

การประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพ
และป้องกันโรค ปี 2556

Evaluation of the Implementation of Health Promotion
and Disease Prevention for the Year 2013

โดย

ฉันทนา เจนศุภเสรี

ดาริกา มุสิกกุล

อ้อมใจ ชาลี

นิติกร หนูนาค

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2556 ฉบับนี้ สำเร็จ ลุล่วงลงได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณนายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข แพทย์หญิงเพชรศรี ศิริรินทร์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิฯ กรมควบคุมโรค ซึ่งได้กรุณาเป็นที่ปรึกษา ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ในการจัดทำรายงาน ขอขอบคุณ นางสาวพรทิพย์ ศิริภานุมาศ ผู้อำนวยการกองแผนงาน ที่กรุณาส่งเสริม สนับสนุนในการประเมินผลงานนี้เป็นอย่างดีตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ขอขอบคุณคณะทำงาน 8 แผนงานของกรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค ผู้ประสานงานเครือข่ายบริการจากสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข และผู้รับผิดชอบแผนงานส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคของศูนย์วิชาการเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ง ในการตอบแบบสอบถาม ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญส่งผลให้การประเมินผล งานครั้งนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งคุณจารุภา จำนงค์ดี ที่สนับสนุนข้อมูลผลการประเมินกระบวนการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 เพื่อใช้ประกอบการทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

นอกจากนี้ รายงานการประเมินผลครั้งนี้ประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ยังมีหน่วยงานและบุคคล อีกหลายท่านที่คณะผู้ประเมินผลไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ จึงขอขอบคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้เช่นเดียวกัน

อนึ่ง คณะผู้ประเมินหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานการประเมินผลฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนางาน ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สู่ความเป็นเลิศ (Promotion & Prevention Excellence Strategic Plan) ให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากยิ่งขึ้นต่อไป

คณะผู้ประเมินผล

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยของพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1-12 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (2) ศึกษาความคาดหวังต่อแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอีก 10 ปีข้างหน้า (3) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ (4) ศึกษาความต้องการได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขต่อกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้บรรลุผลสำเร็จ

ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยคณะกรรมการประสานการบริหารแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย 8 คณะที่มีการทำงานบูรณาการร่วมกันหลายหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต รวมทั้งนักวิชาการที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เช่น สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์วิชาการเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากประชากรที่ศึกษา จำนวนทั้งสิ้น 117 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 - มกราคม พ.ศ. 2557 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการวิเคราะห์เอกสารรายงานการประเมินผล และรายงานการประชุมการประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2556 และข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามที่มีการพัฒนาขึ้นและผ่านการให้ข้อเสนอแนะจากผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานกลุ่มวัยของกระทรวงสาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรคที่มีความเชี่ยวชาญด้านการติดตามประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่า (1) กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในภาพรวมมีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติด้วยการประชุมชี้แจงถ่ายทอดแผนงาน โครงการ และกิจกรรมจากส่วนกลาง จังหวัด ไปสู่พื้นที่ และมีการติดตามประเมินผลโดยกลไกปกติของพื้นที่ เช่น การนิเทศงานอำเภอ การติดตามความก้าวหน้าในที่ประชุมจังหวัด เป็นต้น (2) ความคาดหวังต่อแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอีก 10 ปีข้างหน้า ควรมีการใช้ข้อมูลที่ได้มาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาความต้องการของพื้นที่ และการประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในการวางแผนงาน มีการบริหารงานอย่างบูรณาการร่วมกันจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพอย่างยั่งยืน (3) ปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คือมีโครงสร้างการบริหารงานฯ ในรูปคณะกรรมการและอนุกรรมการที่มาจากผู้บริหารและนักวิชาการจากทุกกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง และมีผู้ปฏิบัติงานที่มีสมรรถนะเพียงพอต่อการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติและสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย รวมทั้งมีงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอและทันเวลา (4) การสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข คือการสื่อสารนโยบายและยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมชัดเจน ทันเวลา พัฒนาบุคลากรให้สามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของแต่ละกลุ่มวัยได้อย่างเหมาะสม สิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานได้แก่ มีระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ ความก้าวหน้าในอาชีพ ค่าตอบแทนที่เหมาะสม และมีการติดตามประเมินผลที่ชัดเจนและต่อเนื่องรวมทั้งนำผลการประเมินมาใช้ในการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป ข้อเสนอแนะจากการศึกษาเนื่องจากรัฐบาลปัจจุบันให้ความสำคัญกับการบูรณาการงานในเรื่องสำคัญเร่งด่วนของรัฐบาลโดยมีเป้าหมายและวัตถุประสงค์การดำเนินงานที่มีความเชื่อมโยง สอดคล้องสนับสนุนซึ่งกันและกัน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่าไม่ซ้ำซ้อนกัน จึงควรมีการวางแผนการดำเนินงานและมีการจัดทำงบประมาณในลักษณะบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์ร่วมกันซึ่งจะมีแผนบูรณาการ

พัฒนาศักยภาพคนตามช่วงวัยอยู่ด้วยนั้น และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ (Promotion & Prevention Excellence Strategic Plan) ดังนั้นจึงควรมีกระบวนการกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่มีการบูรณาการแผนงานที่ชัดเจน ทันเวลาต่อการนำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดย (1) ควรแต่งตั้งคณะกรรมการฯ เพื่อขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ประกอบด้วยผู้บริหาร นักวิชาการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (2) การวางแผนและบริหารจัดการงบประมาณอย่างบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้วยข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพทั้งจากภาคส่วนท้องถิ่น เขตบริการสุขภาพและประเทศ และกำหนดมาตรการในการดำเนินงานที่สามารถแก้ไขปัญหาที่ตรงกับสาเหตุที่แท้จริงและกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง (3) การสื่อสารแผนด้วยช่องทางที่สอดคล้องเหมาะสมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและ (4) การติดตามประเมินผลอย่างมีส่วนร่วมและนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานต่อไป

Abstract

This study is an evaluation of the administrative procedures for the implementation of health promotion and disease prevention by age group in the 1st- 12th service area during the fiscal year 2013. Its objectives were to evaluate the administrative procedures of health promotion and disease prevention, to determine the expectations for the strategic plans of health promotion and disease prevention in the next 10 years, and to determine both the key success factors for the implementation of health promotion and disease prevention and the required supports from the Ministry of Public Health and other organizations in order to achieve the desired goals. Qualitative data was obtained by analyzing the information in the reports of the evaluation of the implementation and the administrative processes of health promotion and disease prevention for the fiscal year 2013. Quantitative data was collected from questionnaires that were developed and suggested by the Ministry of Public Health's inspector that is responsible for age group-related tasks and from the monitoring and evaluation specialist of the Department of Disease Control.

The population and the sample group in the research were selected based on the so-called "purposive sampling" method then divided into 8 subgroups with a total of 117 members that came from the Department of Disease Control, the Department of Health, the Department of Medical Services, the Department of Mental Health, the Bureau of Inspection and Evaluation, academic centers, and provincial health offices. The study was conducted from September 2013 - January 2014.

Overall, the administrative processes of the health promotion and disease prevention have clearly followed the policies set forth by the Ministry of Public Health. The required budget funding was allocated from the National Health Security Office, the Ministry of Public Health, provincial governments, and the Community Health Fund. Meetings among relevant participants were setup in order to clearly communicate the implementation plans, project objectives, and involved activities from the central and provincial level offices to the local level offices where the progress can be monitored and tracked by usual means, e.g. district supervisions or provincial meeting progress reports. The expectation for the strategic plans of health promotion and disease prevention in the next 10 years is to be able to reach an important goal that people in communities are free from diseases and health risks. This is to be achieved with the help of the information gathered from local needs, and the evaluations of the past project implementations in conjunction with the management integration among

partnership networks. The success of the implementations of health promotion and disease prevention relies on the establishing of the following key factors: a combined executive committee and sub-committee command structure with members from top managements and scholars from every related academic department; having enough qualified operators who can translate the proposed plans into actions and also are able to effectively drive the operations to meet the set *goals*; and having support budget that is both sufficiently and timely available. Supports that are needed from the Ministry of Public Health are: communications that are clear, timely, and effective about policies and strategies; development of human capital that is capable of supporting the implementation of health promotion and disease prevention for each age group. These are to be supported by: an efficient information technology system; career path growth for personnel involved and appropriate compensations; clear and consistent evaluation practice with the goals of being able to utilize the concluded results in future projects. Because the current government put great emphasis on integration plan at the national level, ministries with ongoing projects that are interrelated must formulate their objective and budget allocation plans in a strategically integration manner. The human capacity integration plan for various age groups is a part of this adopted practice. Because the Health Ministry has set forth strategic plans for health promotion and disease prevention, it is a great opportunity to speed up the implementation. There should be some process to determine guidelines that show clear integration plan which is timely to the practice in the field.

The suggestions of this current study were: (1) Establishing an executive committee with members from executives, specialists, and relevant parties to implement health promotion and disease prevention plans; (2) Planning and managing project budget in an integrated fashion among relevant parties with the help of health information data from local, regional, and national plans; (3) Communicating the established plans with related associates via appropriated channels, and (4) Fully engaging in the monitoring and the evaluation process then applying the results obtained in future development plans when possible.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ญ
สารบัญแผนภูมิ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการประเมินผล	3
1.3 ข้อยกเว้นของการประเมินผล	3
1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา	3
1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการประเมินผล	4
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	
2.1 นโยบาย และแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	5
2.2 แนวคิด และหลักการติดตามประเมินผล	12
2.3 แผนงานการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย	13
2.4 องค์ประกอบคณะทำงานติดตามประเมินกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคระดับเขต	29
2.5 เอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
2.6 กรอบแนวคิดในการประเมินผล	50

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการประเมินผล	
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
3.2 แหล่งข้อมูล	60
3.3 เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	60
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 4 ผลการศึกษา	
4.1 ข้อมูลทั่วไป	62
4.2 ภาพรวมผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	64
4.3 ผลการประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2556	73
4.4 ความคาดหวังต่อแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอีก 10 ปีข้างหน้า	74
4.5 ปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	83
4.6 ความต้องการได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข	85
4.7 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข	86
บทที่ 5 อภิปรายและสรุปผลการศึกษา	
5.1 สรุปผลการประเมิน	98
5.2 การอภิปรายผล	110
5.3 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	112
บรรณานุกรม	115
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก แบบสอบถาม	117

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	แสดงสถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามเขตเครือข่ายบริการ	13
ตารางที่ 2	แสดงผลการดำเนินงานตามแผนงานการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี อย่างมีคุณภาพ	16
ตารางที่ 3	แสดงปัญหา มาตรการแก้ไข และข้อเสนอเชิงนโยบายของแผนงานการดูแลสุขภาพ เด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพ	19
ตารางที่ 4	แสดงการเปรียบเทียบคุณลักษณะของแผน 3 ระดับ	57
ตารางที่ 5	แสดงจำนวนและร้อยละตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถาม	62
ตารางที่ 6	แสดงจำนวนและร้อยละประสพการณ์การทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม	63
ตารางที่ 7	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามหน่วยงาน	63
ตารางที่ 8	แสดงภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอดและตกเลือดหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์	65
ตารางที่ 9	แสดงจำนวนและร้อยละโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดบริการสุขภาพจิตและบริการให้ คำปรึกษาใน Psychosocial Clinic จำแนกตามเครือข่ายบริการ	69
ตารางที่ 10	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่รู้และรับทราบแผนยุทธศาสตร์ สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagships Project)	75
ตารางที่ 11	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่รู้และรับทราบแผนยุทธศาสตร์ สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากช่องทางการ สื่อสารต่างๆ	75
ตารางที่ 12	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่เห็นว่าแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคช่วยให้การดำเนินงานมี ประสิทธิภาพ	75
ตารางที่ 13	แสดงระดับความสำคัญที่มีส่วนผลักดันให้กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในปี 2556 ตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (8 Flagship Project) มีการบูรณาการ และบรรลุความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ	76

สารบัญตาราง(ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 14	แสดงภาพความคาดหวังหรือความสำเร็จที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้าต่อการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	77
ตารางที่ 15	แสดงกลยุทธ์ ประเด็น หรือแนวทางที่ต้องดำเนินการให้บรรลุความคาดหวังในการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	79
ตารางที่ 16	แสดงปัญหา/อุปสรรคที่พบในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	80
ตารางที่ 17	แสดงปัจจัยความสำเร็จของการที่จะทำให้การดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประสบความสำเร็จ	83
ตารางที่ 18	แสดงความต้องการรับการสนับสนุนที่สำคัญจากกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้สามารถดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบรรลุผลสำเร็จ	85
ตารางที่ 19	แสดงประเด็นอื่นๆ ที่จะช่วยให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	86
ตารางที่ 20	แสดงข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล	88

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	แสดงหน่วยงานในแต่ละระดับที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	8
ภาพที่ 2	แสดงระบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	9
ภาพที่ 3	แสดงที่มาและความเชื่อมโยงของแผนจังหวัด	10
ภาพที่ 4	แสดงกรอบของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามลักษณะงาน	11
ภาพที่ 4	แสดงการบริหารระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปี 2557	35
ภาพที่ 6	แสดงแผนผังโครงสร้างการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย	37

