกส่วนกันทำ ต่างคนต่างมาทำงานร่วมกันในรูปแบบ soft power และ เชื่อมโยงประสานความร่วมมือผ่านการจัดการความรู้จากพื้นที่ต้นแบบ 2) บูรณาการยุทธศาสตร์ ยึดหลักการ ทำงาน “แนวตั้งถักทอแนวนาน” ใช้พื้นที่เป็นฐานโดยเชื่อมโยงกับภาคีระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ภูมิภาค จังหวัด เขต และภาค สนองตอบปัญหาและศักยภาพ บูรณาการการทำงานกับภาครัฐส่วนภูมิภาค ท้องถิ่น วิชาการ เอกชน ประชาสังคม องค์กรชุมชนด้วยการ “เรียนรู้ เติบโต ต่อยอด ขยายผล” อย่างต่อเนื่อง 3) การ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและสื่อสารทางสังคม นำความรู้ที่ได้จากการดำเนินงานขยายผลไปสู่ นโยบาย สาธารณะควบคู่กับการผลักดันการแก้ปัญหาในเชิงระบบ 4) พัฒนาระบบสนับสนุน นอกจากการมีกลไกและ ศูนย์ประสานงานฯ ข้างต้นในการอำนวยความสะดวกการประชุมแล้ว ยังได้พัฒนาระบบข้อมูลกลาง ผ่าน www.AHsouth.com การสื่อสารสาธารณะ การพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย และการติดตามประเมินผล...” (ชาคริต โภชะเรือง, 19 ธันวาคม 2567)

4) การตอบสนองต่อการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบาย ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ในด้านการตอบสนองต่อการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การ ปฏิบัติของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายมีการดำเนินการผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การบันทึกความร่วมมือ (MOU) เวทีรับฟังความเห็นของ สปสช. เวทีโซ่แซร์เชื่อมของ สสส. เวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด

“...โดยภาพรวมมีความร่วมมือในการขับเคลื่อนเกิดจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียค่อนข้างดี เพราะประเด็นนโยบายที่ใช้ดำเนินงานเป็นปัญหาร่วมของพื้นที่ หน่วยงานในระบบสุขภาพและนอกระบบสุขภาพเห็นความสำคัญเป็นประเด็นงานที่ต้องใช้พลังในการขับเคลื่อนจากหลายภาคส่วน จึงทำให้มีแนวโน้มที่หน่วยงานจะให้ความร่วมมือดำเนินการ...” (สุทธินันท์ บุญมี, 18 ธันวาคม 2567)

“...เวทีรับฟังความเห็นของ สปสช. เวทีนำเสนอความก้าวหน้าการขับเคลื่อนประเด็นในการประชุมอนุกรรมการฯ ทั้ง 3 คณะ จากเครือข่ายทั้ง 8 จังหวัดและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ต่อที่ประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายเชิงประเด็นผ่านเวทีโซเชียลมีเดีย การถอดบทเรียนของหน่วยจัดการ สสส.ของแต่ละจังหวัด และเวทีสมัชชาสุขภาพแต่ละจังหวัด...” (เพชรรุ้ง เขาวงกต, 23 ธันวาคม 2567)

“...ประชุม/บันทึกความร่วมมือ (MOU) ร่วมกับ พชอ. และเครือข่ายสมัชชาสุขภาพของแต่ละจังหวัด ในการขับเคลื่อนประเด็นทั้ง 4 ให้สอดคล้องเชื่อมโยงกันลงสู่พื้นที่ให้เป็นรูปธรรมในระดับอำเภอ...” (วิสุทธิ สุทธิพันธ์, 16 ธันวาคม 2567)

“...สถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี ม.ขอนแก่น เป็นหน่วยงานที่มีต้นทุนทรัพยากร ฐานข้อมูล องค์ความรู้เกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี แต่พบว่ายังมีช่องว่างและโอกาสในการนำองค์ความรู้ที่มีนำไปสู่การผลักดันเชิงนโยบายและแปลงไปสู่การปฏิบัติ ทีม กขป.จึงเห็นเห็นโอกาสหนุนเสริมบทบาทระหว่างกัน โดย กขป.จะทำหน้าที่นำองค์ความรู้ที่มีเชื่อประสานงานหน่วยงาน กลไก ต่างๆ ให้เกิดการวางเป้าหมายและออกแบบการทำงานร่วมกัน “ผลักดันองค์ความรู้ งานวิจัย แปลงไปสู่การปฏิบัติ...” (ศักดิ์เจริญ ภาณุตานนท์, 19 ธันวาคม 2567)

“...ดำเนินการ โดยใช้การประชุม กขป.และอนุกรรมการรายประเด็นในการรายงานความก้าวหน้าการจัดการความรู้ วิเคราะห์ผลกระทบ และพัฒนาระบบข้อมูลกลาง ผ่าน www.AHsouth.com ในการติดตามประเมินผล...” (ชาคริต โภชะเรือง, 19 ธันวาคม 2567)

5) บริบทของการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า ความคาดหวังของพื้นที่ต่อ กขป. ในบางพื้นที่ กรรมการบางส่วนคาดหวังจะเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนประเด็นด้วยตนเองก็จะเกิดความเข้มแข็งและสามารถดำเนินการไปได้ ในขณะที่บางพื้นที่คาดหวังจะให้ กขป. เป็นตัวหลักของการขับเคลื่อนประเด็นจะทำให้การเคลื่อนงานเป็นไปไม่ได้และไม่ประสบความสำเร็จ เพราะบทบาทของ กขป. เป็นเพียงผู้สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเท่านั้น...

“...การรับรู้ของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับนโยบายและปัญหาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำไปสู่การสนับสนุนหรือแรงต้านนโยบายค่อนข้างน้อย (ทั้งสนับสนุนและต่อต้าน) หน่วยงานและองค์กรส่วนใหญ่ไม่รู้จัก กขป. ไม่รู้ว่ามี กขป. ไม่รู้ว่าเป็นนโยบายหรือจุดเน้นของ กขป. เพียงแต่ทราบว่าเป็นเรื่องหรือนโยบายที่ดี มีประโยชน์ต่อประชาชน...” (กาสัก เตชะขันหมาก, 15 ธันวาคม 2567)

“...การรับรู้บทบาทของ กขป. ที่มีต่อการทำนโยบายในระดับเขตนำไปสู่การประสานการทำงานผ่านเลขานุการร่วมของ 4 ส. การสร้างความร่วมมือโดยมีกลไกองค์กรรับผิดชอบหลักประสานการนำนโยบายไปสู่

การปฏิบัติ ร่วมกับกองทุนต่างๆในพื้นที่ เช่น กองทุนสุขภาพตำบล โครงการของ Node สสส. พขอ. เป็นต้น การขับเคลื่อนเชิงนโยบายจากส่วนกลางที่ส่งสัญญาณมายังพื้นที่ และการสื่อสารทางสังคม ผ่านสื่อสาธารณะ สร้างความรู้ให้กับประชาชน...” (ชาคริต โภชะเรือง, 19 ธันวาคม 2567)

“...ปัจจัยสำคัญของการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ คือ ความเข้าใจในบทบาท หน้าที่ ของกลไก กขป. (Positioning) คือ การเป็นผู้ประสานบูรณาการหน่วยงานและกลไกที่เกี่ยวข้อง กลไก กขป. ต้องใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งการมีงบประมาณและการงบประมาณสำหรับอำนาจการ สนับสนุนการสร้างพื้นที่การ ร่วม...” (ศักดิ์เจริญ ภาณุตานนท์, 19 ธันวาคม 2567)

“...ปัจจัยการขับเคลื่อนที่สำคัญอีกหนึ่งเรื่องคือการใช้พลังจากคณะสงฆ์ที่เปรียบเหมือนเป็นผู้นำทาง จิตวิญญาณในสังคมชาวพุทธ เป็นกลไกในการเชื่อมประสาน รวมจิต รวมใจ ของผู้คนจากหลากหลาย หน่วยงาน สาขาอาชีพ มาร่วมดำเนินการ...” (สุทธินันท์ บุญมี, 18 ธันวาคม 2567)

“...การประชุมเชิงปฏิบัติการเลขานุการร่วม 4 หน่วยงาน ทุกไตรมาส คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ หรือ “พขอ.” ต้องอาศัยองค์ความรู้ ทั้งในส่วนองกลไก พขอ. แกนนำเครือข่ายสมัชชา สุขภาพจังหวัด กองทุนสุขภาพตำบล กองทุนฟื้นฟู อบจ. หน่วยจัดการ สสส. ระดับจังหวัด กลไกระดับจังหวัด ที่เกี่ยวข้องกับประเด็น...” (วิวัฒน์ พันธุ์ครุฑ, 18 ธันวาคม 2567)

“...กลไก พขอ. แกนนำเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด สสจ. กองทุนสุขภาพตำบล กองทุนฟื้นฟู อบจ. หน่วยจัดการสสส.ระดับจังหวัด เครือข่าย พขอ.หรือขบวนองค์กรชุมชน/สภาอุตสาหกรรม(บางจังหวัด) กลไกระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับประเด็น เช่น ศปถ.จังหวัดและศปถ.อปท. คณะกรรมการจังหวัดสะอาด พชจ. คกก.แก้ไขปัญหาไฟป่าและฝุ่นละอองขนาดเล็ก พมจ. และสสจ...” (วิสุทธิ สุกรินทร์, 16 ธันวาคม 2567)

2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขต สุขภาพเพื่อประชาชน

2.2.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของ กขป. มีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ดังนี้

1) ความชัดเจนของประเด็นนโยบายสาธารณะ ควรวิเคราะห์ให้เห็นถึงสาเหตุทั้งในเชิงปัจจัยและใน เชิงระบบเพื่อจัดการกับสาเหตุ ซึ่งทำให้หน่วยงาน/องค์กรประเภท non-health sector ที่เกี่ยวข้องกับระบบ ย่อย ๆ ได้มีโอกาสร่วมในการขับเคลื่อนงาน แต่ก็ต้องการเวลาและการพัฒนาโลกการทำงานเพิ่มเติมจากผู้มี อำนาจเชิงนโยบายในการเปิดพื้นที่การทำงานร่วมกัน

2) การผลักดันนโยบายสาธารณะของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ไม่ได้มุ่งไปปรับ-พัฒนา-สร้างรูป ระบบใหม่เพื่อไปสู่สิ่งใหม่ ทำได้เพียงสร้างการเรียนรู้ การสร้างตัวแบบในบางพื้นที่/ประเด็น ด้วยข้อจำกัดของ แหล่งงบประมาณที่ต่างกัน มีการได้มาของโครงการและการดำเนินงานที่แยกส่วนจากกัน ขาดสิ่งจูงใจ สวัสดิการที่เหมาะสมของผู้ปฏิบัติการในการดำเนินงานที่ต้องมีการประสานงาน ประสานความร่วมมือจาก หลายฝ่ายที่มีความหลากหลายทั้งวัยวุฒิและคุณวุฒิ

3) องค์ประกอบของกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ที่มีองค์ประกอบจากภาคส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและภาคส่วนต่างๆ บางองค์การไม่สามารถตัดสินใจในเชิงนโยบายหรือประสานส่งต่อได้ ซึ่งอาจสะท้อนให้เห็นว่าอำนาจหน้าที่ตามประกาศการจัดตั้งเขตสุขภาพ 2559 นั้น ยังมีข้อจำกัดอยู่มาก กรรมการขาดแรงจูงใจโดยเฉพาะจากรัฐที่มีหน้าที่/งบประมาณตามกฎหมาย การจัดตั้งคณะกรรมการในสัดส่วนภาคราชการพบว่าขาดความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรมจากการโยกย้าย ตัดภารกิจ และมอบหมายเข้าร่วมประชุมแทน ซึ่งไม่มีอำนาจในการตัดสินใจและไม่สามารถนำมติขยายสู่การปฏิบัติได้

4) งบประมาณสนับสนุนเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ที่ กขป. ได้รับผ่าน สข. มาในแต่ละปีนั้น มีจำกัดและมีแนวโน้มลดลงเรื่อย ๆ แม้จะมีคำอธิบายว่า กขป. เป็นเพียงกลไกประสานเพื่อให้เกิดการบูรณาการอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งข้อเท็จจริงนี้ยังเป็นสิ่งที่ถูกต้อง แต่ด้วยข้อจำกัดของอำนาจหน้าที่และความคาดหวังที่ต้องส่งมอบผลงานเป็นผลลัพธ์สุขภาพของประชาชนทำให้งานบางส่วนของ กขป. เป็นงานที่ต้องผลักดัน ดำเนินการสร้างรูปธรรมเอง การสนับสนุนนโยบาย มีความซับซ้อนในการบริหารงานจัดการงบประมาณ การจัดการรายงาน เอกสาร ของแหล่งทุนต้องอิงระเบียบราชการ เกิดความไม่คล่องตัว

5) การรับรู้ทางสังคมต่อบทบาทของ กขป. มีน้อย ซึ่งขั้นตอนการสร้างความเข้าใจในประเด็นหน้าที่บทบาทของกรรมการให้เกิดขึ้นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ต้องมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพ กรรมการในการทบทวนองค์ความรู้ในเชิงวิชาการสำหรับการกำหนดปัญหาและการจัดทำยุทธศาสตร์ การใช้เครื่องมือขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อทำหน้าที่ชี้แนะ ประสานและหนุนเสริมพื้นที่

6) ในเชิงแนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพโดยเครือข่าย ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ทั้งเริ่มต้นที่จะทำความเข้าใจ ทำความรู้จักองค์กร/หน่วยงานที่แวดล้อมระบบ

7) งบประมาณของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นเบี้ยหัวแตก ไม่มียุทธศาสตร์ร่วม และขาดกระบวนการที่ตรงรับ มีลักษณะเป็นกิจกรรมเชิง event ปรับพฤติกรรมหรือสร้างสิ่งก่อสร้าง ขาดกิจกรรมหรือมีแต่ยังไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพได้

“...ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของกขป. ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ ประธาน กขป. สามารถกำกับทิศทาง เป้าหมายการทำงานให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของ กขป. วิสัยทัศน์ในการเห็นภาพรวมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเชิงระบบ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับนโยบาย ความสามารถในการเชื่อมประสานทรัพยากรที่มีอยู่ของแต่ละหน่วยงานและกลไกต่างๆ เช่น การใช้บทบาทของ กขป. และ คสช. ในการเชื่อมประสานงานหน่วยบริหารและจัดการทุนวิจัยของประเทศ (Program Management Unit : PMU) อย่าง สวรรส. ให้เกิดการหนุนเสริมการทำงานกับสถาบันวิจัยมะเร็งท่อน้ำดี ม.ขอนแก่น รวมทั้งการใช้กลยุทธ์พลัง “บวร” บ้าน วัด ราชการ วิเคราะห์จุดแข็งของแต่ละกลไกและใช้ประโยชน์ เช่น การตั้งกองทุนผ้าป่า กลู๊น ร่วมกับวัดเพื่อระดมทุนมาใช้ในกิจกรรมการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี...” (สุทธินันท์ บุญมี, 18 ธันวาคม 2567)

“...ปัจจัยความสำเร็จมาจากความเป็นผู้นำของคณะกรรมการและคณะทำงานประเด็น/ความร่วมมือของกรรมการ การเสียสละของคณะกรรมการ ความใส่ใจและสนใจของคกก. ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้นำองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง/การประชุมที่ไม่เป็นทางการ(นอกรอบ) การทำงานเป็นทีมย่อยของกลุ่มในแต่ละ

ละคณะประเด็นที่ไม่ยึดติดกับตำแหน่ง/มีเวทีพูดคุยและทบทวนบทเรียน...” (วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ, 18 ธันวาคม 2567)

“...ข้อจำกัดทางราชการของหน่วยงานที่จะต้องทำงานจากบนลงล่าง (รอฟังนโยบาย/คำสั่งจากหน่วยเหนือ) การมีตัวชี้วัดเป็นการเฉพาะ วิธีการทางงบประมาณ รวมทั้งวัฒนธรรมการทำงานแบบราชการที่ไม่มีวัฒนธรรมการบูรณาการ/เชื่อมร้อย/ประสานพลัง (synergy) กับทั้งหน่วยงานในกรม/กระทรวง ในจังหวัดเดียวกัน และกับหน่วยงาน/องค์กรนอกกระทรวง รวมทั้งองค์กรภาคเอกชนและภาคประชาสังคม จึงยังต่างก็ทำงานของตนเองโดยเฉพาะตน และความเป็นตัวแทน (representative) ซึ่งไม่มีอยู่จริงในระบบของประเทศไทย เช่น ใน กขป.มีตัวแทน นายก อบจ.(ที่เลือกกันเอง) 1 คน เป็นกรรมการ ซึ่งในความจริงคือต้องเป็นตัวแทนของ นายก อบจ.ทุกจังหวัด (เช่น 8 จังหวัดใน กขป.4) ที่จะต้องทำงานทั้งก่อน ระหว่าง หลัง การประชุม กขป. แต่ในความเป็นจริงคือมอบผู้แทนฯ และไม่ได้เชื่อมโยงกับ นายก อบจ. อื่นๆ เลย จึงทำให้ไม่มีการบูรณาการ เชื่อมร้อย ประสานพลัง (synergy) กับ อบจ.อื่นๆ เลย ซึ่งเป็นอย่างนี้ทุกกรณี (เช่น นายกเทศมนตรีเทศบาล นายก อบต. ผอ.รพ.ชช. และอื่นๆ เป็นต้น) ปัจจัยภายในและภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จ ความล้มเหลว หรืออุปสรรคในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เช่น แหล่งที่มาของนโยบาย ความชัดเจนของนโยบาย การสนับสนุนนโยบาย ความซับซ้อนในการบริหารงาน สิ่งจูงใจของผู้ปฏิบัติ การจัดสรรทรัพยากร เป็นต้น...” (กาสัก เต๊ะขันหมาก, 15 ธันวาคม 2567)

“...ที่มาของคณะกรรมการที่มาจากภาครัฐ เอกชน ประชาชนประชาสังคม องค์กรวิชาชีพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถสนับสนุนการขับเคลื่อนประเด็นต่างๆ ได้หลากหลาย รวมถึงการบูรณาการทรัพยากรได้มากขึ้น กรรมการภาคประชาสังคม เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและมีจิตสาธารณะ (Public Minded) ค่อนข้างสูง มีความทุ่มเทการทำงานและไม่ยึดติดความเป็นทางการ ภาคีเครือข่ายมีพื้นฐานของการสร้างสัมพันธ์ภาพที่เน้นความเท่าเทียมกัน เป็นพันธมิตรและเป็นกัลยาณมิตรระหว่างกัน ทำให้คนทำงานในพื้นที่ทำงานในลักษณะการมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นในพื้นที่รู้สึกสบายใจ...” (เพชรรุ้ง เขาวงกตวัชร, 23 ธันวาคม 2567)

“...ปัจจัยความสำเร็จของ กขป. อยู่ที่ประชาชนเข้มแข็ง เนื่องจากภาครัฐมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย และอีกปัจจัยที่สำคัญคือประสิทธิภาพของฝ่ายเลขานุการ โดยเฉพาะเลขานุการที่เป็นผู้แทน สช. ซึ่งเป็นเลขานุการหลัก คุณลักษณะของประธาน กขป. คือ ฟังให้เยอะ และคอยสนับสนุนฝ่ายเลขานุการ ด้านทรัพยากร คิดว่าเขตละหนึ่งล้านบาท บวก-ลบ นิดหน่อย เพียงพอต่อการทำงานของ กขป. ส่วนงบในการขับเคลื่อน กขป. ต้องประสานการใช้งบประมาณที่มีในพื้นที่ซึ่งมีเยอะมาก โดยเฉพาะงบประมาณกองทุนสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่งบประมาณองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น...” (นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ, 12 ธันวาคม 2567)

2.2.2 อุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก พบว่า อุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีดังนี้

1) ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของกขป. ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ การขาดความรู้ความเข้าใจต่อวิธีการทำงานเชิงบูรณาการของหน่วยงานอื่นนอกกระบวนการสุขภาพ

2) ข้อจำกัดด้านงบประมาณและความต่อเนื่องของหน่วยงานส่วนราชการในการสนับสนุนการทำงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

“...อุปสรรคมาจากงบประมาณมีจำกัด กขป.ไม่ใช่องค์กรนิติบุคคลไม่สามารถจัดหางบประมาณภายนอกมาเสริมกิจกรรมได้โดยตรง คณะกรรมการส่วนหนึ่งมาจากหน่วยงานภาครัฐและมีตำแหน่งระดับสูงไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง (ส่งผู้แทนแต่ร่วมตัดสินใจไม่ได้) คณะกรรมการแต่ละคณะประเด็นมีซ้ำซ้อนหลายคณะ บางส่วนขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ รอเพียงการประชุมที่เป็นทางการในการขับเคลื่อนงานจึงทำอะไรได้ไม่มากนัก มีแผนแต่ไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ประชาชน กลุ่ม องค์กร ชุมชนยังไม่ได้รับข่าวสาร หรือยังไม่รู้จัก กขป.ทำให้ไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแท้จริง...(วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ, 18 ธันวาคม 2567)

2.3 แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.3.1 ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

1) ทิศทางการทำงานของ กขป. ในอนาคต ภายใต้ภารกิจตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ

- รักษาจุดเด่น ก็คือ การกระจายอำนาจโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน มีแนวคิดการทำงานในรูปแบบอบภิบาลระบบสุขภาพโดยภาคีเครือข่าย และร่วมกันขยายงานระบบสุขภาพไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีปัจจัยกำหนดสุขภาพหลากหลายมิติ

- เสริมงบประมาณในการดำเนินงานในลักษณะบูรณาการความร่วมมือในระดับชาติ มีจุดเน้นประเด็นร่วมที่สามารถสนองตอบปัญหาร่วมกันของทุกเขต จัดตั้งคณะทำงาน แบบบูรณาการเพื่อสร้างกลไกความเข้มแข็งและเกิดความเข้าใจร่วมกัน

- การจัดประชุมกรรมการ โดยให้ความสำคัญกับวิชาการเป็นสำคัญ พร้อมทั้งจัดประชุม-เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Side Event) การถอดบทเรียน การสนับสนุนทีมวิชาการ ข้อมูล บุคลากรจากส่วนกลาง และการประสานข้อมูลในพื้นที่

- การสรรหาคณะกรรมการ กขป. ชูต่อไป สรรหากรรมการ กขป.ที่มีความเข้าใจแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพแบบกว้าง มีความสามารถในการเชื่อมประสานทรัพยากรที่มีอยู่ของแต่ละหน่วยงานและกลไก ประสพการณ์การทำงานร่วมกับกลไกสมัชชาสุขภาพจังหวัด เป็นต้น ทู่นสำคัญทำให้เข้าใจนิยามสุขภาพแบบใหม่และวิธีการทำงานแบบบูรณาการข้ามภาคส่วน

2) ประเด็น งานสำคัญ และความท้าทาย สำหรับการทำงานของ กขป. ในการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย การได้มาของประเด็นนโยบายสาธารณะในระดับเขต ต้องเกิดจากการทบทวนต้นทุนนโยบายที่มีอยู่ของหน่วยงานกลไกต่างๆ กขป. ไม่ต้องไปสร้างนโยบายใหม่ แต่คัดเลือกนโยบายที่มีอยู่แล้วมาแปลงไปสู่การปฏิบัติภายใต้บริบทของพื้นที่ เช่น ภัยคุกคามจากมลพิษทางอากาศ (ฝุ่นควัน บุหรี่ไฟฟ้า โรคปอดมะเร็ง) โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