สารบัญแผนภูมิ

		หน้า
แผนภูมิที่ 1	แสดงร้อยละของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)	70
แผนภูมิที่ 2	แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)	70
แผนภูมิที่ 3	แสดงร้อยละสตรีที่มีอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75)	71
แผนภูมิที่ 4	แสดงร้อยละสตรีที่ตรวจพบมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)	71
แผนภูมิที่ 5	แสดงร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการจำแนกตามเครือข่ายบริการสุขภาพ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 31)	72
แผนภูมิที่ 6	แสดงร้อยละของผู้สูงอายุ ผู้พิการที่ได้รับการพัฒนาทักษะกายใจ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)	72

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้กำหนดแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9, 10 และ 11 ที่มุ่งสร้างความเป็นเอกภาพ และธรรมาภิบาลให้กับระบบสุขภาพทุกระดับ มีการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม เน้นหนักในการส่งเสริมสุขภาพและบริการสุขภาพในเชิงรุก โดยพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทั้งด้าน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ที่มีการปรับบทบาทให้กระทรวงสาธารณสุขสามารถกำหนด นโยบายสุขภาพได้จากการมีส่วนร่วมของประชาชน และสังคมรวมทั้งมีความเชื่อมโยงไปกับนโยบายระบบ สุขภาพอำเภอ(district health system: DHS) ที่เป็นการพัฒนาระบบสุขภาพแบบผสมผสานผ่านการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายในระดับอำเภอโดยมุ่งเป้าหมาย “อำเภอสุขภาพ” ที่ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นและดูแล ตนเองได้ มีผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่าอายุขัยเฉลี่ยของประชาชนที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 จะทำ ให้อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.35 แสดงให้เห็นว่าการมีสถานะสุขภาพที่ สูงขึ้นของประชาชนนั้นจะเพิ่มกำลังการผลิตของประเทศได้ประมาณร้อยละ 17 ซึ่งการปฏิรูประบบสุขภาพ ด้วยการปรับนโยบายและแผนทางด้านสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนที่หลายประเทศทั่ว โลกได้หันกลับมาใช้เป็นแนวทางจัดการด้านสุขภาพที่เป้าหมายการดูแลมีการเปลี่ยนแปลงจากการรักษา เยียวยาไปเป็นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคและการบาดเจ็บโดย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดว่าบริการสาธารณสุขของรัฐจะต้องเป็นไปอย่าง ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพภายใต้กลวิธีการดำเนินการโดยส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเอกชนมี ส่วนร่วมด้วย

จากผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547 โดยสำนักงานพัฒนา นโยบายสุขภาพระหว่างประเทศโดยการสนับสนุนของกระทรวงสาธารณสุขสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) พบว่าประชากรไทยสูญเสียปีสุขภาวะ เพิ่มขึ้นจาก 9.50 เป็น 9.90 ล้านปีสุขภาวะโดยเพศชายสูญเสียเพิ่มขึ้นจาก 5.60 เป็น 5.70 ล้านปีสุขภาวะ และเพศหญิงสูญเสียเพิ่มขึ้นจาก 3.90 เป็น 4.20 ล้านปีสุขภาวะโดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาระโรคเปลี่ยนไปจากโรคติดต่อ เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อุบัติเหตุ ภัยสุขภาพ ภัยพิบัติ และโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ประกอบกับมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว มีการลดลงของภาวะเจริญ พันธุ์ และภาวะการตายลดลง จึงทำให้คนไทยมีอายุคาดเฉลี่ยสูงขึ้น แต่ความรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy) ของประชาชนยังไม่เพียงพอต่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อระงับยับยั้งและบริหารจัดการ สถานการณ์ปัญหาทางสุขภาพของประชาชนในประเทศไทยให้ทุเลาเบาบางลงได้อย่างเป็นรูปธรรม

กระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่มีบทบาทหลัก รับผิดชอบดูแลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของ ประเทศ โดยในระดับส่วนกลางและระดับเขต กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลักร่วมกับกรมวิชาการต่างๆ ใน กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์กรมพัฒนา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและ ยา ทำหน้าที่ด้านการพัฒนานโยบาย ด้านวิชาการ และด้านปฏิบัติการ กิจกรรมด้านนโยบาย ได้แก่ การพัฒนา นโยบาย ยุทธศาสตร์แผน แนวทาง มาตรฐานรวมทั้งการผลักดันการบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมด้าน วิชาการ ได้แก่การติดตามสถานการณ์การวิจัย การฝึกอบรม การนิเทศและการกำกับติดตาม ประเมินผล ส่วน กิจกรรมปฏิบัติการ ได้แก่ การจัดหาเวชภัณฑ์และวัสดุอุปกรณ์เพื่อส่งกำลังบำรุงและงบประมาณพิเศษ สนับสนุน พื้นที่ที่มีปัญหา โดยมีสำนักงานเขต ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เป็นหน่วยงานระดับเขต ที่ตั้งในส่วน ภูมิภาคทำหน้าที่ประสาน/สนับสนุนกิจกรรมด้านวิชาการดังกล่าวให้มีความเหมาะสมกับบริบท พื้นที่ ระดับพื้นที่ ซึ่งแต่เดิมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพนั้นเป็นบทบาทของสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำกับดูแลหน่วยงาน/สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการงานสาธารณสุข ระดับพื้นที่ และสถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) ตลอดจนเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ร่วมด้วยกับ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีบทบาทพัฒนาชุมชนอย่างรอบด้าน รวมทั้งการจัดบริการ สาธารณะขั้นพื้นฐานแก่ชุมชน ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ เข้ามามีบทบาทจัดการกับปัญหาสุขภาพ ของชุมชน โดยเฉพาะงบประมาณในพื้นที่มากขึ้นเรื่อยๆ ก็จะเป็นส่วนที่หนุนเสริมการทำงานสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่เพื่อประชาชนให้มีความเข้มแข็งมากขึ้น

สำหรับในการบริหารงานสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคนั้น มีการดำเนินงานโดย กระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการบริหารงบประมาณส่งเสริม สุขภาพและป้องกันควบคุมโรคภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีการทำงานแบบบูรณาการ โดย มีคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคในระดับเขตและระดับจังหวัดดำเนินงานเป็น 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนาความร่วมมือกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปี พ.ศ. 2551-2555 มีการสร้างเสริมสุขภาพระดับเขตและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ระยะที่ 2 ความร่วมมือ (promotion and prevention model: PP Model 2556) มีการปรับบทบาทของ สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข (purchaser-provider) และจัดทำแผนงานตามกลุ่มวัย โดยมีการทำงานเชิงบูรณาการด้านความเชี่ยวชาญ (expertise) ร่วมกันของทั้ง 4 กรม ได้แก่ กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์และกรมสุขภาพจิตที่ เชื่อมโยงไปกับกรอบยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการ ดำเนินงาน 3 ระดับที่มีปฏิสัมพันธ์กันคือ นโยบายในส่วนกลาง พื้นที่และชุมชน ซึ่งมีหน่วยงานที่มีการกิจ เกี่ยวข้องกับสุขภาพหลากหลายมากขึ้น(multiple key actors) เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม สุขภาพ(สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และประชาชนมีความตื่นตัวในการดูแลจัดการสุขภาพในชุมชนของตนเองมากขึ้น แต่การดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้มากเท่าที่ควรและไม่สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงทางบริบทของพื้นที่ เช่น อายุ เพศ กรรมพันธุ์ การศึกษา ความเชื่อค่านิยม พฤติกรรม วัฒนธรรม อาชีพ การเจริญเติบโตของชุมชนเมือง การใช้สารเคมีและวัตถุอันตรายมากขึ้นในภาคเกษตรและอุตสาหกรรม การกระจายทรัพยากรสาธารณสุขไม่ทัดเทียมกันในภูมิภาค เป็นต้น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ที่เป็นตัวกำหนดให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต

ดังนั้นจึงได้มีการประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปีงบประมาณ 2556 ขึ้นเพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการบริหารจัดการการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน

1.2 วัตถุประสงค์ของการประเมินผล

- 1.2.1 เพื่อประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2556
- 1.2.2 เพื่อศึกษาความคาดหวังต่อแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอีก 10 ปีข้างหน้า
- 1.2.3 เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 1.2.4 เพื่อศึกษาความต้องการได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขต่อกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้บรรลุผลสำเร็จ

1.3 ข้อยกเว้นของการประเมินผล

เนื่องจากการดำเนินการประเมินผลครั้งนี้ข้อมูลส่วนหนึ่งจะเป็นการวิเคราะห์จากเอกสารรายงานการประเมินกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปีงบประมาณ 2556 ซึ่งคณะทำงานประเมินผลฯ เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 1-12 ดำเนินการประเมินผลในช่วงเดือนมิถุนายน – สิงหาคม พ.ศ. 2556 แต่แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ถ่ายทอดให้พื้นที่ไปดำเนินการในเดือนมกราคม พ.ศ. 2556 ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาดำเนินการค่อนข้างสั้น อาจจะไม่เห็นผลการดำเนินการที่ยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร

1.4 นิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา

การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หมายถึง การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การจัดทำแผนบูรณาการเชิงรุก การบริหารงบประมาณ การนำแผนสู่การปฏิบัติและการติดตามประเมินผล

ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หมายถึง กรอบการทำงานที่กำหนดขึ้นอย่างกว้างๆ ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่

แผนบูรณาการเชิงรุก หมายถึง แผนใดๆ ซึ่งได้กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างบูรณาการร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ โดยไม่จำเป็นต้องมีรายละเอียดของการปฏิบัติ ทั้งนี้ แผนบูรณาการอาจ

มีชื่อหรือรูปแบบต่างๆ ตามที่จังหวัดกำหนดขึ้นได้ เช่น แผนยุทธศาสตร์ แผนกลยุทธ์ แผนพัฒนา ฯลฯ สิ่งสำคัญที่ต้องปรากฏในแผน คือ มาตรการแก้ไขปัญหาดังชัดเจน และแสดงลักษณะบูรณาการ 3 ส่วน ได้แก่

1) บูรณาการเชิงยุทธศาสตร์หรือมาตรการแก้ไขปัญหา โดยพิจารณาผสมผสานยุทธศาสตร์ระดับประเทศและระดับพื้นที่เข้าด้วยกัน

2) บูรณาการเชิงการใช้ทรัพยากร ได้แก่ หน่วยงาน งบประมาณ กำลังคน องค์ความรู้ จากทุกแหล่ง ไม่จำกัดเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข หรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3) บูรณาการเชิงการกำกับ ติดตามและประเมินผล หมายถึง การติดตามและให้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของหน่วยต่างๆ ให้บูรณาการไปในทิศทางเดียวกัน โดยเน้นปัญหาสุขภาพในพื้นที่เป็นหลัก

แผนปฏิบัติการ หมายถึง แผนย่อยของแต่ละหน่วยงานที่จัดทำขึ้นสำหรับผู้ปฏิบัติ สามารถนำไปดำเนินการ โดยแผนปฏิบัติการควรระบุประชากรเป้าหมาย กิจกรรมหลัก ระยะเวลาดำเนินการ งบประมาณ และผู้รับผิดชอบ แผนปฏิบัติการต้องสอดคล้องกับยุทธศาสตร์

ปัญหาสุขภาพพื้นที่ หมายถึง ปัญหาในขอบเขตพื้นที่หนึ่งๆ ที่เกิดจากโรค การเจ็บป่วย และพยาธิสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงปัญหาที่เกิดจากพยาธิสภาพทางสังคม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และปัจจัยที่มีผลต่อสถานะสุขภาพ

การบริหารจัดการเชิงบูรณาการ หมายถึง การจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดยใช้แผนบูรณาการเชิงรุกเป็นเครื่องมือสำคัญ ทั้งด้านยุทธศาสตร์ ทรัพยากร และการติดตามประเมินผล

1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการประเมินผล

นำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนา/ปรับปรุงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ (Promotion & Prevention Excellence Strategic Plan) ให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และเป็นประโยชน์ต่อประชาชนมากยิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยของพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1-12 ปีงบประมาณ 2556 ในครั้งนี้ ได้ดำเนินการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแยกนำเสนอเป็น 4 ส่วน ซึ่งสรุปสาระสำคัญ ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 นโยบายและแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ส่วนที่ 2 แนวคิดและหลักการติดตามประเมินผล

ส่วนที่ 3 เอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 4 กรอบแนวคิดในการประเมินผล

2.1 นโยบายและแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2.1.1 การพัฒนาความร่วมมืองานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พ.ศ. 2551 – 2555

ในปี 2551 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เห็นชอบแนวทางการร่วมมือการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และได้พัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยลำดับ เพื่อให้เกิดการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพและประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ ได้มุ่งเน้นการทำงานแบบบูรณาการ ปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงานไปสู่การใช้แผนเป็นเครื่องมือ ภายใต้ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมจากภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน รวมทั้งให้หน่วยปฏิบัติในพื้นที่ได้เรียนรู้และวางแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคของตนเอง รูปแบบการดำเนินงานจะบูรณาการในลักษณะ “ร่วมกันคิด ช่วยกันทำ” ในทุกระดับ โดยมีคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคเป็นแกนร่วมในระดับเขตและระดับจังหวัด