- **งานเชิงประเด็น** ได้แก่ งานปฐมนิเทศโดยเฉพาะ NCD ที่เป็นพื้นฐานงานสุขภาพ, ประเด็นรองรับสังคมสูงวัย ที่จะเชื่อมโยงมิติช่วงวัยต่างๆ ทำกิจกรรมร่วมกันและประสาน 4 มิติ คือ สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สภาพแวดล้อม และการรับมือการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโดยเฉพาะภัยพิบัติ

- **ระบบสนับสนุน** ได้แก่ ฐานข้อมูลกลางระดับเขตเพื่อสนับสนุนงานประเด็น การสื่อสารสาธารณะ และการจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการจัดทำนโยบายสาธารณะ และการสนับสนุนระบบสารสนเทศในการสื่อสารในพื้นที่

- **การมีฐานคิดของคณะกรรมการ กขป.** ในการพัฒนาระบบสุขภาพ ที่จะต้องสัมพันธ์กับปัจจัยกำหนดสุขภาพหลายมิติ และการกระจายอำนาจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้มีกลไกเชิงพื้นที่ที่สามารถตัดสินใจได้มากขึ้น

3) บทบาทของ กขป. และผลลัพธ์ที่คาดหวัง ต่อการทำงานของ กขป. ในอนาคต

- พัฒนา กขป. เป็นพื้นที่กลาง ที่ทุกฝ่ายร่วมกันสร้างความเป็นธรรม ลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำเกิดสุขภาวะในพื้นที่

- การมีกระบวนการสร้างความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ กขป. ให้กับทีมเลขานุการร่วมและกรรมการ กขป. บทบาทของฝ่ายเลขานุการจาก องค์กร สธ สปสช. สช. สสส.

- บทบาทในการประสานการทำงาน เป็นพื้นที่กลางในการประสานความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ เพื่อปรับระบบสุขภาพของพื้นที่

- การประสานการทำงานในแบบบูรณาการของเจ้าภาพหลัก ได้แก่ สช. สสส. สปสช. สธ.

- การสื่อสารทางสังคม ชี้ประเด็นสำคัญหรือสถานการณ์สำคัญ สื่อสารเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง

4) ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

- **ควรกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ** ทั้งตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcome) และผลลัพธ์ที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพ ที่แสดงความเชื่อมโยง ในการปฏิบัติร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานภารกิจหลัก และหน่วยงานรอง เพื่อให้เห็นเส้นทางการทำงานที่มีเป้าหมายร่วมกัน

- **ควรมีการนำเสนอบทบาทและผลการดำเนินงาน ระหว่างกรรมการเขตสุขภาพและกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน** เพื่อให้เห็นส่วนที่ยังเป็นช่องว่าง หรือส่วนทับซ้อน ที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนในช่วงตั้งแต่มีมติ ครม. ให้มี กขป. เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจต่อการคงอยู่ของ กขป.

- **ควรมีนโยบาย Open data** ในการเปิดเผยโดยนำเสนอข้อมูลแผนงานโครงการต่างๆ ของหน่วยงานทุกภาคส่วนที่ได้รับงบประมาณประจำปีเพื่อให้สาธารณะเข้าถึง ประกอบด้วยรายละเอียดโครงการ และผลที่เกิดขึ้นตามวัตถุประสงค์ ข้อมูลนี้จะนำมาสู่การประสานการทำงานตามภารกิจของ กขป. ได้

- สนับสนุนให้มีกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ที่มีปัญหาเชิงระบบที่ไม่เอื้ออำนวย ไม่บูรณาการกันเพื่อใช้เป็นเป้าหมายร่วมในการขับเคลื่อนนโยบายระดับเขต

- สนับสนุนให้เกิดเวที/พื้นที่กลางระดับเขตของสมาชิกจังหวัดในการแลกเปลี่ยนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่

- สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ หรือ การหนุนเสริม กขป. อย่างต่อเนื่อง และการจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับภาระกิจและบริบทพื้นที่

- เชื่อมประสาน บูรณาการ ร่วมการประชุม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาควิชาการ อปสข. สภาองค์กรชุมชน และ กขป. เขตพื้นที่ 1-13

“...Empower กขป. ให้มีศักยภาพ ดำเนินการร่วมกัน อย่างที่สมาชิกจังหวัดเพราะเป็นกลไกช่วยเสริมการทำงานของ กขป. ส่วนกลางพัฒนานวัตกรรมสุขภาพพื้นที่ร่วมกับ 4 ส. ดังนั้นทำให้เกิดการชี้ช่องช่องๆ และขับเคลื่อนในพื้นที่...” (วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ, 18 ธันวาคม 2567)

“...เน้นการสร้างคุณค่าและความสำคัญขององค์กร เครื่องมือ วิธีการ ผลงานความสำเร็จ ...ที่หน่วยงาน/องค์กรต่างๆ จะได้ประโยชน์จาก กขป. นี้...” (กาสัก เต๊ะชั้นหมาก, 15 ธันวาคม 2567)

“...กขป. ควรเป็นองค์กรนิติบุคคลที่สามารถจัดตั้งสำนักงานที่ชัดเจนและมีบุคลากรประจำจำนวนหนึ่งเพื่อการประสานงานการทำงานแนวราบกับส่วนราชการและองค์กรต่างๆ เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง เป็นบทบาทของศูนย์กลางการทำงานแนวราบของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ที่สามารถหนุนเสริมองค์กรหน่วยงาน/ปชช. ในการจัดทำหรือพัฒนานโยบายสาธารณะได้อย่างแท้จริง เป็นหน่วยงานกลางระดับเขตที่สามารถนำนโยบายหรือมติจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติลงสู่การปฏิบัติได้จริงและเป็นรูปธรรมในรูปแบบสมัชชาสุขภาพพื้นที่ ธรรมนูญสุขภาพชุมชน การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในระดับชุมชน เป็นศูนย์การเรียนรู้ที่สามารถจัดทำงบประมาณเพื่อการสนับสนุน หรือให้ทุนกับพื้นที่ในการขับเคลื่อนหรือพัฒนานโยบายสาธารณะที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาตามบริบทของแต่ละชุมชน เช่น การสร้างพื้นที่ต้นแบบระดับชุมชน สามารถนำหรือผลักดันทุนจากเครือข่ายหลัก สปสช. สสส. สวรส. และร่วมทำงานกับ สสจ. หรือเขตสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข พชอ. ในการทำงานที่สอดคล้องกันอย่างชัดเจน...” (วิสุทธิ สุกรินทร์, 17 ธันวาคม 2567)

“...ควรมีการทบทวนองค์ประกอบคณะกรรมการกขป. ให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานระดับเขตหรือกลุ่มจังหวัด การคัดเลือกประเด็น ควรมีกรอบและวางระบบการคัดเลือกประเด็น เนื่องจาก กขป. ไม่ใช่กลไกในการปฏิบัติการ จึงควรมีการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่จะดำเนินการให้สอดคล้องกับทรัพยากรและบทบาทที่มี ขยายผลประเด็นที่มีลักษณะร่วมกันหรือเป็นปัญหาร่วมกับเขตสุขภาพเพื่อประชาชนอื่นๆ เพื่อยกระดับการขยายการทำงานแบบข้ามเขต...” (สุทธินันท์ บุญมี, 18 ธันวาคม 2567)

“...การคัดเลือกประเด็นนโยบายมาใช้ดำเนินการในระดับพื้นที่ ควรเป็นการกำหนดจากพื้นที่ไม่ใช่ส่วนกลางเป็นผู้กำหนด พื้นที่ควรจะเป็นผู้พิจารณาวิเคราะห์และคัดเลือกประเด็นนโยบายให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตนเอง กขป. เป็นกลไกที่ต้องการแรงหนุนทางนโยบายจากหน่วยงานภาคยุทธศาสตร์ สช. สธ. สสส. สปสช. อย่างเป็นระบบ ขอให้หน่วยงานส่วนกลางมีแผนยุทธศาสตร์ร่วมเพื่อกำหนดทิศทางแนวทางการสนับสนุนกลไกกขป. อุดมการณ์การขับเคลื่อนระบบสุขภาพตามเจตนารมณ์ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นความมั่งคั่งในการปฏิรูปด้านสุขภาพของสังคมไทย ขอให้สช. สานเจตนารมณ์ เป็นเจ้าภาพในการสร้างความร่วมมือส่วนร่วมชี้ทิศทางต่อผู้บริหารองค์กรภาคยุทธศาสตร์ สช. สธ. สสส. สปสช. เพื่อใช้ประโยชน์

กลไกกขป. เสนอให้ผู้บริหารภาคียุทธศาสตร์ สช. สธ. สสส. สปสช. ลงพื้นที่เพื่อหนุนเสริมการทำงานให้กับทีม กขป.ในระดับเขต...” (ศักดิ์เจริญ ภาวตานนท์, 19 ธันวาคม 2567)

“...บทบาทที่คาดหวัง กขป. เป็นพื้นที่พูดคุย ช่วยกันคิด แยกกันทำตามผลบาทของหน่วยงาน องค์กร เครือข่าย ไม่คาดหวังถึงการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ด้านสุขภาพ การเพิ่มประสิทธิภาพการประชุมที่เป็น Site Visit ควบคู่กัน หรือการจัด Workshop ร่วมกับการประชุมกรรมการ การประชุม กขป. อาจเป็นพื้นที่กลางทาง นโยบาย (Polic Forum) ไปด้วย...” (นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ, 12 ธันวาคม 2567)

2.3.2 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1) การสื่อสารขาดช่วง ในส่วนของเวทีส่วนกลาง เวทีอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถสื่อสาร ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานผ่านสื่อ อิเล็กทรอนิกส์ ได้อย่างกว้างขวาง โดย สช.ควรทำงาน advocacy เพื่อ ประกาศการยอมรับ ตระหนักในคุณค่า กขป. ให้มากขึ้น ตัวอย่างการใช้สื่อสัญลักษณ์สำคัญของ สช. หากาคี ร่วมในการทำงานด้านสื่อ

2) กขป. ควรกำหนดประเด็นย่อยในการทำงานแต่ละปี อย่างชัดเจนและสอดคล้องกับนโยบาย ระดับชาติ เพื่อการสานพลังกับทุกภาคส่วนให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรม คณะกรรมการประเด็นควรวิเคราะห์ภาคี เครือข่ายหรือกลไกระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับจังหวัด อำเภอ ลงสู่พื้นที่โดย เลือกใช้เครื่องมือ สมัชชา ธรรมนูญชุมชน หรือ การประเมินผลกระทบระดับชุมชน

3) เปิดช่องทางหรือสามารถเพิ่มวิธีการทำงานเพื่อสร้างรูปธรรมการขับเคลื่อนงานที่มากกว่าการประชุม (ชาคริต โภชะเรือง, 19 ธันวาคม 2567)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษา เรื่อง การสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษา 1) รูปแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน 2) ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน และ 3) สังเคราะห์แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยบทที่ 5 ซึ่งเป็นบทที่ว่าด้วยสรุปผลการวิจัยอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัยอภิปรายผล

- 1.1 รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
- 1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
- 1.3 แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ส่วนที่ 2 บทสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

- 2.1 ขั้นตอนกระบวนการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
- 2.2 ตัวแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

- 3.1 แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
- 3.2 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
- 3.3 ข้อเสนอสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

1.1 รูปแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

1.1.1 ความมุ่งหมายหลักของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีความมุ่งหมายในการพัฒนาระบบสุขภาพที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนในแต่ละพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเชื่อมโยงและประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน และภาคเอกชน ซึ่งทำหน้าที่เป็นเส้นด้ายแนวนอนในการเชื่อมโยงและบูรณาการการทำงานขององค์กรต่างๆ ในท้องถิ่นให้เข้ากันได้ดี โดยมุ่งเน้นการพัฒนานโยบายสาธารณะ

และระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น วิถีชีวิต สภาพสังคม พฤติกรรม และปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิตในทุกมิติ

ความมุ่งหมายหลักที่สำคัญของ กขป.