อย่างไรก็ดีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคที่ผ่านมาพบว่า หน่วยงานยังให้น้ำหนักกับผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดที่ส่วนกลางกำหนด ซึ่งไม่ใช่เรื่องเสียหายหากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่จะตระหนักถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่แท้จริงในพื้นที่ และดำเนินการแก้ไขอย่างเข้มแข็งไม่น้อยไปกว่าการทำงานตามตัวชี้วัด จากการติดตามกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค ที่ผ่านมาในหลายพื้นที่พบว่า ผู้ปฏิบัติยังยึดแผนงาน โครงการ และตัวชี้วัดของส่วนกลาง และ/หรือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งการแยกงบประมาณการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ สปสช. ออกจากงบประมาณปกติของจังหวัด โดยปัญหาสุขภาพที่พบในพื้นที่นั้นเป็นปัญหาเดียวกัน ซึ่งแสดงถึงการขาดการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมถึงข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับจุดแข็ง จุดอ่อน ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยด้านแหล่งทรัพยากร และข้อมูลของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เมื่อขาดภาพของปัญหาที่ชัดเจน การกำหนดเป้าประสงค์ ยุทธศาสตร์ แผนงาน และการนำแผนสู่การปฏิบัติจึงไม่อาจสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ เป็นการปฏิบัติงานตามความเคยชินหรือตาม

กรอบของส่วนกลางมากกว่าจะปรับแต่งกระบวนการคิดค้นองค์ความรู้ เทคโนโลยีใหม่ ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหา และปัจจัยรอบด้านที่เปลี่ยนไป

การพัฒนาและบริหารจัดการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การปฏิรูปกระทรวงและการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้บทบาทในการติดตาม กำกับ และประเมินผล (Monitoring & Evaluation : M&E) ต้องมีการพัฒนา เนื่องจากงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความท้าทายในการบริหารจัดการและต้องมีการปรับปรุงการดำเนินงานตลอดเวลา ในปัจจุบันงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคถือว่าอยู่ในระยะที่ 2 ที่มีการแบ่งบทบาทหน้าที่ของกรมวิชาการทั้ง 4 กรมอย่างชัดเจน มีการจัดทำแผนฯ ในแต่ละกลุ่มวัย มีการประชุม (Promotion and Prevention : P&P Forum) เพื่อดำเนินงานร่วมกันแบบบูรณาการ แต่ขาดการถ่ายทอดหรือทำความเข้าใจไปยังเขตและจังหวัด ส่งผลให้แผนสุขภาพเขต และแผนสุขภาพจังหวัดไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ระยะที่ 1 : พัฒนาความร่วมมือกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2551 – 2555 มีการดำเนินการดังนี้

- 1) แยกตามเป้าหมาย การสร้างเสริมสุขภาพระดับเขต (Promotion Prevention Area based : PPA) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (Promotion Prevention Expressed demand : PPE) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรม
- 2) “ร่วมกันคิด ช่วยกันทำ” ใช้แผนส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกเป็นเครื่องมือ
- 3) ส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านกองทุนตำบล
- 4) ริเริ่มกระบวนการติดตามประเมินผล (Monitoring & Evaluation : M&E)

ระยะที่ 2 : ความร่วมมือ ‘Promotion and Prevention Model : PP Model’ 2556

- 1) ปรับบทบาทของ สปสช. – กระทรวงสาธารณสุข (Purchaser – Provider)
- 2) จัดทำแผนงานตามกลุ่มวัย 8 แผน โดยการบูรณาการของ 4 กรม
- 3) จัดทำแผนสุขภาพเขต จังหวัด อำเภอ ในปี 2556 เป็นปีแรก อาจมีปัญหาในเรื่องของความชัดเจนบ้างเพราะยังใหม่อยู่ ซึ่งในปีต่อไปต้องพิจารณากันว่าจะปรับเปลี่ยนกันอย่างไรได้บ้าง

การพัฒนากระทรวงสาธารณสุข

- 1) กำหนดบทบาท 3 ส่วนให้ชัดเจน ได้แก่
 - 1.1) National Health Authority (NHA) & Regulator
 - 1.2) Purchaser หมายถึง สปสช.
 - 1.3) Provider หมายถึง เครือข่ายบริการ และหน่วยบริการ
- 2) พัฒนารูปแบบ NHA ของกระทรวงสาธารณสุข เบื้องต้นได้กำหนด “เป้าหมาย” ในรูปตัวชี้วัด (KPI) ระดับกระทรวง ซึ่งได้ขับเคลื่อนตั้งแต่ 1 มกราคม 2556

การพัฒนาบทบาทผู้ให้บริการ (Provider)

- 1) จัดเครือข่ายบริการ และแบ่งเขตพื้นที่เครือข่ายบริการ เป็น 12 เขต ครอบคลุมประชากรเฉลี่ยเขตละ 5 ล้านคน
- 2) ริเริ่มจัดทำ “Service plan” ในแต่ละเครือข่ายบริการฯ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาการจัดบริการในปี 2556 โดยมีเป้าหมายที่ 10 สาขา ซึ่งถือเป็นปัญหาเร่งด่วน
- 3) กำหนดให้ทุกเขตจัดทำ “แผนสุขภาพเขต” เป็นครั้งแรก โดยให้ครอบคลุมทั้งแผนบริหารจัดการ แผนบริการ และแผนส่งเสริมป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นประสิทธิภาพในการทำงาน

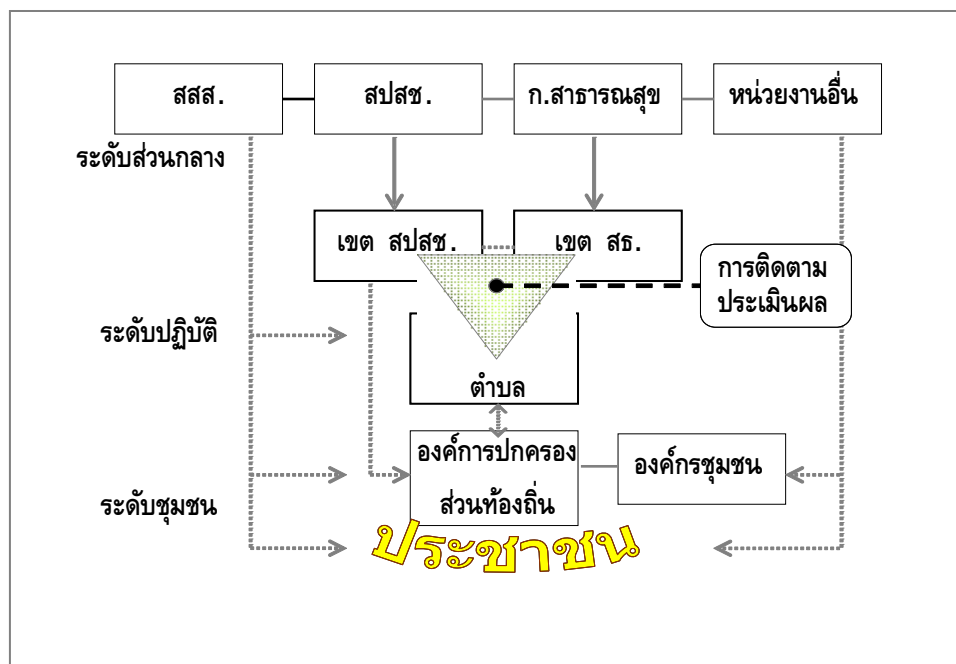
การพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยใช้ PP model เป็นตัวอย่างนำร่อง

หลักการของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PP Model Realignment of Work)

- 1) มีแผนสุขภาพเขต และแผนสุขภาพจังหวัด (Service Plan, CEO Plan ฯลฯ) ที่จะทำให้เห็นภาพการดำเนินงานของสาขาที่พบว่ามีความคาบเกี่ยว (Overlap) และสนับสนุนกันระหว่างงานบริการส่งเสริมสุขภาพกับงานป้องกันโรค รวมทั้งมีการบูรณาการงานระหว่างกลุ่มงานในกลุ่มวัยเดียวกัน
- 2) มีการบริหารงบประมาณแบบบูรณาการ และจัดสรรงบประมาณให้พื้นที่เพื่อนำแผนไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งเปิดโอกาสให้จังหวัด (Contracting Unit of Primary care : CUP) บริหารจัดการและวางแผนงบประมาณด้วย
- 3) มีกระบวนการนำแผนสู่การปฏิบัติ ซึ่งต้องมีการติดตาม กำกับ และประเมินผล (M&E) ตามแนวทางการดำเนินงานตามกลุ่มวัยที่ไม่ได้ยึดตัวชี้วัด (KPI) เพียงอย่างเดียว แต่ให้พื้นที่ยึดการดำเนินงาน กับกลุ่มประชากรเป็นหลัก (มี Basic Service)

ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจำเป็นต้องมีการชี้แจงรายละเอียดและความหมายของตัวชี้วัด (KPI) แต่ละระดับ ไม่ว่าจะเป็น KPI กระทรวง/ เขต/ กรมวิชาการ/ จังหวัด ให้ชัดเจนแก่พื้นที่ก่อนการดำเนินงาน (ภาพที่ 1) ซึ่งตัวชี้วัดจะเป็นการวัดตัวแทนของกลุ่มวัย พื้นที่จำเป็นต้องทราบปัญหาในการดำเนินงานก่อน แล้วจึงนำไปจัดทำแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาตามกลุ่มวัยในพื้นที่ที่มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับดำเนินการ และมีกระบวนการกำกับ และประเมินผล (M&E) การดำเนินงานสำหรับพื้นที่ ควบคู่ไปกับการดำเนินงานของหน่วยงานส่วนกลาง เช่น การตรวจราชการ นิเทศงาน



ภาพที่ 1 แสดงหน่วยงานในแต่ละระดับที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

แนวความคิดการจัดทำแผนงาน 8 กลุ่มวัย

1) กำหนดประชากรกลุ่มวัยเป็นตัวตั้งการดำเนินงาน แทนการยึดโครงการ/กิจกรรมของแต่ละกรมฯ ในแบบเดิม

2) บูรณาการความเชี่ยวชาญของกรมฯ ต่างๆ เพื่อสร้างแผนการดำเนินงานร่วมกัน “แผนสุขภาพกลุ่มวัย” โดยนำผู้เชี่ยวชาญ (Expertise) หรือความเชี่ยวชาญของกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องโดยตรงมาเป็นเจ้าภาพหลักและบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับกรมวิชาการอื่นๆ

3) จัดทำกรอบยุทธศาสตร์กลุ่มวัย เพื่อเป็นแนวทางดำเนินงานแก่ระดับเขต/จังหวัด “ทุกกรมฯ เป็นเจ้าของร่วมกัน แต่มีเจ้าภาพหลัก (Focal point)” โดยกรมวิชาการที่เป็นเจ้าภาพหลักจัดทำแผนยุทธศาสตร์กลุ่มวัย เพื่อนำเสนอนโยบายและแนวปฏิบัติแก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติ

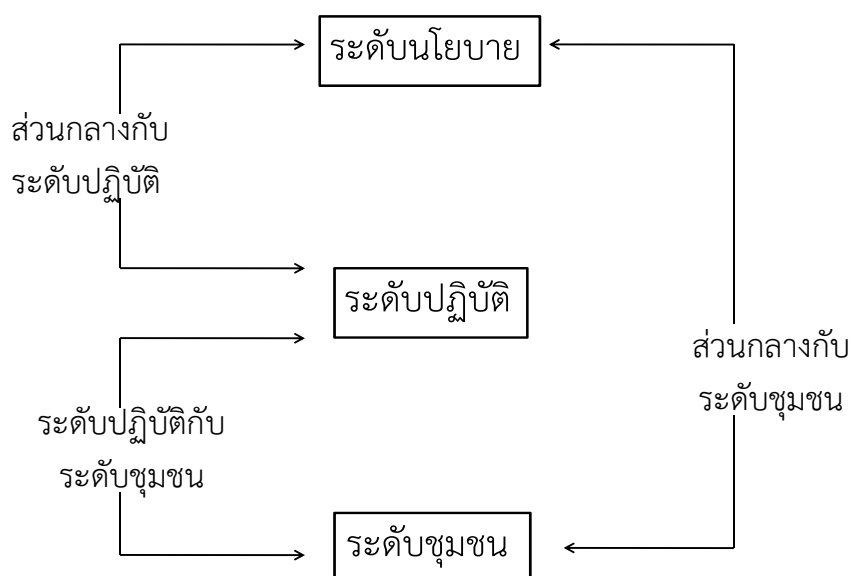
ระดับกิจกรรม กรมฯ มีหน้าที่สนับสนุน และเขต/จังหวัดมีหน้าที่ดำเนินงานตามขั้นตอนการจัดทำแผนงาน 8 กลุ่มวัย ดังนี้

- 1) การประเมินสถานการณ์ ปัญหา และการดำเนินงานที่ผ่านมา
- 2) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จ (Key Success Factor : KSF) และตัวชี้วัด (Key Performance Indicator : KPI)
- 3) กำหนดองค์ประกอบหลัก ยุทธศาสตร์ กลวิธีดำเนินงาน
- 4) ระบุบทบาท/กิจกรรมของ กรมฯ และจังหวัด พร้อมการสนับสนุน

กลไกรองรับแผนงาน 8 กลุ่มวัย

- 1) แผนยุทธศาสตร์ ๘ กลุ่มวัย ระดับกระทรวง
 - ระยะที่ ๑ แผนยุทธศาสตร์ ปี 2556
 - ระยะที่ ๒ แผนยุทธศาสตร์ ปี 2557-2559
- 2) ความร่วมมือในรูปของคณะกรรมการฯ และอนุกรรมการฯ 8 ชุด
 - 2.1) คณะที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญในกระทรวง
 - 2.2) ผู้เชี่ยวชาญภายนอก และภาคส่วนต่างๆ
- 3) งบประมาณร่วมกันของกรมฯ และ สปสช. (National Priority Program : NPP)
- 4) การกำกับ และประเมินผล (M&E)
 - 4.1) กำกับประเมิน “กระบวนการ” และ “ผลลัพธ์”
 - 4.2) การประเมินผลและการวิจัย

ในปัจจุบันระบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งได้เป็น 3 ระดับ (ภาพที่ 2) ที่มีการปฏิสัมพันธ์กัน คือ ระดับนโยบายในส่วนกลาง ระดับปฏิบัติในพื้นที่ และระดับชุมชน ซึ่งเริ่มมีความเข้มแข็งและมีประสบการณ์ด้านสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและรับผลจากการปฏิบัติสูงขึ้นด้วย



ภาพที่ 2 แสดงระบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

สำหรับหน่วยงานระดับนโยบายหรือระดับส่วนกลางที่มีภารกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมิได้มีแต่กระทรวงสาธารณสุขที่เป็นเจ้าภาพหลักเช่นในอดีตเท่านั้น แต่บทบาทด้านสุขภาพได้กระจายออกไปยังหน่วยงานที่หลากหลายมากขึ้น เรียกได้ว่า Multiple key actors อาทิเช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ

สิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

ส่วนระดับปฏิบัติ ได้แก่ หน่วยที่รับนโยบายและแนวทางต่างๆ มาปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรม กลไกหลักจะประกอบด้วยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ศูนย์วิชาการของกรมวิชาการต่างๆ ที่ตั้งอยู่ในส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ/ตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากส่วนกลางหรือระดับนโยบายรู้สภาพความเป็นจริงในกลไกการทำงานในระดับปฏิบัตินี้ จะช่วยให้การกำหนดยุทธศาสตร์และมาตรการต่างๆ ชัดเจนและนำไปปฏิบัติได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

หน่วยงานในระดับท้องถิ่นเริ่มมีบทบาทมากขึ้น ได้แก่ ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อันเป็นผลจากทิศทางและนโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ทั้งจากกฎหมายรัฐธรรมนูญ และ พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ. 2542 รูปแบบการกระจายงบประมาณของ สปสช. ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่และตำบล บทบาทและความเข้มแข็งของ อสม. ตลอดจนการเติบโตใหญ่ขององค์กรภาคประชาชนต่างๆ ล้วนส่งผลต่อความตื่นตัวของประชาชนในการดูแลและจัดการสุขภาพในชุมชนของตนเองทั้งสิ้น

ความสามารถในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ คือ ปัจจัยสู่ความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคเชิงรุก (ภาพที่ 3) หน่วยปฏิบัติในพื้นที่ทุกระดับควรให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพ ที่แท้จริงในพื้นที่เป็นหลัก สามารถใช้ข้อมูลสารสนเทศประกอบการตัดสินใจ รวมทั้งอาศัยองค์ความรู้ที่ละเอียดลึกซึ้งในการกำหนดกลยุทธ์ดำเนินการ และทำงานประสานสอดคล้องกันกับทุกฝ่าย ทุกระดับให้สามารถเชื่อมโยงผสมผสานแนวคิด องค์ความรู้ เข้ากับบทบาทและทรัพยากรของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดการจัดการอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้ “แผนบูรณาการเชิงรุก” เป็นเครื่องมือ

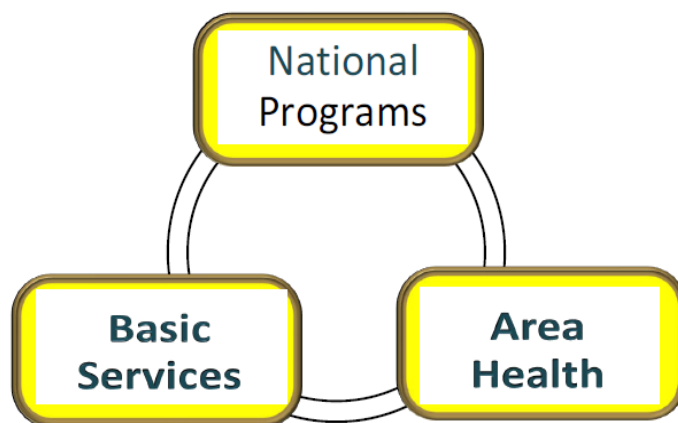


ภาพที่ 3 แสดงที่มาและความเชื่อมโยงของแผนจังหวัด

2.1.2 ความร่วมมืองานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปัจจุบัน (Promotion and Prevention Model)

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เห็นชอบร่วมกันในการขับเคลื่อนแนวทางการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีโครงสร้างการดำเนินงานตามลักษณะการดำเนินงานและความรับผิดชอบที่แตกต่างกัน กล่าวคือ มีคณะกรรมการระดับประเทศเพื่อกำหนดทิศทางนโยบาย และยุทธศาสตร์ มีการบริหารจัดการโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของส่วนกลาง เขต/เครือข่าย และจังหวัดอย่างชัดเจน ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แบ่งตามลักษณะงานเป็น 3 กลุ่ม (ภาพที่ 4) ได้แก่ งานบริการระดับพื้นฐาน (Basic Service) งานที่เป็นนโยบายและความสำคัญระดับชาติ (National Programs) และงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ (Area Health)

กรอบงานส่งเสริมป้องกัน ตามลักษณะงาน



ภาพที่ 4 แสดงกรอบของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามลักษณะงาน

โดยปีงบประมาณ 2556 กระทรวงสาธารณสุข โดยคณะทำงานยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคตามกลุ่มวัยได้ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยระดับกระทรวง โดยการบูรณาการร่วมกันระหว่างกรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 8 แผนงาน ได้แก่

- (1) แผนงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ
- (2) แผนงานการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี อย่างมีคุณภาพ
- (3) แผนงานการดูแลสุขภาพเด็กอายุ 3 – 5 ปี อย่างมีคุณภาพ
- (4) แผนงานการพัฒนาสุขภาพเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพ
- (5) แผนงานการพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ
- (6) แผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- (7) แผนงานการเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็ง
- (8) แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ

2.2 แนวคิด และหลักการติดตามประเมินผล

2.2.1 แนวคิดของการติดตามประเมินผล

ปัจจุบันแนวคิดของการติดตามประเมินผล(Monitoring and Evaluation) จัดได้ว่ามีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้ เช่น เพื่อการติดตามประเมินผลนโยบายและแผนระดับประเทศ หรือต้องการติดตามผลของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

การติดตาม (Monitoring)

1) เป็นการติดตามรับรู้สถานการณ์ที่เป็นจริงในขณะนั้น เน้นความสนใจที่ input, process, output โดยเฉพาะกระบวนการดำเนินงานที่สอดคล้องกับสถานการณ์ดังกล่าว การตรวจสอบปัญหาอุปสรรคและวิธีการแก้ไข

2) ตอบคำถาม“ได้ดำเนินกิจกรรมอย่างไร ?” (How actions have been done?)

การประเมินผล (Evaluation)

1) เป็นการประเมินการบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้

2) ตอบคำถาม “ได้บรรลุผลลัพธ์อย่างไร ?” (How result has been achieved?)

3) เน้นการประเมินผลสัมฤทธิ์และผลกระทบ (Outcome, Impact)

การติดตามประเมินผล (M&E) จึงเป็นกระบวนการสำคัญที่สะท้อนความเป็นไปของสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นข้อมูลย้อนกลับมายังทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะหน่วยงานในส่วนกลาง ทั้งกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช.(Feedback Loop) การติดตามประเมินผลจึงก่อให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

1) สภาพการณ์และปัญหาการบริหารจัดการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ได้รับการนำเสนอตามความเป็นจริง

2) จังหวัดได้รับข้อมูลป้อนกลับที่สะท้อนถึงจุดอ่อนที่ต้องแก้ไข และจุดเด่นที่ควรเสริมเพิ่มพลัง

3) กรมวิชาการในส่วนกลางรับทราบข้อมูลสถานการณ์ปัญหาอุปสรรคของพื้นที่นำมาทบทวนเพื่อปรับเปลี่ยนมาตรการ หรือแผนงานโครงการให้เหมาะสม รวมถึงพิจารณาให้การสนับสนุนและพัฒนาจุดอ่อนในระดับปฏิบัติ

4) ทีมติดตามประเมินผลได้รับประโยชน์จากฐานข้อมูลจริงว่าเกิดอะไรขึ้นกับจังหวัดในเขตรับผิดชอบ และหาวิธีการช่วยเหลือ

อย่างไรก็ดี การติดตามประเมินผลในลักษณะนี้ ควรแยกออกจากรูปแบบการตรวจราชการและนิเทศงานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งวัตถุประสงค์เป็นการลงพื้นที่เพื่อที่จะติดตามและตรวจสอบความก้าวหน้าการดำเนินงานโดยเน้นโครงการที่สำคัญ เน้นการแนะนำให้ความรู้หรือถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติตามที่กำหนดจากส่วนกลาง จึงได้เป็นภาพกว้างเนื่องจากระยะเวลาจำกัด แต่การติดตามประเมินผล (M&E) จะไม่ใช่โครงการเป็นตัวตั้ง แต่ให้ยึดปัญหาสุขภาพเป็นตัวตั้งแทน เพื่อรวบรวมข้อมูลความเป็นไปตามสภาพจริงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เช่น ผู้ปฏิบัติมีวิธีการทำงานและการบริหารจัดการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างไร ปฏิบัติแล้วมีปัญหาอุปสรรคหรือไม่ และได้แก้ไขอย่างไร ซึ่งที่ผ่านมามีการสะท้อนภาพดังกล่าวมาให้เห็นน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการรายงานผลงานตามตัวชี้วัดตามปกติเท่านั้น

2.3 แผนงานการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัย

2.3.1 แผนงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ

1) สถานการณ์

ตารางที่ 1 แสดงสถานการณ์ของหญิงตั้งครรภ์ จำแนกตามเขตเครือข่ายบริการ

ตัวชี้วัด	เขตเครือข่ายบริการ				
	1	6	7	8	12
ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ (60%)	57.94	51.73	66.2	59.5	73.95
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง (90%)	72.47	56.73	81.46	72.5	34.15
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (100%)	89.28	99.63	99.3	100	93.63
ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลหลังคลอด 3 ครั้ง ตามเกณฑ์ (65%)	71.58	67.75	85.5	87.46	78.19
ร้อยละภาวะตกเลือดหลังคลอด (5%)	1.25	1.63	0.83	1.03	1.40
ร้อยละระบบบริการ ANC คุณภาพ (70%)	88	98.61	93.75	97.08	96.65
ร้อยละระบบบริการ LR คุณภาพ (70%)	88.35	98.61	100	97.08	86.27
อัตราตายมารดา (18/100,000 การเกิดมีชีพ)	22.5	14.32	0.02	0.01	35.40

สถานการณ์งานอนามัยแม่และเด็กจากผลการดำเนินงาน พบว่าตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมายได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ 2) การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ 3) อัตราตายมารดา และ 4) หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ยังคงเป็นปัญหาหลักในการดูแลสุขภาพมารดา ปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการมาฝากครรภ์เร็ว และการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการ ข้อจำกัดด้านสภาพภูมิประเทศ เช่น เป็นพื้นที่สูงและห่างไกลและสถานการณ์ความปลอดภัย 2) ความเชื่อและวัฒนธรรมเฉพาะถิ่น 3) หญิงตั้งครรภ์ขาดความตระหนัก 4) ด้านระบบบริการที่ไม่เอื้อ เช่น บางแห่งไม่มีการจัดบริการ ANC บางแห่ง เปิดบริการ 1 วันต่อสัปดาห์ เป็นต้น และ 5) แรงงานย้ายถิ่น

2) แผนงาน/มาตรการแก้ไขปัญหา

ทุกจังหวัดมีคณะกรรมการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล มีคณะกรรมการด้านอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ในการพิจารณาแผนงานโครงการให้สอดคล้องกับเป้าหมายและยุทธศาสตร์งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกระทรวงและของจังหวัดมีการขยายพื้นที่การดำเนินงานตำบลนมแม่ เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว และมีการพัฒนาระบบและศักยภาพของภาคีเครือข่าย การจัดทำคู่มือปฏิบัติการและคู่มือการติดตามและประเมินผล มีการส่งเสริมการบูรณาการตำบลนม

แม่ต้นแบบ (จ.ยะลา) มีแผนบูรณาการเชิงรุก ได้แก่ การบูรณาการแผนงานแม่วัยรุ่น ในหน่วยงานกับงานแก้ไข ปัญหาโรคเอดส์กับองค์กรอื่น (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บ้านพักเด็กและครอบครัว) (จ.ตรัง)