1) **การเชื่อมโยงและประสานงาน** กขป. ทำหน้าที่เป็นกลไกในการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างภาครัฐ ภาคประชาชน และองค์กรต่างๆ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับชาติ โดยการใช้รูปแบบการทำงานแนวนอน (horizontal) เพื่อให้การทำงานของแต่ละหน่วยงานเกิดความเชื่อมโยงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) **การพัฒนานโยบายสาธารณะ** กขป. มีบทบาทในการพัฒนานโยบายที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในพื้นที่ โดยการใช้ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์สุขภาพในพื้นที่และปัจจัยกำหนดสุขภาพในการวิเคราะห์และกำหนดทิศทางนโยบายให้เหมาะสม

3) **การสร้างการมีส่วนร่วม** กขป. สนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการขับเคลื่อนการพัฒนา นโยบายและระบบสุขภาพ โดยการใช้การมีส่วนร่วมจากของสังคมและองค์กรต่างๆ เพื่อให้ทุกฝ่ายมีบทบาทในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

ข้อเสนอแนะต่อบทบาท (Positioning) ของ กขป. จากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลต่างๆ มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการกำหนดบทบาทและการทำงานของ กขป. ดังนี้

1) **การสร้างการรับรู้บทบาท (Positioning)** กขป. ควรหาจุดยืนที่ชัดเจนในการสร้างการรับรู้บทบาทของตนเองในระดับพื้นที่ เพื่อให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่เข้าใจถึงหน้าที่และความสำคัญของ กขป. และพร้อมร่วมมือกันในการพัฒนาระบบสุขภาพ

2) **การบูรณาการทรัพยากร** กขป. ควรมีบทบาทในการประสานและบูรณาการทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนการพัฒนา นโยบายและระบบสุขภาพ

3) **การยกระดับความสามารถของทีมงาน** คณะกรรมการและทีมงานของกขป. ควรได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านการฝึกอบรมและการเสริมสร้างความรู้ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการทำงานและขับเคลื่อนการพัฒนา นโยบายให้ประสบความสำเร็จ

4) **การทำงานตามบริบทพื้นที่** กขป. ควรพิจารณาบริบทและลักษณะเฉพาะของแต่ละพื้นที่ในการกำหนดนโยบายและการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพในแต่ละพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุปแล้ว กขป. ควรทำหน้าที่เป็นกลไกสำคัญในการบูรณาการการทำงานของภาครัฐและภาคประชาชนในระดับพื้นที่ เพื่อส่งเสริมการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่และนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

1.1.2 การดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในช่วง 8 ปีที่ผ่านมา

ด้านคุณค่าของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.)

1) กขป. ได้รับการยอมรับในฐานะตัวอย่างของ **ประชาธิปไตยรากหญ้า** ซึ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากประชาชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

2) การทำงานของ กขป. เป็นพื้นที่กลางที่เชื่อมโยงหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนให้มาร่วมมือกันในการปรับปรุงและพัฒนาระบบสุขภาพในเขตพื้นที่

3) การสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคประชาชน โดยเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการอภิบาลระบบสุขภาพ ผ่านการทำงานร่วมกับเครือข่ายต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการด้านสุขภาพ

4) เป็นพื้นที่ที่สามารถให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ โดยไม่เพียงแต่เน้นที่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว

ด้านการประสานและบูรณาการระบบสุขภาพในเขตพื้นที่

1) กขป. มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพ ของกลุ่มชาติพันธุ์/กลุ่มเปราะบาง โดยการช่วยให้กลุ่มชาติพันธุ์มานี้ สามารถเข้าถึงระบบหลักประกันสุขภาพได้ เช่น การมีเลข 13 หลักในจังหวัดสตูลและสงขลา

2) การบูรณาการการทำงานระหว่างภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหาการเข้าถึงสิทธิของกลุ่มเปราะบาง ปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การแก้ไขปัญหาวะเร็งที่ไร้สถานะและสิทธิ รวมทั้งการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาการอุบัติเหตุทางถนน

3) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และพระภิกษุผ่าน การขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ล้านนา ที่ประกาศใช้ในปี 2567 พร้อมการสร้างหลักสูตรในการดูแลพระสงฆ์ที่เป็นผู้สูงอายุ

ตัวอย่างรูปธรรมความสำเร็จ

1) การ ลดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยการเปลี่ยนแปลงกระบวนการรักษาไปสู่การป้องกัน และเชื่อมโยงนโยบายจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติในพื้นที่

2) การประสานงานกับเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาพยาธิใบไม้ตับและการขยายสิทธิในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข สำหรับกลุ่มชาติพันธุ์และกลุ่มที่มีปัญหาสถานะทางกฎหมาย

3) ความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาการอุบัติเหตุทางถนนโดยการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในจังหวัดสระบุรี และการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการแก้ไขปัญา

4) การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์โดยการร่วมมือกับหน่วยงานทางวิชาการในการพัฒนาหลักสูตรการดูแลพระสงฆ์และผู้สูงอายุ รวมถึงการยกระดับการฝึกอบรมในด้านการแพทย์

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

1) การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ อาจยังขาดความชัดเจนในผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม เนื่องจากประเด็นที่ใช้ในการขับเคลื่อนมีขนาดใหญ่และครอบคลุมหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถแสดงผลงานที่ชัดเจนได้ทั้งหมด

2) การทำงานส่วนใหญ่ยังเน้นที่การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ และการประสานความร่วมมือมากกว่าการดำเนินการเชิงลึกเพื่อสร้างผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม

3) การขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายและการบูรณาการ ควรเพิ่มการสนับสนุนจากภาครัฐ ส่วนกลางมากขึ้นเพื่อช่วยเหลือพื้นที่ต่างๆ ในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ

4) ควรมีการสื่อสารผลงานของ กขป. ให้มากขึ้น เพื่อให้ความสำเร็จในแต่ละพื้นที่ได้รับการยอมรับ และสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้องมากยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุป การดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ในช่วง 8 ปีที่ผ่านมาแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะการส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากประชาชนและภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ การบูรณาการระบบสุขภาพ และการส่งเสริมการเข้าถึงสิทธิด้านสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง แต่ยังคงต้องพัฒนาการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะให้มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรมมากขึ้น รวมถึงการเพิ่มการสื่อสารและการสนับสนุนจากส่วนกลางเพื่อผลักดันการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืน

1.1.3 การนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

1) ผู้นำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติ การนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีการดำเนินงานในหลายระดับที่เกี่ยวข้องกับกลไกและขั้นตอนต่างๆ โดยมีบทบาทสำคัญของผู้นำในกระบวนการทั้งในระดับ ประธาน กขป. และ ฝ่ายเลขานุการ ที่มีความร่วมมือในการกำหนดประเด็นนโยบาย และการดำเนินการผ่านกลไกต่างๆ เช่น การประชุม การจัดทำแผนปฏิบัติการ การติดตามผล เป็นต้น ทั้งนี้ การประสานงานระหว่างหน่วยงานภาคีเครือข่ายต่างๆ มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการร่วมมือกับหน่วยงานที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกับการใช้ทรัพยากรจากหลากหลายหน่วยงาน อาทิ สปสช., สธ., และ ท้องถิ่น เป็นต้น

2) เนื้อหาของนโยบาย มักมีที่มาจากการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ เพื่อกำหนดประเด็นนโยบายที่ตรงกับบริบท เช่น การเข้าถึงสิทธิสุขภาพสำหรับกลุ่มเปราะบาง หรือการจัดการกับปัญหามลพิษ เช่น PM2.5 หรือปัญหามะเร็งท่อน้ำดี การคัดเลือกประเด็นนโยบายจะเน้นที่การตอบสนองปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่พร้อมกับการใช้ข้อมูลจากสมัชชาสุขภาพและหน่วยงานภาคีเครือข่าย ในการรวบรวมข้อมูลและกำหนดทิศทางนโยบาย

3) การบริหารจัดการในด้านการประสานบูรณาการ ทำให้หน่วยงานต่างๆ สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ อาทิ การนำเสนอทรัพยากรจากงบประมาณสนับสนุนจากหลายหน่วยงาน เช่น สสส. และการใช้ความสัมพันธ์เชิงส่วนตัวในการเจรจาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ ด้วยแนวทางเหล่านี้จะทำให้การนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติในเขตสุขภาพเพื่อประชาชนสามารถบรรลุผลได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1) เพิ่มการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรใน กขป. โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ และการนำกลยุทธ์ การประสานภาคีเครือข่าย มาใช้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2) เสริมสร้างการประสานงานระหว่างหน่วยงานในระดับพื้นที่ ให้แข็งแกร่งขึ้น เช่น การเชื่อมโยงข้อมูลจากระดับจังหวัดและอำเภออย่างชัดเจนเพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายเกิดผลจริงในระดับพื้นที่

3) ขยายการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เช่น ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และภาควิชาการ เพื่อให้มีการระดมทรัพยากรและความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายอย่างเป็นระบบ

4) เน้นการใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการทรัพยากร โดยเฉพาะการใช้ ฐานข้อมูลกลาง และเครื่องมือออนไลน์ เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการประสานงานและติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงาน

5) การพัฒนานโยบายที่ยืดหยุ่นและตอบสนองได้เร็ว ต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ เช่น การใช้ข้อมูล Big Data และ ข้อมูลเชิงลึก เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับนโยบายให้สอดคล้องกับความจำเป็นในพื้นที่

1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีทั้งปัจจัยที่สนับสนุนความสำเร็จและอุปสรรคที่ขัดขวาง ซึ่งได้รับการระบุจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

1) ความชัดเจนของประเด็นนโยบาย การวิเคราะห์ปัจจัยและระบบที่เกี่ยวข้องกับปัญหาชัดเจนช่วยให้หน่วยงานต่างๆ ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินการได้ แม้ว่าจะต้องใช้เวลาในการพัฒนาและขยายกลไกการทำงานร่วมกัน

2) การผลักดันนโยบาย ของ กขป. มุ่งเน้นการสร้างการเรียนรู้และพัฒนาโมเดลการทำงานในบางพื้นที่ แม้ว่าจะมีข้อจำกัดทางด้านงบประมาณและการประสานงานที่ยากลำบาก

3) องค์ประกอบของกรรมการ กขป. ความหลากหลายจากภาคส่วนราชการและภาคประชาสังคมมีความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบาย แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของอำนาจการตัดสินใจที่จำกัดจากประกาศการจัดตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

4) งบประมาณจำกัด การสนับสนุนจาก สข. มีแนวโน้มลดลงและมีข้อจำกัดในกระบวนการบริหารจัดการงบประมาณ รวมทั้ง งบประมาณจากภาคส่วนต่างๆ ยังขาดการบูรณาการและขาดยุทธศาสตร์ร่วมในการขับเคลื่อนทำให้ กขป. ต้องผลักดันงานบางส่วนด้วยตัวเอง

5) การรับรู้ทางสังคมต่ำ บทบาทของ กขป. ยังไม่ชัดเจนในสังคม ต้องมีการสร้างความเข้าใจและการพัฒนาศักยภาพของกรรมการเพื่อให้การทำงานเกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม

6) แนวคิดการอภิบาลระบบสุขภาพ ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น ต้องพัฒนาแนวคิดและกระบวนการทำงานร่วมกันในเครือข่ายให้แข็งแกร่งขึ้น

1.2.2 อุปสรรคในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ

1) ความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของ กขป. ยังมีความสับสนในบทบาทและหน้าที่ของกรรมการ กขป. โดยเฉพาะการทำงานเชิงบูรณาการกับหน่วยงานอื่นนอกกรอบสุขภาพ

2) **ข้อจำกัดด้านงบประมาณ** และการขาดความต่อเนื่องจากหน่วยงานภาครัฐที่สนับสนุนการทำงาน ทำให้การขับเคลื่อนบางประเด็นมีอุปสรรค เนื่องจากไม่สามารถหาแหล่งทุนภายนอกได้โดยตรง

3) **ความยากลำบากในการประสานงาน** จากปัญหาความซ้ำซ้อนของคณะทำงานและการขาดความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน

4) **การขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน** บทบาทของ กขป. ยังไม่เป็นที่รู้จักในระดับพื้นที่/ชุมชน ทำให้การมีส่วนร่วมจากสังคม ประชาชนและองค์กรชุมชนเป็นไปอย่างจำกัด

1.1.3 ข้อเสนอแนะ

1) **เพิ่มการพัฒนาความเข้าใจบทบาทของ กขป.** ควรมีการฝึกอบรมและสร้างการรับรู้ถึงบทบาทและหน้าที่ของ กขป. โดยเฉพาะในการทำงานเชิงบูรณาการร่วมกับหน่วยงานต่างๆ

2) **การพัฒนาแหล่งทุนและงบประมาณ** ควรมีการสำรวจและเสริมสร้างแหล่งทุนจากภายนอกให้มากขึ้น โดยเฉพาะการประสานกับแหล่งทุนของหน่วยงานในพื้นที่ ท้องถิ่นและองค์กรภาคเอกชน

3) **การเสริมสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจภายในคณะกรรมการ** โดยการปรับโครงสร้างหรือวิธีการทำงานเพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

4) **การบูรณาการและร่วมมือกันระหว่างหน่วยงาน** ควรพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานราชการและภาคประชาสังคมให้มีความเป็นระบบ

5) **การประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมจากประชาชน** ควรมีการสื่อสารและสร้างการรับรู้ในระดับพื้นที่/ชุมชนถึงบทบาทของ กขป. และประโยชน์ที่สามารถได้รับจากการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนนโยบาย

1.3 แนวทางที่สามารถพัฒนาการนํานโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การนํานโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนมีความท้าทายและโอกาสในการพัฒนา โดยได้มีการเสนอแนวทางต่างๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนในการดำเนินงาน ดังนี้

1) **ทิศทางการทำงานของ กขป.** ควรเน้นการกระจายอำนาจโดยใช้พื้นที่เป็นฐานและการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ตลอดจนเสริมงบประมาณและสรรหาคณะกรรมการที่มีความสามารถในการทำงานแบบบูรณาการ

2) **ประเด็นสำคัญและความท้าทาย** ได้แก่ การทบทวนและคัดเลือกนโยบายที่มีอยู่แล้วเพื่อแปลงสู่การปฏิบัติ รวมถึงการพัฒนาผลลัพธ์ในด้านสุขภาพ, สังคม, และสิ่งแวดล้อม โดยการใช้ระบบสนับสนุน เช่น ฐานข้อมูลกลางระดับเขต

3) **บทบาทของ กขป.** ควรพัฒนาให้เป็นพื้นที่กลางในการประสานการทำงานระหว่างภาคส่วนต่างๆ และเป็นตัวกลางในการขับเคลื่อนนโยบายระดับพื้นที่

4) ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ ได้แก่ การตั้งตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงานต่างๆ การเปิดเผยข้อมูล (Open Data) เพื่อเพิ่มความโปร่งใส และการพัฒนาศักยภาพของ กขป. ให้สามารถจัดการงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

1) การดำเนินการตามข้อเสนอที่ได้รับจะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับ กขป. ในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในเขตสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การกระจายอำนาจที่มุ่งเน้นการทำงานร่วมกับพื้นที่และภาคีเครือข่ายจะช่วยให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเป็นไปในทิศทางที่ตรงกับความต้องการและบริบทของท้องถิ่น

2) การเสริมสร้างระบบสนับสนุน เช่น ฐานข้อมูลกลาง การสื่อสารสาธารณะ และการเชื่อมโยงกับกลไกอื่นๆ จะช่วยให้การติดตามผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้เกิดการบูรณาการการทำงานอย่างแท้จริงในทุกภาคส่วน

ข้อเสนอแนะ

1) การพัฒนากลไกการสื่อสารและการประสานงาน ควรพัฒนาเครื่องมือและช่องทางการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น การประชุม Site Visit หรือ Workshop เพื่อเพิ่มการเรียนรู้และการปฏิบัติร่วมกัน

2) การตั้งตัวชี้วัดที่ชัดเจน ควรกำหนดตัวชี้วัดที่มีความเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์ทางสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ เพื่อให้เห็นเส้นทางการทำงานร่วมกันของทุกหน่วยงาน

3) การเปิดเผยข้อมูลและการทำงานแบบ Open Data สนับสนุนการใช้ข้อมูลเปิดเพื่อให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึงข้อมูลแผนงานและผลการดำเนินงาน เพื่อเสริมสร้างความโปร่งใสและประสิทธิภาพในการทำงาน

4) การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพ ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของ กขป. อย่างต่อเนื่องโดยเน้นการฝึกอบรมและการสร้างความเข้าใจในบทบาทและหน้าที่

5) การจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ งบประมาณควรจัดสรรตามบริบทและความต้องการของพื้นที่เพื่อให้การทำงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละชุมชน

การดำเนินการตามข้อเสนอเหล่านี้จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยสามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกในระยะยาว

ส่วนที่ 2 บทสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

2.1 ขั้นตอนกระบวนการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

จากผลการศึกษาการสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พบประเด็นซึ่งสามารถนำมาอภิปรายผลตามองค์ประกอบหลักที่ควรคำนึงถึง 5 องค์ประกอบ ในการวิเคราะห์ขั้นตอนกระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ดังนี้

1) **ผู้นำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ** ผู้นำนโยบายสาธารณะของ กขป. ไปสู่การปฏิบัติ เกิดจากแนวทางการทำงานของประธาน กขป. และฝ่ายเลขาฯ ที่มีส่วนอย่างยิ่ง โดยมีการนำนโยบายสาธารณะของ กขป. ไปสู่การปฏิบัติ ผ่านกลไกต่างๆ ได้แก่ 1) กขป. ดำเนินการผ่านการประชุม การจัดทำแผนปฏิบัติการ การติดตามความก้าวหน้า การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย 2) อนุกรรมการประเด็นหรือคณะทำงานฝ่ายยุทธศาสตร์เป็นผู้ดำเนินการ และในบางเขตมีข้อมูลกลางเป็นฐานใช้ในการขับเคลื่อน

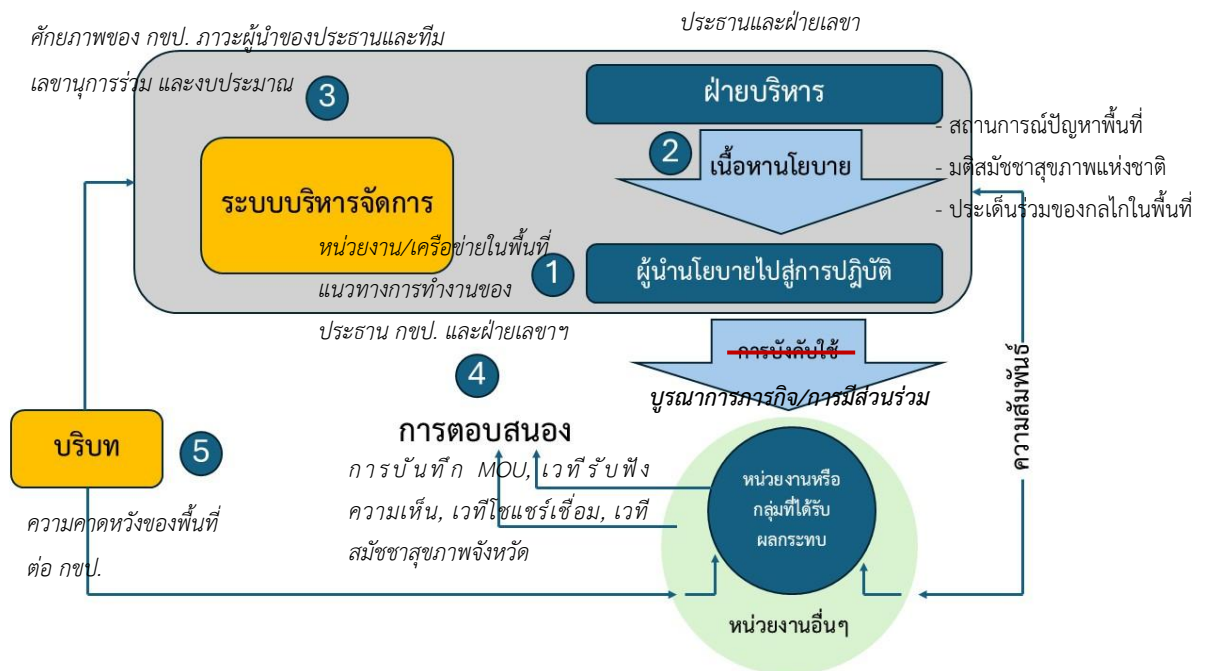
2) **เนื้อหาของนโยบายสาธารณะ** เนื้อหาของนโยบายสาธารณะของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนมาจาก 3 ส่วน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่เพื่อกำหนดเป็นประเด็นนโยบายสาธารณะของ กขป. 2) การนำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติและแนวนโยบายของหน่วยงานภาคยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับสถานการณ์ในพื้นที่ที่กำหนดเป็นประเด็นร่วมของ กขป. และ 3) การรวบรวมประเด็นร่วมของกลไกกระบวนการในพื้นที่ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัดในเขตพื้นที่ที่กำหนดเป็นประเด็นร่วมของ กขป. ดังนี้

3) **การบริหารจัดการเพื่อนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ** กลยุทธ์สำคัญ คือ กลยุทธ์ในการประสานบูรณาการระหว่างหน่วยงานเพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติ เป็นผู้ประสาน กขป. ใช้บทบาทในการเป็นผู้ประสานภาคีเครือข่ายให้เกิดการวางเป้าหมายร่วมและเกิดการขับเคลื่อนร่วมถึงการนำทรัพยากรของแต่ละหน่วยงานร่วมดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ และมีการใช้ความสัมพันธ์เชิงส่วนตัวของประธานเพื่อวางแผนการสนับสนุนการทำงาน กขป. หรือเจรจาร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ส่วนการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับศักยภาพของ กขป. ภาวะผู้นำของประธาน และทีมเลขานุการร่วม ส่วนงบประมาณยังใช้งบประมาณหลักจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และมีการเชื่อมประสานงบประมาณที่ดำเนินการในพื้นที่จากงบประมาณสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุขอยู่บ้าง

4) **การตอบสนองต่อการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบาย** ในด้านการตอบสนองต่อการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายมีการดำเนินการผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การบันทึกความร่วมมือ (MOU) เวทีรับฟังความเห็นของ สปสช. เวทีโซแซร์เชื่อมของ สสส. เวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด

5) **บริบทของการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ** ความคาดหวังของพื้นที่ต่อ กขป. ในบางพื้นที่กรรมการบางส่วนคาดหวังจะเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนประเด็นด้วยตนเองก็จะเกิดความเข้มแข็งและสามารถดำเนินการไปได้ ในขณะที่บางพื้นที่คาดหวังจะให้ กขป. เป็นตัวหลักของการขับเคลื่อนประเด็นจะทำให้การเคลื่อนงานเป็นไปไม่ได้และไม่ประสบความสำเร็จ เพราะ *บทบาทของ กขป. เป็นเพียงผู้สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเท่านั้น*