3) คุณภาพของโครงการ

มีการวิเคราะห์ปัญหาของจังหวัด แต่การวิเคราะห์ยังเป็นการวิเคราะห์เชิงปริมาณมากกว่าเชิง คุณภาพ และไม่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพในทุกด้านทำให้แก้ปัญหาได้ไม่ตรงจุดของปัญหา และมีการจัดลำดับ ความสำคัญของปัญหา โดยการมีส่วนร่วมจากตัวแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ

4) กลยุทธ์การแก้ไขปัญหา

(1) พัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านแม่และเด็ก ในรูปแบบเครือข่ายการ ส่งต่อ และการบูรณาการ

(2) พัฒนาระบบบริการด้านแม่และเด็ก โดยยึดนโยบายโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว ระดับทองเป็นแนวทาง

(3) พัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น การอบรม NCPR ทักษะการช่วยคลอดติดไหล่ การป้องกันและการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การ อบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

(4) จัดเวที Case Conference กรณีมารดาหรือทารกเสียชีวิต

(5) ขยายพื้นที่การดำเนินงานตำบลนมแม่สายใยรักแห่งครอบครัว

(6) สนับสนุนให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนวัตกรรม

5) ผลงานที่เป็นเลิศ

ในการดำเนินงานของจังหวัดตามแผนดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ พบว่า หลายจังหวัด มีจุดเด่นในบางเรื่องและสามารถต่อยอดพัฒนาการดำเนินงานได้ แต่จังหวัดที่มีผลงานที่เป็นเลิศ(Best Practice) ยังมีน้อย เช่น

(1) ประสิทธิภาพกลยุทธ์แก้ปัญหาการขาดสารไอโอดีน จังหวัดอุดรธานี ปี 2553-2556

(2) พฤติกรรมบริโภคของมารดาที่มีผลต่อค่า TSH ในทารกแรกเกิด จังหวัดอุดรธานี

(3) การพัฒนาระบบให้การปรึกษาหญิงตั้งครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

(4) การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหารทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย กรณีศึกษาเครือข่าย สาธารณสุขอำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม

6) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การมีคู่มือปฏิบัติงาน มีการดำเนินงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว และการที่ อสม. เป็นกำลังสำคัญในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน

7) ข้อเสนอแนะและข้อค้นพบ

แผนงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ ยังมีปัญหาคุณภาพบริการด้านแม่และเด็กในสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะกระบวนการ ANC LP WCC คุณภาพ ระบบฐานข้อมูล ไม่สามารถประมวลผลและบันทึกไม่ครอบคลุม จังหวัดใช้ Manual จากระบบเดิมคู่ขนานกัน และพบว่าระบบเฝ้าระวังติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง จากโรคประจำตัวในชุมชน ยังไม่เข้มแข็ง

8) ปัญหาและข้อเสนอแนะในปีถัดไป

ควรพัฒนาระบบบริการให้เอื้อต่อการมาฝากครรภ์ และจัดรถออกหน่วยบริการในพื้นที่ ควรเร่งรัดการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน และใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลมากำกับการทำงานจริงจัง และเขตสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการฝากครรภ์คุณภาพ โดยเน้นเรื่องการคัดกรอง

2.3.2 แผนงานการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 2 ปีอย่างมีคุณภาพ

1) สถานการณ์

จังหวัดมีการทบทวนสถานการณ์ปัญหา โดยการนำข้อมูลมาจากหลายแหล่ง ได้แก่ ข้อมูลจากโครงการสายใยรักครอบครัว และจาก 21 อำเภอ พบว่าข้อมูลพัฒนาการสมวัยจากจังหวัดไม่สอดคล้องกับศูนย์อนามัยเขต ยังไม่มีแผนงานสำหรับกลุ่มเสี่ยง ปัญหาส่วนใหญ่มาจากคนขาดความรู้และความตระหนัก ส่วนตัวชี้วัดเชิงระบบผ่านเกณฑ์หมด เนื่องจากมีการพัฒนาศักยภาพคนและระบบอย่างต่อเนื่อง

2) แผนงาน/มาตรการการแก้ไขปัญหา

มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน MCH Board มีการขยายพื้นที่การดำเนินงานตำบลแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว สนับสนุนให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การพัฒนาครอบครัวต้นแบบ และการเลี้ยงลูกอย่างเหมาะสม

3) กลยุทธ์การแก้ไขปัญหา

เป็นการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างแผนงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพ ดังนั้นกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงานจึงเป็นกลยุทธ์ในรูปแบบเดียวกัน

4) ผลงานที่เป็นเลิศ

(1) การที่มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (นพ.สสจ.) เป็นประธาน MCH Board ซึ่งเอื้อต่อการบริหารจัดการ (จ.แพร่)

(2) การพัฒนา Data Center อย่างต่อเนื่อง และเป็นกลยุทธ์หลักเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง (จ.ลำปาง และพะเยา)

(3) การพัฒนางานแม่และเด็กอย่างต่อเนื่อง (จ.เชียงราย)

(4) เน้นการดำเนินงานเชิงรุกในพื้นที่ที่เข้าถึงยาก (จ.เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และน่าน)

5) ข้อสังเกตและข้อค้นพบ

บางพื้นที่ขาดการบันทึกข้อมูล บันทึกไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน จึงไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลมายัง Data Center ของ สสจ. ได้ ทำให้การรายงานต่ำกว่าค่าจริง ไม่สามารถแสดงสถานการณ์ปัญหาที่แท้จริงในพื้นที่ได้ เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรค

6) ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 2 แสดงผลการดำเนินงานตามแผนงานการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 2 ปีอย่างมีคุณภาพ

ตัวชี้วัด	ผลงาน	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
1. ร้อยละของเด็กแรกเกิดจนถึงต่ำกว่า 6 เดือนมีค่าเฉลี่ยกินนมแม่อย่างเดียวไม่น้อยกว่า 50	ผลงานภาพรวมระดับประเทศบรรลุตามเป้าหมายร้อยละ 58.87 โดยมี 2 เขต ที่ผลงานไม่บรรลุตามเป้าหมายคือเขต 4 (43.14%) เขต 11 (45.25%)	<p>ปัญหา : แม่ที่ลาคลอดได้ 3 เดือนไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่อเนื่องครบ 6 เดือน</p> <p>ข้อเสนอแนะ : สอนทักษะแม่ให้บีบเก็บน้ำนม</p>
2. ร้อยละของเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่า 85	ผลงานภาพรวมระดับประเทศบรรลุตามเป้าหมายร้อยละ 95.41	<p>ปัญหา :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ทักษะการคัดกรองประเมินพัฒนาการไม่ถูกต้อง ยังคงใช้การซักถามเป็นหลัก การทดสอบ และสังเกตพฤติกรรมเด็กมีน้อย 2. ผู้รับบริการมีจำนวนมากจึงมีเวลาในการประเมินพัฒนาการน้อยมาก ทำให้ไม่สามารถแยกกลุ่มเด็กปกติและเด็กที่เริ่มมีปัญหาออกมาได้ 3. ไม่มีการสอน พ่อ แม่ และผู้เลี้ยงดูเด็กในการฝึกทักษะเพื่อกระตุ้นพัฒนาการลูก 4. หน่วยบริการรองรับการส่งต่อเพื่อแก้ไขพัฒนาการล่าช้าและไม่ครอบคลุม 5. โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงเป็นเพียงคลินิกจิตเวชขึ้นเท่านั้น <p>ข้อเสนอแนะ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้มีผู้รับผิดชอบงานเฉพาะใน รพ. ทุกระดับ 2. จัดการอบรมความรู้และทักษะการคัดกรองประเมิน แก้ไขพัฒนาการและวิธีการสอน พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการ 3. ขยายจำนวนครั้งของการบริการจากเดือนละ 1 ครั้ง เป็น 2 ครั้ง 4. หน่วยบริการที่เป็นแม่ข่าย (CUP) จัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ช่วย รพ.สต.

ตารางที่ 2 แสดงผลการดำเนินงานตามแผนงานการดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 2 ปีอย่างมีคุณภาพ (ต่อ)

ตัวชี้วัด	ผลงาน	ปัญหา/ข้อเสนอแนะ
		<p>5. จัดให้มีหน่วยแก้ไขพัฒนาการ 1 อำเภอ 1 หน่วยฯ พร้อมแนวทางการส่งต่อแต่ละระดับ</p> <p>6. จัดให้มีชมรมแม่ช่วยแม่</p>
3. เด็กแรกเกิด - 2 ปี มี ส่วนสูงระดับดีและรูปร่าง สมส่วนร้อยละ 70	ผลงานระดับประเทศไม่บรรลุตาม เป้าหมาย (61.51%) เขตที่ ผลงานบรรลุตัวชี้วัด คือเขต 5 ร้อยละ 70.46 (ข้อมูล สนย. 21 แพ้ม.)	<p>ปัญหา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. นิยามใน Template ไม่ชัดเจน 2. ไม่เข้าใจการเก็บข้อมูล โดยบางจังหวัด เก็บเฉพาะส่วนสูงต่อน้ำหนักมาตรฐาน 3. การแก้ไขปัญหามีเฉพาะการให้โภชน ศึกษเท่านั้น 4. เพิ่มภาระ Key data ในโปรแกรมเฝ้า ระวังการเจริญเติบโตในเด็ก 0 - 18 ปี <p>ข้อเสนอแนะ: กรมวิชาการควรจัดทำ รายละเอียดใน Template ให้ชัดเจนและ แจ้งให้จังหวัดทราบต่อไป</p>
4. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมี ปัญหาฟันน้ำนมผุ ร้อยละ 57	ผลงานทั้งประเทศร้อยละ 68.96	<p>ปัญหา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การออกแบบบริการเป็นลักษณะตั้งรับ โดยการบริการในสถานบริการฯ ไม่มี บริการเชิงรุกสู่ชุมชน 2. บุคลากรด้านทันต สาธารณสุขไม่เพียงพอ <p>ข้อเสนอแนะ R&Dเพื่อหารูปแบบบริการ</p>
5. WCC คุณภาพ	ผลงานรวมทั้งประเทศบรรลุตาม เป้าหมาย ร้อยละ 79.3	<p>ปัญหา</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การจัดบริการยังไม่ได้เป้าหมาย รพ.บาง แห่งเป็นเพียงคลินิกฉีดวัคซีน 2. บุคลากรขาดความรู้/ทักษะประเมินฯ และทักษะการสื่อสารของพ่อ แม่ และผู้ เลี้ยงดู <p>ข้อเสนอแนะ กรมวิชาการควรจัดอบรมนัก ส่งเสริมพัฒนาการประจำโรงพยาบาล</p>

2.3.3 แผนงานการดูแลสุขภาพเด็กอายุ 3 – 5 ปีอย่างมีคุณภาพ

1) สถานการณ์

การกำหนดสถานการณ์ปัญหา และกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาของจังหวัดส่วนใหญ่ ใช้ข้อมูลนำเข้า (Input) ประกอบด้วย ฐานข้อมูลโรคและภัยสุขภาพที่เกี่ยวข้องย้อนหลังในปีที่ผ่านมา 2-5 ปี ข้อมูลประชากร สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม พร้อมทั้งนำนโยบายกระทรวง กรม ผสมผสานกับของหน่วยงาน

2) แผนงาน/ มาตรการแก้ไขปัญหา : มีการดำเนินการโดยผ่าน MCH Board

3) คุณภาพโครงการ

กลุ่มเป้าหมายไม่ครอบคลุมกลุ่มเด็ก 3 – 5 ปี ข้อมูลที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นภาพรวมช่วงอายุ 0 – 5 ปี ไม่ได้แยกกลุ่ม 3 – 5 ปีที่ชัดเจน การจัดบริการและการเข้าถึงบริการยังไม่ครอบคลุม โดยการดำเนินงานยังมีเป้าหมายเชิงปริมาณเป็นสำคัญ

4) ผลงานที่เป็นเลิศ

(1) โครงการแก้ไขปัญหาทันตกรรมสุขภาพโรงพยาบาล (จ.กำแพงเพชร)

(2) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กคุณภาพระดับเขต (จ.พิจิตร)

5) ข้อสังเกตและข้อค้นพบ :

พบว่า ผู้ปฏิบัติงานขาดความรู้ ความเข้าใจในการจัดทำแผนงาน และการดำเนินงาน ยังเป็นรูปแบบเดิมไม่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ ภาพรวมปัญหากลุ่มเด็ก 3 – 5 ปี ทุกจังหวัดใช้ข้อมูลนำเข้า เพียงเฉพาะส่วนที่เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ไม่ครอบคลุมภาพรวมที่จำเป็น และโครงการ/ กิจกรรม มีการแยกส่วนการดำเนินงาน

6) ข้อเสนอแนะ : ควรมีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกลุ่มวัยด้วยแผนเขต

2.3.4 แผนงานการดูแลสุขภาพเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพ

1) สถานการณ์

ปัญหาที่สำคัญในกลุ่มเด็กวัยเรียน ได้แก่ ภาวะเด็กอ้วน ภาวะฟันผุในเด็กวัยเรียน การมีรูปร่างที่สมส่วนของเด็กไทย ภาวะการมี IQ/ EQ ของเด็ก โดยแผนงานการดูแลสุขภาพเด็กนักเรียนได้ให้ความสำคัญกับเรื่องความครอบคลุมการรับวัคซีนในเด็กวัยเรียน และการสนับสนุนให้โรงเรียนเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

2) แผนงาน/ มาตรการแก้ไขปัญหา

แผนงานส่วนใหญ่ มีการผลักดันให้มีการบูรณาการงานระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และโรงเรียน มีการผลักดันให้มีการนำชุดเรียนรู้กลาง ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดภาวะอ้วนในเด็ก ไปใช้ในหลักสูตรการเรียนการสอนภายในโรงเรียน ส่งเสริมมาตรการด้านการจัดอาหารกลางวัน อาหารว่างในโรงเรียนเพื่อควบคุมด้านโภชนาการของเด็กในโรงเรียน ส่งเสริมกิจกรรมด้าน IQ/ EQ อย่างบูรณาการ และมีการทำระบบเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก มีการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคด้วยวัคซีน และส่งเสริมให้มีการติดตามการได้รับวัคซีนอย่างต่อเนื่องโดย อสม. และครูในโรงเรียน

3) ข้อเสนอแนะ

- (1) ควรมีโปรแกรมเฝ้าระวังเรื่องการพัฒนาการเจริญเติบโตในเด็ก
 - (2) ควรเปิดโอกาสให้พื้นที่เขตการศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น
 - (3) ควรประสานงานกับกระทรวงศึกษาธิการเพื่อใช้สมุดบันทึกประวัติการได้รับวัคซีน และกำชับให้หน่วยบริการทุกแห่งมีการติดตามการให้วัคซีนในครบถ้วน
- 4) ปัญหา มาตรการแก้ไข และข้อเสนอเชิงนโยบาย

ตารางที่ 3 แสดงปัญหา มาตรการแก้ไข และข้อเสนอเชิงนโยบายของแผนงานการดูแลสุขภาพเด็กนักเรียน
อย่างมีคุณภาพ

ปัญหา	มาตรการแก้ไข	ข้อเสนอเชิงนโยบาย
(1) ลดภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน		
1.การบูรณาการหลักสูตรการเรียนการสอน โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของนักเรียนเพื่อป้องกันภาวะอ้วนยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร	ผลักดันให้มีการนำชุดเรียนรู้กลางไปใช้ในหลักสูตรการเรียนการสอน 8 สาระวิชา	กระทรวงศึกษาธิการ ควรมีนโยบายให้สถานศึกษาทุกแห่ง บูรณาการหลักสูตรการเรียนการสอน 8 สาระวิชา เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาวะอ้วนของเด็กนักเรียน
2.การจัดการด้านอาหารในโรงเรียนยังไม่ได้มาตรฐานด้านโภชนาการ	ส่งเสริมการจัดการด้านอาหาร อาหารว่าง ขนม และเครื่องดื่ม ในและ รอบรั้วโรงเรียนให้ได้มาตรฐานโภชนาการ	ผลักดันให้สถานศึกษามีนโยบาย/มาตรการ/ข้อตกลง กับผู้เกี่ยวข้องจัด/จำหน่าย อาหารที่มีผลดีต่อสุขภาพ (Healthy food) โดยลดการจัดอาหารหวานจัด มันจัด เค็มจัด และเพิ่มการจัดอาหารประเภทผัก ผลไม้
3. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดการด้านอาหารขาดความรู้ และทักษะด้านอาหารและโภชนาการ	ถ่ายทอดองค์ความรู้ด้านอาหาร โภชนาการ และสนับสนุนเครื่องมือในการจัดการด้านอาหาร ให้มีคุณภาพ	พัฒนาศักยภาพครูผู้รับผิดชอบโครงการอาหารกลางวัน แม่ครัว ผู้ประกอบการร้านค้าให้มีความรู้ในการจัดทำอาหารกลางวัน และพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการควบคุมกำกับคุณภาพ
4. การประเมินคุณภาพ กระบวนการ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภคของเด็กนักเรียน	มาตรฐานการประเมินคุณภาพด้านโภชนาการ และพฤติกรรมการบริโภค	พัฒนาคุณภาพ กระบวนการ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการบริโภค

ตารางที่ 3 แสดงปัญหา มาตรการแก้ไข และข้อเสนอเชิงนโยบายของแผนงานการดูแลสุขภาพเด็กนักเรียน
อย่างมีคุณภาพ (ต่อ)

ปัญหา	มาตรการแก้ไข	ข้อเสนอเชิงนโยบาย
(2) เด็กวัยเรียนมีภาวะฟันผุลดลง		
1. การรับรู้และความเข้าใจของครู/ผู้ปกครอง และชุมชน	จัดการอบรม/การประชุมชี้แจง และเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้บทเรียน	สพฐ. ทำหนังสือชี้แจงนโยบาย และจัดทำให้เป็นประกาศ สพฐ.
2. ความร่วมมือของร้านค้า	การทำความเข้าใจของผู้บริหาร และกลไกการบริหารของโรงเรียน	จัดทำแนวทางการจัดอาหารว่างและเครื่องดื่มในโรงเรียน
(3) เด็กไทยมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน		
1. ระบบสาธารณสุขยังให้ความสำคัญกับงานโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่างานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	มีการสื่อสารสาธารณะและสร้างกระแสสังคม เพื่อสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	1. ประสานความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการในเรื่อง - ระบบเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก - โปรแกรมเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก - มาตรฐานการจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างในโรงเรียน
2. ขาดการชี้แจงการดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบลในการส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	ผลักดันให้มีกิจกรรมส่งเสริมเด็กให้มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนไว้ ในแผนของจังหวัด อำเภอ และตำบลในปี 2557	2. ควรนิเทศติดตามกิจกรรมในแต่ละองค์ประกอบของ Flagship ได้แก่ พัฒนาการการเจริญเติบโตและการลดภาวะอ้วน
3. ไม่มีการดำเนินงานส่งเสริมเด็กให้มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่าง สมส่วนที่ชัดเจน	จัดประชุมชี้แจงและพัฒนาศักยภาพ ผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง	
4. การรายงานข้อมูลของจังหวัด ไม่ถูกต้องตามความหมายของตัวชี้วัด	จังหวัดควรตรวจสอบข้อมูลที่อำเภอส่งมาให้ ว่าเป็นข้อมูลเพียงด้านเดียว จึงควรหรือไม่ อำเภอแสดงข้อมูลตามจริง เพื่อไม่ให้ข้อมูลเกิดความผิดพลาด	

ตารางที่ 3 แสดงปัญหา มาตรการแก้ไข และข้อเสนอเชิงนโยบายของแผนงานการดูแลสุขภาพเด็กนักเรียน
อย่างมีคุณภาพ (ต่อ)

ปัญหา	มาตรการแก้ไข	ข้อเสนอเชิงนโยบาย
5. ผู้นิเทศงานกระทรวงสาธารณสุขของศูนย์อนามัยยังขาดองค์ความรู้ด้านโภชนาการในการส่งเสริมเด็กให้มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน	จัดประชุมพัฒนาศักยภาพในการส่งเสริมเด็กให้มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนแก่ผู้นิเทศงานกระทรวงสาธารณสุขของศูนย์อนามัย	
(4) เด็กวัยเรียนมีความฉลาดทางสติปัญญาและอารมณ์		
1. ยังไม่มีระบบการคัดกรองติดตามเด็กที่มีปัญหา ทั้งปัญหาการเรียน ปัญหาทางอารมณ์ และยังไม่มียาระบบเฝ้าระวังอย่างเป็นรูปธรรม	ทำระบบการเฝ้าระวังปัญหา IQ และ EQ	มีนโยบายในการนำระบบการเฝ้าระวังปัญหา IQ และ EQ บรรจุอยู่ในตัวชี้วัดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. พื้นที่ขาดความรู้ในการส่งเสริมพัฒนา IQ และ EQ เด็ก รวมถึงการดูแลเด็กที่มีความต้องการพิเศษ	ให้ความรู้แก่พื้นที่ (ครู/ชุมชน/ผู้ปกครอง) ในการส่งเสริม IQ และ EQ ของเด็ก	มีนโยบายให้ทุกชุมชน ทุกโรงเรียน มีการจัดกิจกรรมการส่งเสริม IQ และ EQ อย่างบูรณาการ
3. พื้นที่ไม่เกิดความตื่นตัว ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและผลกระทบที่เกิดจากปัญหา	ส่งเสริมให้พื้นที่ตระหนักถึงปัญหา และรู้สึกเป็นเจ้าของงาน/กิจกรรมร่วมกัน	มีนโยบายรณรงค์ระดับชาติเพื่อให้ความสำคัญกับการส่งเสริม IQ และ EQ อย่างเข้มข้น และต่อเนื่องในทุกระดับ
(5) ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กวัยเรียน		
1. พบโรงเรียนที่ไม่ได้ให้บริการวัคซีน / ไม่มีหลักฐานยืนยัน/ ให้บริการไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้รับผิดชอบในแต่ละระดับ เพิ่มการตรวจสอบ ควบคุม และกำกับงาน - อบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค - สร้างความตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการป้องกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน 	เพิ่มและรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนตามกำหนดปกติทุกชนิดให้อยู่ในระดับเกินกว่าร้อยละ 90 ยกเว้น วัคซีน MMR ในเด็กอายุ 1 ปี และวัคซีนในนักเรียน (MMR ในเด็กชั้น ป.1 และ dT ในเด็กชั้น ป.6) เกินกว่าร้อยละ 95

ตารางที่ 3 แสดงปัญหา มาตรการแก้ไข และข้อเสนอเชิงนโยบายของแผนงานการดูแลสุขภาพเด็กนักเรียน
อย่างมีคุณภาพ (ต่อ)

ปัญหา	มาตรการแก้ไข	ข้อเสนอเชิงนโยบาย
2. เจ้าหน้าที่ขาดการติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มารับวัคซีนตามเกณฑ์	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้ อสม. มีส่วนช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ในการแจ้งเด็กเกิดใหม่ และเด็กที่ย้ายเข้า - ออก รวมทั้งตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่รับผิดชอบ - สนับสนุนให้ครูในศูนย์เด็กเล็กตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนของเด็ก เพื่อให้เด็กได้รับวัคซีนตามเกณฑ์กำหนด 	<ul style="list-style-type: none"> - กำชับหน่วยบริการทุกแห่งติดตามการให้วัคซีนแก่เด็กก่อนวัยเรียนและเด็กนักเรียนตามกำหนดปกติให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด - ประสานงานกับกระทรวงศึกษาธิการในการใช้สมุดบันทึกประวัติการได้รับวัคซีนเพื่อใช้เป็นหลักฐานการเข้าเรียนชั้น ป.1
(6) โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ		
1. การบูรณาการงานพัฒนาสุขภาพนักเรียนในหน่วยงานสาธารณสุขยังไม่เกิดเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร	หน่วยงานส่วนกลางจัดประชุมกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพนักเรียนเพื่อให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันอย่างกลมกลืน	ประสานความร่วมมือเชิงนโยบายระหว่างฝ่ายสาธารณสุข/การศึกษา/ท้องถิ่น และเครือข่าย เพื่อขับเคลื่อนงานให้เกิดขึ้นจริงและถ่ายทอดสู่ระดับปฏิบัติในพื้นที่
2. โรงเรียนขาดความตระหนักและความเข้าใจทิศทางการพัฒนาสุขภาพนักเรียนแบบองค์รวม และการสนับสนุนทรัพยากรไม่เพียงพอ	จัดเวทีสานสัมพันธ์สร้างการมีส่วนร่วมกับแกนนำชุมชน อปท. และเครือข่ายในระดับพื้นที่ในการพัฒนาสุขภาพนักเรียน และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> - เปิดโอกาสให้เขตพื้นที่การศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น และเป็นพี่เลี้ยงในการขับเคลื่อนงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ - สร้างแรงจูงใจและขวัญกำลังใจสำหรับผู้ปฏิบัติ

2.3.5 แผนงานการพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ

1) สถานการณ์

พฤติกรรมเสี่ยงและปัญหาของวัยรุ่นในพื้นที่ที่เด่นชัด คือปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) สูง การใช้ถุงยางอนามัยลดลง นอกจากนี้ก็มีปัญหาความรุนแรง การใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ ติดเกมส์ และปัญหา IQ และ EQ จากข้อมูลปัญหาจะเห็นว่าปัญหาวัยรุ่นมีความเชื่อมโยงกัน การใช้ยาเสพติด และแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์และความรุนแรง ซึ่งมีการศึกษาพบว่ามักมีการใช้สารเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์ก่อนการร่วมเพศ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันนำไปสู่การติดเชื้อ STI และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซึ่งนำไปสู่การขาดโอกาสในการศึกษาและการทำงานที่มีรายได้ดี ทารกที่เกิดจากแม่วัยรุ่นมักมีความเสี่ยงต่อการมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยและคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้แม่วัยรุ่นยังไม่มีวุฒิภาวะที่ดีพอในการเลี้ยงดูบุตรอีกด้วย

2) แผนงานและมาตรการ การแก้ไขปัญหา

มีการจัดทำแผนการพัฒนาวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ปัญหา/วางแผนการบูรณาการกับภาคีเครือข่าย มีการนำข้อมูลด้านสภาพแวดล้อมและนโยบายที่เกี่ยวข้องมาใช้ โดยมีกลไกขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยใช้ระบบ E-PS และ MIS