ภาพที่ 20 การประยุกต์กรอบการวิเคราะห์ขั้นตอน
กระบวนการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

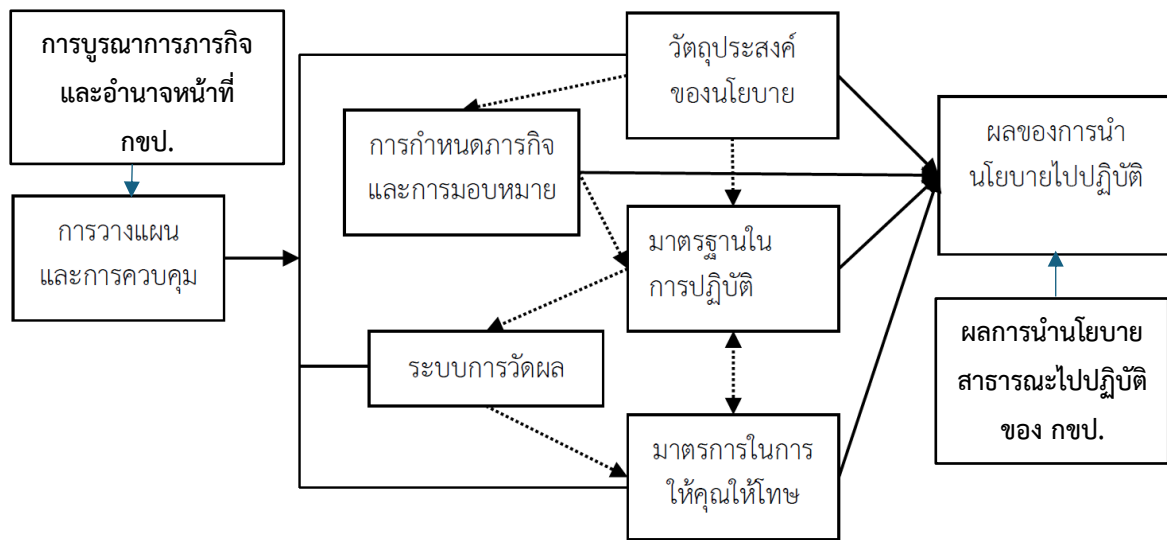
2.2 ตัวแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

จากการสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พบประเด็นซึ่งสามารถนำมาอภิปรายผลตามทฤษฎีและตัวแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยสรุปดังนี้

2.2.1 ตัวแบบที่เป็นไปตามหน้าที่และอำนาจของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ.2559 ข้อ 14 กำหนดให้ กขป. มีหน้าที่และอำนาจ กำหนดนโยบาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยบูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องตามความจำเป็นของประชาชนและชุมชนในพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับ **ตัวแบบยึดหลักเหตุผล (Rational Model)** (Woradech Jantarasorn, 2009 : 131) ที่มีจุดเด่นในการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนทำให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจว่าอะไรเป็นเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ผู้กำหนดนโยบายต้องการ โดยยึดถือฐานคติที่ว่า “นโยบายที่ประสบความสำเร็จจะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ เริ่มต้นมาจากการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจว่าอะไรคือเป้าหมายหรือผลลัพธ์ที่ผู้กำหนดนโยบายต้องการ การกำหนดมาตรฐานในการทำงานอำนวยความสะดวกให้เกิดระบบการประเมินผลที่สมบูรณ์และมีประสิทธิภาพ เป็นการง่ายที่ผู้บริหารนโยบายสามารถควบคุมตรวจสอบการปฏิบัติงานของแต่ละฝ่ายได้อย่างตลอดเวลาและต่อเนื่อง และระบบการประเมินผลที่สมบูรณ์และการมีมาตรฐานในการทำงานที่เด่นชัดย่อมส่งผลให้การใช้ระบบการให้ทุนให้โทษเป็นไปอย่างเป็นธรรมมากมากยิ่งขึ้น

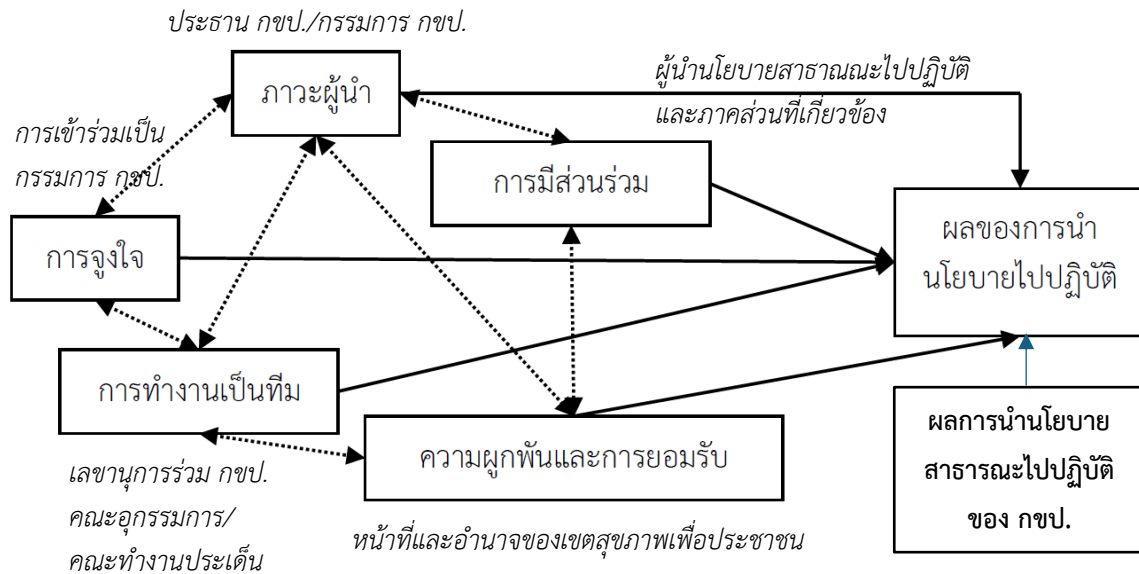
และการสร้างความเป็นธรรมในระบบจะช่วยเสริมสร้างให้มาตรฐานในการปฏิบัติงานสูงขึ้นอีกด้วย โดยประยุกต์ใช้ตัวแบบยี่ดหลักเหตุผลในการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ดังนี้



ภาพที่ 21 การประยุกต์ตัวแบบยี่ดหลักเหตุผลในการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

2.2.2 ตัวแบบที่เป็นไปตามการดำเนินงานของของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

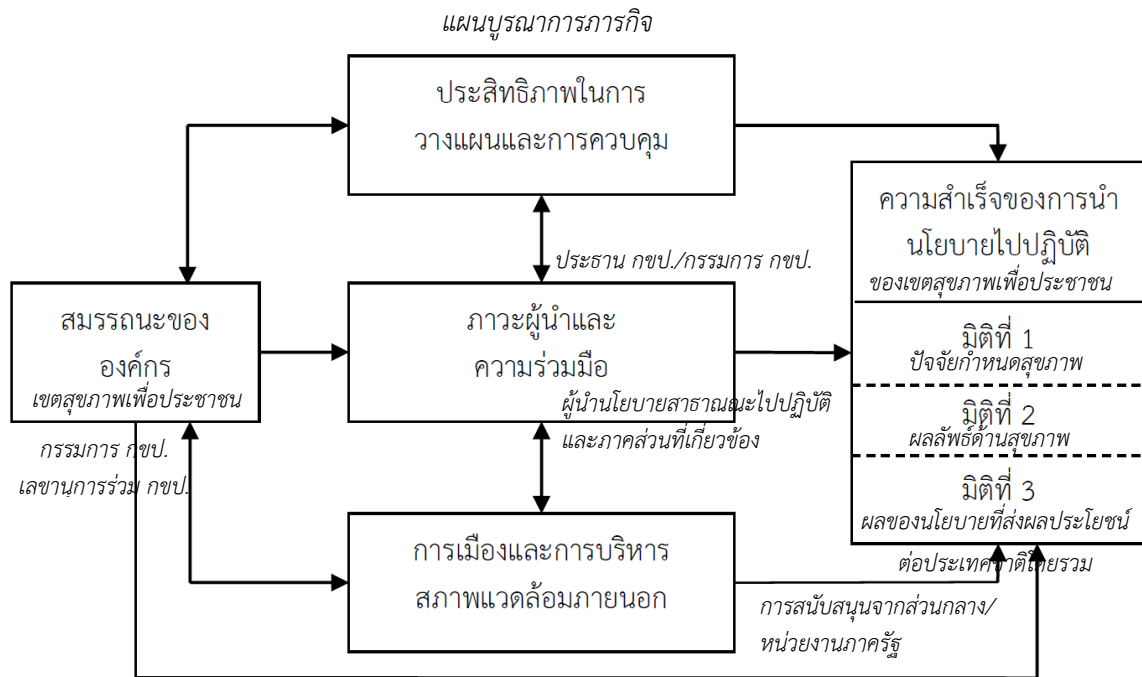
จากการศึกษารูปแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 1 เขตพื้นที่ 4 เขตพื้นที่ 7 และเขตพื้นที่ 12 สอดคล้องกับ **ตัวแบบทางด้านการพัฒนาองค์กร (Organization Development Model)** (Woradech Jantarason. 2011 : 135-136) ซึ่งจุดเด่นของตัวแบบเป็นเรื่องกระบวนการที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดหรือวางกรอบนโยบาย โดยถือว่านโยบายเหล่านั้นมาจากผู้ปฏิบัติเองโดยตรงสามารถอธิบายได้ โดยองค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบ ได้แก่ ภาวะผู้นำ การจูงใจ การทำงานเป็นทีม การมีส่วนร่วม และ ความผูกพันและการยอมรับ กล่าวคือการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรเป็นสำคัญเพราะจะทำให้เกิดการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องให้ความสำคัญในเรื่องของการจูงใจ ภาวะผู้นำที่เหมาะสม การสร้างความผูกพันโดยวิธีการให้สมาชิกในองค์กรมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการยอมรับตลอดจนการสร้างทีมงานมากกว่าการใช้ควบคุม



ภาพที่ 22 การประยุกต์ตัวแบบด้านการพัฒนาองค์กรของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

2.2.2 ตัวแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

จากการศึกษารูปแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 1 เขตพื้นที่ 4 เขตพื้นที่ 7 และเขตพื้นที่ 12 ตัวแบบการนำนโยบายสาธารณะสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน สอดคล้องกับ **ตัวแบบเชิงบูรณาการ (Integrative Model)** โดยศาสตราจารย์ ดร. วรเดช จันทรศร (2011) ที่มีจุดเด่นของตัวแบบ ตัวแบบนี้ได้บูรณาการคัดเลือกเอาตัวแปรสำคัญๆ ที่มีอิทธิพลต่อการนำนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ เป็นตัวแบบที่ผสมผสานตัวแปรสำคัญ โดยตัวแปรตามคือ **“ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ”** ซึ่งพิจารณาออกเป็น 3 มิติ โดย**มิติที่ 1** วัดจากผลผลิต ผลลัพธ์ และผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้น **มิติที่ 2** วัดจากผลกระทบของนโยบาย และ**มิติที่ 3** วัดจากผลของนโยบายที่ส่งผลประโยชน์ต่อประเทศชาติโดยรวม ส่วน**ตัวแปรอิสระ** ประกอบด้วยสมรรถนะขององค์กร ประสิทธิภาพในการวางแผนและการควบคุม ภาวะผู้นำและความร่วมมือ และการเมืองและการบริหารสภาพแวดล้อมภายนอก (Jantarasorn, 2011) ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญของตัวแบบการบูรณาการนี้ได้กำหนดตัวแปรอิสระ 4 ตัวแปร ดังนี้ (1) ประสิทธิภาพในการวางแผนและการควบคุม (2) สมรรถนะขององค์กรหรือหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ (3) ภาวะผู้นำและความร่วมมือ และ (4) การเมืองและการบริหารสภาพแวดล้อมภายนอก



ภาพที่ 23 ตัวแบบเชิงบูรณาการการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.1 แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ในส่วนนี้ เป็นบทวิเคราะห์ตามแนวคิด “การวิเคราะห์กระบวนการด้วย SIPOC Model” โดยเป้าหมายการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อรับผิดชอบในการดูแล ประสาน และสนับสนุนให้มีการบูรณาการเกี่ยวกับระบบสุขภาพในพื้นที่ ด้วยการกำหนดนโยบาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยบูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องตามความจำเป็นของประชาชนและชุมชนในพื้นที่

การวิเคราะห์ด้วย SIPOC Model เป็นการมองภาพรวมของกระบวนการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจวัตถุประสงค์และขอบเขตของงานมากขึ้น และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยจะพิจารณาว่า ใครคือคือ ซัพพลายเออร์ (Supplier) ผู้ส่งมอบวัตถุดิบ ข้อมูล กำลังคน ทักษะ สิ่งของ (Input) ที่จะนำไปใช้ในกระบวนการ (Process) เพื่อเปลี่ยนวัตถุดิบ สิ่งของหรือข้อมูล ให้กลายเป็นสิ่งของหรือข้อมูล (Output) ที่เป็นไปตามความต้องการของลูกค้า (Customer) ซึ่งหากวิเคราะห์แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนตามแนวคิด SIPOC สามารถสรุปได้ดังนี้

S – Supplier หรือ ผู้สนับสนุน ผู้ส่งมอบ บุคคลหรือหน่วยงานภายในและหรือภายนอกที่ให้วัตถุดิบ สิ่งของหรือข้อมูลที่จะต้องนำไปผ่านกระบวนการ ซึ่งหากวิเคราะห์ตามการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของ เขตสุขภาพเพื่อประชาชนแล้ว ซัพพลายเออร์ ประกอบด้วย องค์กรหน่วยงานภาคยุทธศาสตร์ที่สนับสนุนการ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในเขตพื้นที่ และองค์กรสนับสนุนจากส่วนกลาง ทั้ง สช. สสส. สปสช. และ กระทรวงสาธารณสุข รวมไปถึงองค์การผู้กำหนดนโยบาย เช่น หน่วยงานภาครัฐ คณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ (คสช.) และรัฐมนตรีหรือผู้มีอำนาจในการตัดสินใจในกระทรวงหรือส่วนงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

I – Input หรือ ปัจจัยนำเข้า วัตถุดิบ ข้อมูล กำลังคน ทักษะ สิ่งของที่จะต้องใช้ในการบวนการ การ นำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ยังต้องการสนับสนุนทรัพยากรด้านงบประมาณ ในการดำเนินงานทั้งจากส่วนกลางและการประสานงบประมาณในพื้นที่ ฐานข้อมูลกลางในการทำงานร่วมกัน ทั้งภายในเขตพื้นที่ ระหว่างเขตพื้นที่ และการเชื่อมโยงกับองค์กรสนับสนุนส่วนกลาง รวมไปถึงการเพิ่มทักษะ การทำงานของคณะกรรมการและฝ่ายเลขานุการ

P – Process หรือ กระบวนการ อันประกอบไปด้วยหลาย ๆ ขั้นตอนเพื่อที่จะเปลี่ยนการนำนโยบาย สาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนหรือข้อมูลต้นทาง (Input) ให้กลายเป็นสิ่งของหรือข้อมูลที่ ต้องการ (Output) ที่เป็นไปตามความต้องการของลูกค้าหรือกลุ่มเป้าหมาย ทั้งการจัดทำแผนบูรณาการ การติดตามบทบาทหน้าที่ของส่วนงาน การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพประชาชนตาม 5 องค์ประกอบ คือ ผู้นำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ เนื้อหานโยบายสาธารณะ การบริหารจัดการ การ ตอบสนองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และบริบทที่เกี่ยวข้อง โดยบทบาทของ กขป. เป็นเพียงผู้สนับสนุนให้เกิดการ ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเท่านั้น

O – Output หรือ ผลผลิต/ผลลัพธ์ อะไรคือสินค้า บริการ ข้อมูล ที่เป็นไปตามความต้องการของ ลูกค้า ในการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ซึ่งประกอบด้วย แผนบูรณาการ การกิจด้าน... (ตามประเด็นนโยบายสาธารณะ) ปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ได้รับการจัดการเพื่อแก้ไขปัญหา และ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาวที่ส่งผลกระทบทั้งในระดับเขตพื้นที่และระดับประเทศ

C – Customer หรือ ผู้ได้ประโยชน์จากนโยบาย คือ ลูกค้าหรือกลุ่มผู้กำหนดความต้องการจากการ นำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีส่วนสำคัญ ที่ได้ ประโยชน์จากการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ลำดับแรก เป็นองค์กรเจ้าของ นโยบายที่ต้องการสร้างความร่วมมือและพื้นที่กลางในการขับเคลื่อนนโยบายร่วมกับคณะกรรมการเขตสุขภาพ เพื่อประชาชนและมีทรัพยากรพร้อมในระดับหนึ่ง เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ในด้าน การขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพพระสงฆ์และกลุ่มเปราะบาง และผู้ที่ได้รับผลประโยชน์กลุ่มที่สองคือ กลุ่มเป้าหมายหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบาย เช่น กลุ่มพระสงฆ์ กลุ่มชาติพันธุ์/บุคคลไร้สัญชาติ เป็นต้น

ทั้งนี้ การวิเคราะห์การนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พร้อมทั้งระบุ ตัวชี้วัดของ SIPOC ว่าเป็นตัวชี้วัดที่เป็นผลลัพธ์/เชิงรับ (Lagging Indicator) หรือ ตัวชี้วัดที่เป็นเหตุ/เชิงรุก (Leading Indicator) ได้ดังนี้

Lagging Indicator คือ ตัวชี้วัดผลที่เกิดขึ้นแล้วจากการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ทั้งตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (Process) ในการบูรณาการภารกิจกับหน่วยงานต่างๆ และตัวชี้วัดเชิงผลผลิต (Output/Outcome) ซึ่งเป็นการบอกเฉพาะในส่วนของการเกิดเหตุในอดีต บอกในสิ่งที่เกิดขึ้นมาแล้ว ซึ่งจะไม่มีการบอกถึงแนวทางในการปฏิบัติงานหรือผลลัพธ์ในอนาคตในอนาคตได้ เช่น

- ตัวชี้วัดเชิงกระบวนการ (Process) แผนบูรณาการภารกิจด้านการป้องกันแก้ไขมะเร็งท่อน้ำดี แผนบูรณาการภารกิจด้านการป้องกันแก้ไขอุบัติเหตุในชุมชน และแผนบูรณาการภารกิจด้านสุขภาวะพระสงฆ์ เป็นต้น

- ตัวชี้วัดเชิงผลผลิต (Output/Outcome) เช่น จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี จำนวนจุดเสี่ยงอุบัติเหตุในชุมชนได้รับการแก้ไข และพระสงฆ์ที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ เป็นต้น

Leading Indicator คือ ตัวชี้วัดผลที่เกิดขึ้นแล้วจากการนำนโยบายสาธารณะไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ตัวชี้วัดนี้จะช่วยให้ทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกระทำ (input) ที่ส่งผลต่อ Output แต่ Lagging Indicators เป็นการวัด Output โดยตรง วัดง่าย แต่ทำอะไรไม่ได้ เพราะผลลัพธ์เกิดขึ้นแล้ว ตัวอย่าง เช่น ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ร้อยละของอุบัติเหตุในชุมชน และร้อยละของพระสงฆ์ที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพและมีความเสี่ยงเข้าถึงระบบบริการสุขภาพหรือหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

3.2 ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ข้อเสนอเชิงนโยบายจากข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) โดยการดำเนินการตามข้อเสนอเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งและเพิ่มประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะในเขตสุขภาพเพื่อประชาชนอย่างยั่งยืน มีดังนี้

- 1) **เพิ่มการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรใน กขป.** เน้นการพัฒนาทักษะการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ รวมถึงการนำกลยุทธ์การประสานภาคีเครือข่ายมาใช้ให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ควรมีการฝึกอบรมและพัฒนาความรู้ด้านการประสานงานและการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อเพิ่มศักยภาพในการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะอย่างมีประสิทธิภาพ

- 2) **การขยายการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน** การขยายความร่วมมือจากภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และภาควิชาการ โดยเฉพาะการระดมทรัพยากรและความรู้ในการขับเคลื่อนนโยบายอย่างเป็นระบบจากทุกภาคส่วนจะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในการดำเนินงาน

- 3) **การเสริมสร้างความชัดเจนในบทบาทของ กขป.** ควรมีการฝึกอบรมเพื่อสร้างความเข้าใจและการรับรู้บทบาทของ กขป. ให้ชัดเจนในทุกภาคส่วน และในระดับพื้นที่เพื่อให้การทำงานบูรณาการกับหน่วยงานอื่นมีประสิทธิภาพ ควรมีการสื่อสารผลงานของ กขป. ให้มากขึ้น เพื่อให้ความสำเร็จในแต่ละพื้นที่ได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้องมากยิ่งขึ้น ชี้ประเด็นสำคัญหรือสถานการณ์สำคัญ สื่อสารเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง

4) การพัฒนางบประมาณและแหล่งทุนจากภายนอก ควรมีการสำรวจและเสริมสร้างแหล่งทุนจากภายนอก โดยการประสานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อให้การดำเนินงานในพื้นที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

5) เน้นการใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการทรัพยากร โดยการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีเพื่อการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ การใช้ฐานข้อมูลกลางและเครื่องมือออนไลน์ในการประสานงานและติดตามผลการดำเนินงานจะช่วยเพิ่มความรวดเร็วและโปร่งใสในการจัดการทรัพยากร และเพิ่มความรวดเร็วในการประสานงานและติดตามผล

6) การกระจายอำนาจและการทำงานร่วมกับพื้นที่ ควรเสริมสร้างกระบวนการกระจายอำนาจในระดับพื้นที่ เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและพัฒนานโยบายที่เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่

7) พัฒนานโยบายสาธารณะที่ยืดหยุ่นและตอบสนองต่อสถานการณ์ โดยการใช้ข้อมูลและการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อปรับนโยบายให้ตอบสนองความต้องการในพื้นที่ การใช้ข้อมูลจาก Big Data และข้อมูลเชิงลึกเพื่อปรับปรุงนโยบายให้มีความยืดหยุ่นและตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์สุขภาพได้เร็วขึ้น

8) การพัฒนากลยุทธ์ในการบูรณาการงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ควรพัฒนาแนวทางในการบูรณาการงานระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมให้มีความเป็นระบบและสามารถทำงานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงข้อมูลจากระดับเขต จังหวัดและอำเภอให้ชัดเจน เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายเกิดผลในพื้นที่จริง

3.3 ข้อเสนอสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1) ศึกษาประสิทธิภาพของกลไกการประสานงานในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับวิธีการประสานงานที่ดีที่สุดในระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างภาครัฐและองค์กรภาคเอกชน

2) วิจัยการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยีในการติดตามผลการดำเนินงาน ควรทำการวิจัยเพื่อหาวิธีการใช้ฐานข้อมูลกลางและเครื่องมือออนไลน์ในการปรับปรุงการติดตามผลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3) ศึกษาผลกระทบจากการขยายการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม การศึกษาผลของการมีส่วนร่วมจากภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และภาควิชาการต่อการขับเคลื่อนนโยบายในระดับพื้นที่

4) วิจัยการพัฒนานโยบายที่ตอบสนองการเปลี่ยนแปลง การศึกษาเกี่ยวกับแนวทางในการพัฒนานโยบายที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็ว

บรรณานุกรม

ชัยวัฒน์ คุประตกุล. (2552). *ทฤษฎีและแนวทางการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จรัส สุวรรณมาลา. (2554). *นโยบายสาธารณะ: การวิเคราะห์และกระบวนการจัดทำนโยบาย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2564) . *ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ.2559*. กรุงเทพฯ : 105 Digital Printing Company Limited.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). (2565). *คู่มือการศึกษาระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพ.. (พิมพ์ ครั้งที่ 1)*. บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2566) . *การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน*. รายงานการประเมินผลเขตสุขภาพเพื่อประชาชนโดยผู้ประเมินภายนอก

สุภาวดี โพธิยะราช. (2557). *การติดตามและประเมินผลนโยบายสาธารณะ*. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า.