3) คุณภาพของโครงการ

ข้อมูลประชากรวัยรุ่นไม่ครอบคลุม ขาดการเชื่อมโยงข้อมูล เช่น ข้อมูลประชากรวัยรุ่นและเยาวชน วิถีชีวิตของวัยรุ่น ข้อมูลสุขภาพและสังคมอื่นๆ รวมไปถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่น และพบว่ากลุ่มเป้าหมายยังไม่ชัดเจน ยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มวัยรุ่น/ กลุ่มปัญหาได้ดีพอ

4) มาตรการแก้ไขปัญหา

ส่งเสริมให้มีบริการเชิงรุก เชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการวางแผนฯ การกำหนดพื้นที่เป้าหมายและกลุ่มเป้าหมาย รวมไปถึงการจัดพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา การสร้างวัฒนธรรม และส่งเสริมให้มีการคืนข้อมูลสู่พื้นที่ การตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาวัยรุ่นและการส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้

5) ผลงานที่เป็นเลิศ

อ.ทับคล้อ จ.พิจิตร ได้จัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายเด็กและเยาวชนต้นแบบด้านสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายในพื้นที่ ทำให้สามารถลดอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจาก 37.62 เป็น 28.07

6) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

การมีสัมพันธภาพที่ดีของเจ้าหน้าที่และคนในชุมชน และการที่ชุมชนมีความเข้มแข็ง คือชุมชนเห็นปัญหา ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหา และร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหา

7) ข้อสังเกตและข้อค้นพบ

การรายงานเป็นกิจกรรม ไม่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ และยังใช้มาตรการเดิมซ้ำๆ ไม่มีประสิทธิภาพ

8) ข้อเสนอแนะ

ขับเคลื่อนการดำเนินงานแผนยุทธศาสตร์ตามกลุ่มวัยให้มี Cross function ในทุกระดับ และการจัดทำฐานข้อมูลประชากรวัยรุ่นทั้งในและนอกระบบการศึกษา

2.3.6 แผนงานการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/ HT)

1) สถานการณ์ปัญหา

โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาอันดับต้นๆ ของโลก โดยสถานการณ์ของประเทศไทยจากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ พบว่า อัตราตายต่อประชากรแสนคนจากโรคที่เป็นปัญหามีแนวโน้มชะลอตัว แต่อัตราการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2551 - 2555 สำหรับในปี 2555 พบว่า มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง คิดเป็น 5.73 และ 12.06 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และมีอัตราผู้ป่วยใน คิดเป็น 1,050.05 และ 1,570.63 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551 - 2552 พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 6.9 ทั้งนี้พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่เป็นเบาหวานไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานมาก่อน และมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานแต่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 3.3 ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเป็นร้อยละ 21.4 โดยพบว่าผู้ป่วยเพศชายร้อยละ 60 และผู้ป่วยเพศหญิงร้อยละ 40 ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมาก่อนและมีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่ได้รับการรักษาร้อยละ 8 - 9 ข้อมูลจากการรายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ พบว่าผู้ชายไทยสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากการติดสุรา อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง โรคเอดส์ มะเร็งตับ และโรคหลอดเลือดหัวใจตามลำดับ สำหรับผู้หญิงไทยมีการสูญเสียปีสุขภาวะสูงสุดจากโรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะซึมเศร้า และโรคหลอดเลือดหัวใจ

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ภายใต้นโยบายที่เกี่ยวข้องของประเทศที่ตอบสนองต่อการป้องกันควบคุมโรค ได้แก่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพทุกช่วงวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยเรียน วัยทำงาน และวัยสูงอายุ และแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทยได้ให้ความสำคัญถึงการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับแผนการบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.2555 - 2558 ที่ให้ความสำคัญเป็นนโยบายเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการ และมีการกำหนดเป็นนโยบายที่สำคัญของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

2) แผนงานและมาตรการการแก้ไขปัญหา

(1) การลดปัจจัยเสี่ยงของประชากรและชุมชน ได้แก่ ตำบลจัดการสุขภาพดี วิชากิจชุมชนยั่งยืน/ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ ศูนย์การเรียนรู้องค์กรต้นแบบไร้พุง/ สถานประกอบการปลอดโรคปลอดภัย ใจเป็นสุข/ สื่อต้นแบบเพื่อสนับสนุนการสื่อสารณรงค์

(2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ คลินิก NCD คุณภาพ, DPAC ฯลฯ

(3) มีการผลักดันกฎหมายด้านบุหรี่ยาสูบและแอลกอฮอล์

3) คุณภาพโครงการ

มีการติดตามประเมินผลเชิงคุณภาพในพื้นที่ มีการจัดทำคู่มือ/ แนวทางการดำเนินการ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- (1) มี NCD Board รับผิดชอบงานที่ชัดเจน
- (2) มีความหลากหลายของสาขาวิชาชีพ
- (3) มีการติดตามการดำเนินงานโดยบุคลากรในพื้นที่

5) ปัญหาอุปสรรค

นโยบายของส่วนกลางที่กำหนดให้จังหวัดดำเนินการมีความล่าช้า และแจ้งในช่วงเวลาไม่พร้อมกัน ทำให้จังหวัดไม่สามารถบูรณาการแผนงาน โครงการ และงบประมาณได้ ระบบข้อมูลด้านการคัดกรอง ไม่สามารถแยกกลุ่มอายุได้ และการแยกข้อมูล 5 กลุ่มเป้าหมายไม่ครบถ้วน

6) ข้อเสนอแนะ : ส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงโดยเน้นเชิงคุณภาพมากขึ้น

2.3.7 แผนงานการเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็ง

1) สถานการณ์ปัญหา

(1) มะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงเป็นอันดับสองของมะเร็งในสตรีไทย แต่หากมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและให้การรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูกตามขั้นตอนที่ถูกต้องเหมาะสมและทันเหตุการณ์แล้ว จะทำให้สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคมะเร็งปากมดลูกลงได้ เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจและสืบค้นได้ตั้งแต่เซลล์เริ่มผิดปกติ การดำเนินโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการรณรงค์ให้สตรีไทยที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป ตรวจร่างกายและตรวจภายในเพื่อสืบค้นหามะเร็งปากมดลูกทุกกระยะ 5 ปี ซึ่งเป็นการดำเนินการตามตัวชี้วัดของแผนงานการเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลการดำเนินงานภาพรวมประเทศ ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมถึงปี 2556 คิดเป็นร้อยละ 68.23 ซึ่งพบว่าทุกเขตฯ ยังมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ คือน้อยกว่าร้อยละ 80 และเมื่อพิจารณารายเครือข่ายบริการ พบว่าเขตที่ทำผลงานได้มากที่สุด คือเขต 2 (76.83%) และเขตที่ทำผลงานได้น้อยที่สุด คือเขต 5 (55.07%)

ผลการดำเนินงานภาพรวมประเทศ สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกกระยะที่ 1 และ 2 (ไม่น้อยกว่า 70) พบว่า ตัวชี้วัดนี้บางเขต/บางจังหวัดยังไม่มีข้อมูล/ไม่มีรายงานในระบบฐานข้อมูล ทำให้บางเขต/บางจังหวัดไม่มีข้อมูลและจะดำเนินการในระยะถัดไป บางจังหวัดอยู่ระหว่างการดำเนินการ และเมื่อพิจารณารายเครือข่ายบริการเฉพาะเขตที่รายงานผล พบว่า เขตที่ทำผลงานได้มากที่สุด คือเขต 3 (79.33%) และเขตที่ทำผลงานได้น้อยที่สุด คือเขต 6 (50.35%)

(2) มะเร็งเต้านม

มะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุการป่วยและตายอันดับ 1 ของสตรีไทย อัตราการป่วยและตายมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2550 ถึง ปี 2554 พบว่ามีอัตราตาย (ต่อแสนประชากร) 5.8, 7.3, 7.3, 7.7 และ 8.4 ตามลำดับ สำหรับอัตราป่วย 37.9, 40.6, 38.4, 55.9 และ 40.84 ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 1) และจากการสำรวจพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทยของสำนักส่งเสริมสุขภาพ ในปี 2555 พบว่าสตรีอายุ 30 - 70 ปี ตรวจเต้านมด้วยเอง ร้อยละ 74 และตรวจเป็นประจำสม่ำเสมอ ร้อยละ 52 แต่ตรวจถูกต้องเพียงร้อยละ 21

จากการดำเนินงานดูแลและเฝ้าระวังสตรีไทยจากมะเร็งเต้านมพบว่าสตรีส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนัก ความรู้และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ไม่มั่นใจการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง และระบบการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ยังล่าช้าในบางพื้นที่

2) แผนงานและมาตรการการแก้ไขปัญหา

1) ดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน 76 จังหวัด และมีการตรวจสอบคุณภาพกระบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- 2) ขยายผลการดำเนินงานให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น
- 3) ตรวจสอบคุณภาพกระบวนการคัดกรองและติดตามผู้ที่มีผลผิดปกติ
- 4) พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน
- 5) สร้างความตระหนักเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3) คุณภาพโครงการ

(1) มีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก สื่อสารประชาสัมพันธ์ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งผลให้อัตราป่วยลดลง

- (2) การถ่ายทอดตัวชี้วัดยังมีความล่าช้า ทำให้พื้นที่ปรับแผนการดำเนินงานไม่ทัน
- (3) ระบบการจัดเก็บข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมและข้อมูลที่ได้ต้องใช้การสำรวจ
- (4) ขาดการติดตามข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : สตรีมีความตระหนักมารับการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง

5) ข้อสังเกต/ ข้อค้นพบ

- (1) มีกลไกการบริหารจัดการที่เน้นการสร้างร่วมมือในทุกฝ่าย
- (2) มีการจัดทำแผนครอบคลุมตามมาตรการที่สำคัญและทันต่อสถานการณ์
- (3) เป็นงานบูรณาการระหว่างมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก
- (4) ควรพัฒนาระบบ Service Plan

6) ปัญหา

- (1) การรายงานผล pap smear มีความล่าช้า
- (2) ข้อมูลการดำเนินงานบางส่วนไม่อยู่ในภาครัฐ ยากต่อการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุมและข้อมูล 21 แฟ้มไม่สมบูรณ์
- (3) แพทย์ไม่ลง Stage ของมะเร็ง และการวิเคราะห์ข้อมูลจากโปรแกรม Cervical Screening ผ่านเว็บไซต์ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยรายใหม่
- (4) ความแตกต่างทางวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่
- (5) สตรีบางส่วนมีความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ถูกต้อง

7) ข้อเสนอแนะ

- (1) เสนอให้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายที่ชัดเจน ให้ทุกสถานพยาบาลสามารถรับผิดชอบการคัดกรองมะเร็งที่ได้ตามมาตรฐาน
- (2) ควรร่วมมือกับผู้นำชุมชนและผู้นำศาสนาเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรองมากขึ้น
- (3) ควรเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพของมะเร็งเต้านม ได้แก่ ขนาดของก้อน และความผิดปกติที่เต้านม เพื่อประเมินประสิทธิภาพของการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและส่งเสริมการสื่อสารประชาสัมพันธ์

2.3.8 แผนงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ

1) สถานการณ์ปัญหา

จากความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบัน ส่งผลให้จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มจากร้อยละ ๑๐.๗ ในปี ๒๕๕๐ หรือ) ๗.๐ ล้านคน เป็นร้อยละ ๑๑.๘ หรือ ๗.๕ ล้านคน ในปี ๒๕๕๓ และร้อยละ ๒๐.๐ หรือ ๑๔.๕ ล้านคนในปี ๒๕๖๘ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๑) นับว่าอัตราการเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ (Aged Society)” เร็วมาก ซึ่งหมายความว่าประเทศไทยมีเวลาสั้นมากที่จะเตรียมการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ องค์การสหประชาชาติให้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนเกิน ๑๐ % หรืออายุ ๖๕ ปีขึ้นไป เกิน ๗ % ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปีเพิ่มเป็น ๒๐ % หรืออายุ ๖๕ ปี ขึ้นไปเพิ่มเป็น ๑๔ % เมื่อแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มตามช่วงวัย พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ ๕๘.๘) เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (๖๐-๖๙ ปี) ร้อยละ ๓๑.๗ เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ ๗๐-๗๙ ปี) และ ร้อยละ ๙.๕ เป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป) ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาสูง สถานการณ์ผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) พบว่า กลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งตนเองได้ (ติดสังคม) มีประมาณร้อยละ ๗๘ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ กลุ่มพึ่งตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีประมาณร้อยละ ๒๐ และผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓ กลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งคนอื่น ร้อยละ ๒

จากการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในเขตบริการสาธารณสุขที่ ๔ ซึ่งรับผิดชอบภาคกลาง ๘ จังหวัด ได้แก่ ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อโยธยา นนทบุรี อ่างทอง นครนายก และปทุมธานีมีข้อมูล

ผู้สูงอายุจากระบบรายงานของจังหวัด ซึ่งเป็นข้อมูล secondary data จากพื้นที่ คุณภาพข้อมูลมีความครบถ้วน โดยมีจำนวนผู้สูงอายุมาก (ร้อยละ ๑๕) จึงเน้นการดำเนินงานเรื่องผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทองมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ ๑๔) มีการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่ที่แตกต่างกัน พบว่ามีผู้สูงอายุติดบ้าน ร้อยละ ๕ ผู้สูงอายุติดเตียงร้อยละ ๒.๕ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๖๒ โดยจังหวัดมีการสำรวจข้อมูลความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ปีละ ๑ ครั้ง ตามนโยบายของกรมอนามัย