ศักดา ธนิตกุล. (2554). *การวิเคราะห์นโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (มปป.). *นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ*. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. <https://www.nationalhealth.or.th/th/node/2110>.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (มปป.). *นโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม*. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. <https://infocenter.nationalhealth.or.th/>

วรเวศม์ สุวรรณระดา. (2558). *ทฤษฎีและกระบวนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรเดช จันทรศร. (2551). *การบริหารนโยบายสาธารณะ: แนวคิดและเทคนิค*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ 1, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 กรกฎาคม 2567.

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ 4, ผู้ให้สัมภาษณ์, 7 กรกฎาคม 2567.

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ 7, ผู้ให้สัมภาษณ์, 8 กรกฎาคม 2567.

คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ 12, ผู้ให้สัมภาษณ์, 4 กรกฎาคม 2567.

กาสัก เต๊ะขันหมาก, ผู้ให้สัมภาษณ์, 15 ธันวาคม 2567.

ชาคริต โภชะเรือง, ผู้ให้สัมภาษณ์, 20 ธันวาคม 2567.

เพชรรุ่ง เชาวกรวัชร, ผู้ให้สัมภาษณ์, 23 ธันวาคม 2567.

วิสุทธิ์ สุกรินทร์, ผู้ให้สัมภาษณ์, 17 ธันวาคม 2567.

วีรวัฒน์ พันธุ์ครุฑ, ผู้ให้สัมภาษณ์, 18 ธันวาคม 2567.

สุทธินันท์ บุญมี, ผู้ให้สัมภาษณ์, 18 ธันวาคม 2567.

สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ, ผู้ให้สัมภาษณ์, 12 ธันวาคม 2567.

ศักดิ์เจริญ ภวภูตานนท์, ผู้ให้สัมภาษณ์, 19 ธันวาคม 2567.

อำพล จินดาวัฒนะ, ผู้ให้สัมภาษณ์, 12 กุมภาพันธ์ 2567.

ภาคผนวก

ประเด็นคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก

การศึกษาวิจัย เรื่อง การสังเคราะห์รูปแบบการนำนโยบายสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ผู้ศึกษา นายจารึก ไชยรักษ์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

084-1337171 Lind ID : jaruekphoto

ผู้ให้สัมภาษณ์

วัน/เดือน/ปี

การให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล ☐ “ให้” ความยินยอม ☐ “ไม่ให้” ความยินยอม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษากระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยมุ่งเน้นการสำรวจและทำความเข้าใจรูปแบบหรือกระบวนการที่ใช้ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ รวมถึงการวิเคราะห์ขั้นตอนและกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินนโยบาย
2. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยมุ่งเน้นการตรวจสอบและทำความเข้าใจถึงปัจจัยภายในและภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จ ความล้มเหลว หรืออุปสรรคในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน
3. สังเคราะห์แนวทางที่สามารถพัฒนาการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น มุ่งเน้นการวิเคราะห์ข้อมูลและสังเคราะห์แนวทางการปรับปรุงรูปแบบและกระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของ กขป. เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างยั่งยืน

ขอบเขตด้านพื้นที่ศึกษา

ศึกษาในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ 1 เขตพื้นที่ 4 เขตพื้นที่ 7 และเขตพื้นที่ 12

ข้อมูลประกอบ

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เป็นกลไกที่มีรูปแบบการทำงานโดยการเชื่อมโยง องค์กรต่างๆ ทั้งภาคราชการ ภาควิชาการ/วิชาชีพ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ที่มุ่งปฏิบัติงานด้านสุขภาพ อยู่ในเขตพื้นที่เดียวกันมาบูรณาการการทำงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนระบบสุขภาพของเขตพื้นที่อย่างมีพลัง เขตสุขภาพเพื่อประชาชนจึงเป็นเสมือนเส้นด้ายแนวนอนที่ทำหน้าที่เชื่อมโยงร้อยเส้นด้ายแนวตั้ง คือ หน่วยงาน, องค์กร และเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อน **การพัฒนาโยบายสาธารณะและกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพ** ให้ตรงกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับ “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” ของพี่น้องในท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ พฤติกรรม สภาพสังคม ฯลฯ นำทุกคนไปสู่ระบบสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีทุกมิติ

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน จัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ.2559 โดยข้อ 6 กำหนดให้ในแต่ละเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “กขป.” **เพื่อรับผิดชอบในการดูแล ประสาน และสนับสนุนให้มีการบูรณาการเกี่ยวกับระบบสุขภาพในพื้นที่** มีคณะกรรมการฯ เขตละ จำนวน 45-46 คน ประกอบด้วย ก. กรรมการผู้แทนส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ ข. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและวิชาชีพ และ ค. กรรมการภาคเอกชนและประชาสังคม

หน้าที่และอำนาจ ของ กขป. ในระเบียบสำนักนายกฯ ข้อ 14 มีดังนี้

- 1) กำหนดนโยบาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยบูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องตามความจำเป็นของประชาชนและชุมชนในพื้นที่ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับนโยบายของรัฐและธรรมาภิบาลด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- 2) ดำเนินการหรือประสานให้เกิดการขับเคลื่อน ตามเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ตามข้อ 1 ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนภายในและภายนอกเขตพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่
- 3) เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ต่อหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 4) ประสานงานกับ กขป. ในเขตพื้นที่อื่น เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ
- 5) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
- 6) รายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

คำถามการสัมภาษณ์

ประเด็นคำถาม	คำอธิบาย
คำถามนำ ท่านมีประสบการณ์ หรือได้ทำงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเขตสุขภาพเพื่อประชาชนในบทบาทใดบ้าง	ตัวอย่างเช่น ประธาน กขป., ฝ่ายเลขานุการ กขป., กรรมการ กขป., คณะอนุกรรมการ/คณะทำงาน หรือ ผู้แทนองค์กรภาคีเครือข่าย(ที่ไม่ใช่กรรมการ) เป็นต้น
คำถาม 1 ท่านทราบความมุ่งหมายหลักของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ.2559 หรือไม่ และท่านคิดว่าที่ผ่านมา	- เขตสุขภาพเพื่อประชาชนเป็นเสมือนเส้นด้าย แนวนอนที่ทำหน้าที่เชื่อมร้อยเส้นด้ายแนวตั้ง คือ หน่วยงาน, องค์กร และเครือข่ายทุกภาคส่วน ในการขับเคลื่อน การพัฒนานโยบายสาธารณะ และ

ประเด็นคำถาม	คำอธิบาย
มา กขป. ได้ทำหน้าที่ตามความมุ่งหมายมากนักน้อยเพียงใด (อาจยกตัวอย่างรูปธรรมประกอบ)	กำหนดทิศทางของระบบสุขภาพ ให้ตรงกับความจริงเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องกับ “ปัจจัยกำหนดสุขภาพ” ของพี่น้องในท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ พฤติกรรม สภาพสังคม ฯลฯ นำทุกคนไปสู่ระบบสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีทุกมิติ -ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ ให้คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หรือ “กขป.” รับผิดชอบในการดูแล ประสาน และสนับสนุนให้มีการบูรณาการเกี่ยวกับระบบสุขภาพในพื้นที่
คำถาม 2 การดำเนินงานของเขตสุขภาพประชาชน (กขป.) ในช่วง 8 ปีที่ผ่านมา ได้สร้างความเปลี่ยนแปลงหรือสามารถแก้ไขปัญหาใดที่เป็นรูปธรรมได้บ้าง	ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ ข้อ 14 มีให้หน้าที่และอำนาจ กขป. กำหนดนโยบาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยบูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่ เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องตามความจำเป็นของประชาชนและชุมชนในพื้นที่ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับนโยบายของรัฐและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบายยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
คำถามที่ 3 กระบวนการและกลยุทธการทำงานทำงานของ กขป.	
3.1 เนื้อหาของนโยบาย ประเด็นนโยบายสำคัญในเขตสุขภาพพื้นที่ของท่าน คือ เรื่องอะไร มีความเป็นมา และเป้าหมายการขับเคลื่อนนโยบายอย่างไร	เช่น การเลือกประเด็นนโยบายของ กขป. ความซับซ้อนและความชัดเจนของเป้าหมายนโยบาย ประสิทธิภาพของนโยบาย รวมทั้งความสอดคล้องของนโยบายกับโครงสร้างการบริหารจัดการที่มีอยู่และบริบททางเศรษฐกิจและสังคม
3.2 ผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ กระบวนการ/ขั้นตอน ในการขับเคลื่อนประเด็นนโยบายตามบทบาทหน้าที่ กขป. มีการระบุผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ และดำเนินการอย่างไร	เช่น ความสอดคล้องของบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบ ศักยภาพของผู้ปฏิบัติ ลักษณะขององค์กรที่นำนโยบายสู่การปฏิบัติ รวมทั้งคุณค่าและผลประโยชน์ที่ได้รับจากการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ประเด็นคำถาม	คำอธิบาย
3.3 การบริหารจัดการเพื่อนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ใช้ทรัพยากรในการดำเนินการจากไหน และกลยุทธ์ในการประสานบูรณาการระหว่างหน่วยงานเพื่อนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างไร	เช่น ทรัพยากร ศักยภาพของหน่วยงานที่รับผิดชอบ การประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กลยุทธ์ที่ใช้ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
3.4 การตอบสนองต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบาย มีวิธีการดำเนินการร่วมกับผู้นำนโยบายสู่การปฏิบัติ และการวิเคราะห์ผลกระทบทั้งเชิงลบและเชิงบวกที่กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับอย่างไร	การตอบสนองต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากนโยบาย ทั้ง ผลกระทบเชิงลบและเชิงบวก
3.5 บริบทของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ อะไรที่มีส่วนสำคัญในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติของ กขป. บ้าง	เช่น การรับรู้ของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับนโยบาย และปัญหาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งนำไปสู่การสนับสนุนหรือแรงต้านนโยบาย
คำถามที่ 4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติ กขป. มีอะไรบ้าง	ปัจจัยภายในและภายนอกที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จ ความล้มเหลว หรืออุปสรรคในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติจริงในเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เช่น แหล่งที่มาของนโยบาย ความชัดเจนของนโยบาย การสนับสนุนนโยบาย ความซับซ้อนในการบริหารงาน สิ่งจูงใจของผู้ปฏิบัติ การจัดสรรทรัพยากร
คำถามที่ 5 ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการนำนโยบายไปปฏิบัติของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น	1) ทิศทางการทำงานของ กขป. ในอนาคต ภายใต้ภารกิจตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี 2) ประเด็น/งานสำคัญและความท้าทาย สำหรับการทำงานของ กขป. ในการบูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย 3) บทบาทของ กขป. และผลลัพธ์ที่คาดหวัง ต่อการทำงานของ กขป. ในอนาคต 4) ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการนำนโยบายไปปฏิบัติของ กขป.
คำถามที่ 6 ข้อเสนอแนะอื่นๆ	-