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาที่มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์และจัดทำแผนปฏิบัติการ มีการสื่อสารนโยบาย แผนปฏิบัติการลงสู่อำเภอ ตำบล ด้วยการประชุม (ทุกจังหวัด) ยกเว้นจังหวัดลพบุรีที่สื่อสารด้วยวิธีการประชุมและระบบสื่อสารทางไกล(teleconference) พบว่า ผู้สูงอายุไม่ใช่ปัญหาด้านสาธารณสุข ๑ ใน ๕ ลำดับของจังหวัด สำหรับจังหวัดสระบุรี พบว่าปัญหาผู้สูงอายุ เป็นอันดับ ๑ ของจังหวัด และเพื่อแก้ไขปัญหที่อาจจะเกิดกับผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งมีแนวโน้มจะมีผู้สูงอายุมากขึ้น อำเภอและตำบลได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับจังหวัดและแก้ปัญหาตามบริบทของพื้นที่ มียุทธศาสตร์ผู้สูงอายุสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของจังหวัดและยุทธศาสตร์สุขภาพ โดยโครงการผู้สูงอายุเน้นเพื่อตอบตัวชี้วัด แต่ยังไม่มีการรองรับการแก้ไขปัญหาด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ในปี ๒๕๕๖ มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ ๑๓.๑๘ ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายুর้อยละ ๙๑.๕๕ ได้รับการประเมินศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่ม ๑ ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเอง ผู้อื่น และสังคมได้ ร้อยละ ๙๑.๗๔ ผู้สูงอายุกลุ่ม ๒ ช่วยเหลือตนเองและต้องการความช่วยเหลือบ้าง ร้อยละ ๖.๓๔ และผู้สูงอายุกลุ่ม ๓ ซึ่งช่วยเหลือตนเองได้น้อยมากหรือไม่ได้เลย ร้อยละ ๑.๒๖ และเขตนครชัยบุรีมีแนวโน้มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น เช่นเดียวกับภาพรวมในระดับประเทศ

ตัวชี้วัดสำคัญพบว่า ผู้สูงอายุและผู้พิการได้รับการพัฒนาทักษะทางกายและทางใจ ร้อยละ ๙๐.๓๐ (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐) ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ร้อยละ ๗๐.๔๓ (จากตัวชี้วัดที่ ๓๕ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการมากกว่าหรือเทียบเท่าร้อยละ ๓๑) และมีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ๕ แห่ง หรือร้อยละ ๗๑.๔๓ (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ จากโรงพยาบาลตั้งแต่ ๑๒๐ เติงขึ้นไปรวม ๗ แห่ง

ประเด็นสำคัญของการประเมินคือ ทุกจังหวัดมีการเก็บข้อมูลสถานะสุขภาพ มีการคัดกรอง ADL ซึมเศร้า เบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่ยังไม่ครบถ้วน (มีเพียงจังหวัดบุรีรัมย์ที่สามารถคัดกรองทั้งผู้สูงอายุและผู้พิการได้เกือบสมบูรณ์และมีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์) มีการนำนโยบายที่เกี่ยวข้องทุกระดับมาใช้จัดทำแผน ภาครัฐเครือข่ายด้านสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมมากขึ้น แผนยุทธศาสตร์/กลยุทธ์สอดคล้องกับตัวชี้วัดสำคัญระดับประเทศ แต่ยังขาดการตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่เอง การจัดสรรทรัพยากรใช้กลไกการเสนอโครงการ พบว่าสัดส่วนงบประมาณไม่สอดคล้องกับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา อย่างไรก็ตามผู้บริหารทุกระดับได้ให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ มีการจัดโครงสร้างผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนและมีการแสวงหาทรัพยากรจากแหล่งต่างๆ ด้านบริการได้

พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ด้านชุมชนมีการดำเนินงานตำบลต้นแบบด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีศูนย์เรียนรู้และชุมชนต้นแบบ รวมทั้งมีกลไกติดตามประเมินผลการดำเนินงานภายในจังหวัด

2) แผนงานและมาตรการแก้ไขปัญหา

มีการสำรวจ วิเคราะห์สถานการณ์ และมีทิศทางการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน

3) คุณภาพโครงการ

มีข้อมูลเชิงประจักษ์ มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และมีกลุ่มเป้าหมายมีความชัดเจน

4) ผลงานที่เป็นเลิศ

(1) โครงการศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง (จ.ปทุมธานี)

(2) การมี Node Long Term Care (จ.สุรินทร์)

(3) รัฐธรรมนูญสุขภาพ สมัชชาสุขภาพตำบล และบริหารจัดการโครงการเอง (จ.สุรินทร์)

5) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

(1) มีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง

(2) ผู้สูงอายุเป็นฐานของนักรการเมือง

(3) มีตัวแทนระดับจังหวัดจากทุกภาคส่วน จังหวัดมีคณะกรรมการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ

(4) ผู้นำผู้สูงอายุมีศักยภาพและเป็นที่ยอมรับของชุมชน

6) ข้อสังเกต/ ข้อค้นพบ

(1) มีข้อมูล ADL ตามนโยบาย แต่ยังไม่ครบถ้วน

(2) งบประมาณการดำเนินงานยังไม่เพียงพอ

(3) การสร้างและส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้ยังไม่ชัดเจน

(4) ผู้สูงอายุมีบทบาทในสังคม ได้แก่ การส่งเสริมการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมด้วยวิธีอบรม

สั่งสอนเยาวชนในชุมชน และการอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น

7) ข้อเสนอแนะ

(1) ส่งเสริมให้มี Care manager ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) และกลุ่มผู้สูงอายุที่พึ่งคนอื่น (กลุ่มติดเตียง)

(2) ควรแยกข้อมูลการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิต ซึมเศร้า และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้สูงอายุจากประชากรกลุ่มอื่นให้ชัดเจน เพื่อนำมาวิเคราะห์และวางมาตรการการส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสม

2.4 องค์ประกอบคณะกรรมการติดตามประเมินกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคระดับเขต

2.4.1 องค์ประกอบคณะกรรมการติดตามประเมินผลระดับเขต

1) ผู้ตรวจราชการกระทรวงหรือสาธารณสุขนิเทศเป็นประธานคณะกรรมการ

2) ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขตพื้นที่หรือผู้แทน

3) ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยเขตหรือผู้ประสานงานอาวุโสการติดตามประเมินผลของศูนย์อนามัยเขต

- 4) ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตหรือผู้ประสานงานอาวุโสการติดตามประเมินผลของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต
 - 5) ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตเขตหรือผู้ประสานงานอาวุโส การติดตามประเมินผลของศูนย์สุขภาพจิตเขต
 - 6) ผู้แทนกรมการแพทย์
 - 7) นักวิชาการของศูนย์วิชาการเขต
 - 8) หัวหน้ากลุ่มสนับสนุนเครือข่ายบริการที่ 1-12
- ทั้งนี้ ให้ประธานคัดเลือกผู้ทำหน้าที่เลขานุการ และผู้ช่วยเลขานุการตามความเหมาะสม

2.4.2 บทบาทหน้าที่

- 1) ประเมินข้อมูลภาพรวมของจังหวัด โดยพิจารณาจากสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพแต่ละจังหวัด แผนปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และงบประมาณสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคจากทุกแหล่ง
- 2) ศึกษาแนวทางหรือกระบวนการดำเนินงานหรือมาตรการหลักในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคระดับจังหวัด โดยให้เจาะจงแยกศึกษาเฉพาะปัญหาหรือประเด็นตามที่คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขตให้ความเห็นชอบ
- 3) ประเมินภาพรวมการดำเนินงานตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลเฉพาะปัญหาหรือประเด็นที่กำหนด และสรุปเพื่อนำเสนอให้จังหวัดได้รับทราบปัญหาและข้อเสนอแนะ
- 4) รายงานผลการประเมินและข้อเสนอต่อคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคระดับเขต
- 5) สรุปผลการติดตามประเมินผลระดับเขต เพื่อนำเสนอในการติดตามผลการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคระดับประเทศ และเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการบริหารงานในแต่ละพื้นที่

2.4.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

เนื่องจากรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2556 ของกระทรวงสาธารณสุขเป็นการกำหนดแผนงานตามกลุ่มวัยและบูรณาการร่วมกันทุกกรมที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงานในระดับเขตพื้นที่เครือข่ายฯ และระดับจังหวัดได้บูรณาการเป็นแผนงานตามกลุ่มวัยเช่นเดียวกัน ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกัน การติดตามประเมินกระบวนการในปี 2556 จึงได้ปรับเปลี่ยนจากการติดตามประเมินโครงการมาเป็นการติดตามประเมินแผนงานตามกลุ่มวัย

ขั้นตอนการดำเนินงานประกอบด้วย

- 1) ผู้ตรวจราชการกระทรวงแต่ละเครือข่ายบริการฯ พิจารณาคัดเลือกแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย 8 แผนงาน (8 Flagship Projects) จำนวน 2 แผนงาน เพื่อให้ทีมติดตามประเมินฯ ระดับเขต ดำเนินการ M&E ในระดับจังหวัดในเขตพื้นที่ และแจ้งสำนักตรวจและประเมินผล

2) สำนักตรวจและประเมินผลในฐานะผู้รับผิดชอบโครงการ หรือผู้ตรวจราชการ หรือประธานคณะทำงานฯ เพื่อปรับแก้แผนงานที่เครือข่ายบริการฯ คัดเลือก เพื่อให้ทั้ง 8 แผนงานได้รับการติดตามประเมินผลแผนงานละ 1-2 เขต

3) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคจัดอบรมการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่รับผิดชอบการติดตามประเมินกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ระดับเขต 2 รุ่น

รุ่นที่ 1 วันที่ 8 - 10 พฤษภาคม 2556

รุ่นที่ 2 วันที่ 14 -16 พฤษภาคม 2556

4) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคจัดประชุมชี้แจงกรอบการประเมินผลกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2556 ในวันที่ 21 พฤษภาคม 2556 ณ โรงแรมมณเฑียรริเวอร์ไซด์ กรุงเทพฯ

5) เขตพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1 - 12 ดำเนินการติดตามประเมินผลฯ ในระดับเครือข่าย ในช่วงเดือนมิถุนายน - สิงหาคม 2556

6) กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค ร่วมกับสำนักตรวจและประเมินผลจัดประชุมนำเสนอผลการประเมินผลกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2556 วันที่ 16 - 17 กันยายน 2556

2.4.4 รูปแบบการติดตามประเมินผล

1) ระดับจังหวัด

คณะทำงานฯ ลงพื้นที่ในระดับจังหวัดเพื่อติดตามและประเมินกระบวนการดำเนินงานตามแผนงานกลุ่มวัย ครั้งละ 2 วัน โดยมีขั้นตอนการประเมิน ดังนี้ (ตารางที่ 1)

ก. ศักยภาพรวมของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในลักษณะ “แผนบูรณาการเชิงรุก” โดยรวบรวมข้อมูลแผนงาน โครงการ และกิจกรรม เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคในทุกโครงการ และงบประมาณทุกแหล่งที่จังหวัดดำเนินการ

ข. ประเมินแนวทาง กระบวนการดำเนินงาน หรือมาตรการแก้ไขของจังหวัดตามประเด็นปัญหาที่กำหนดไว้ โดยพิจารณาจากแผนปฏิบัติงานของจังหวัด ตลอดจนโครงการที่รองรับการแก้ไขปัญหาในเรื่องนั้นๆ

ทั้งนี้ กรอบการประเมินกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประกอบด้วย

1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาและการดำเนินงานที่ผ่านมา 2) การวางแผนแก้ไขปัญหา และ 3) การนำแผนสู่การปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยมาตรการแก้ไขปัญหาต่างๆ

2) ระดับอำเภอและตำบล

คณะทำงานฯ ประเมินกระบวนการดำเนินงานในระดับอำเภอและตำบลตามแผนงานที่ต่อเนื่องจากระดับจังหวัด โดยสอบถามจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ บุคลากรใน รพ.สต. และผู้รับผิดชอบที่เกี่ยวข้อง และพิจารณาจากแผนงาน/โครงการที่มีอยู่ในระดับอำเภอ ตลอดจนการนำแผนไปปฏิบัติจริง

คณะทำงานฯ สรุปผลการประเมินกระบวนการบริหารงานเป็นรายจังหวัด และจัดทำข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาเสนอต่อผู้ตรวจราชการกระทรวงเขตพื้นที่เครือข่ายนั้นๆ และเตรียมนำเสนอในระดับกระทรวงฯต่อไป

2.5 เอกสาร และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

สิ่งสำคัญของการดำเนินการด้านสุขภาพของประเทศไทย คือทุกฝ่ายต้องมองไปข้างหน้าร่วมกัน นำจุดอ่อนจุดแข็งของแต่ละหน่วยงานมาช่วยกันพัฒนากระบวนการทำงาน โดยยึดตามวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ “ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย ทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน” ปัจจุบันพบว่าโครงสร้างประชากรของประเทศไทยก้าวเข้าสู่กลุ่มวัยผู้สูงอายุ รวมไปถึงการเปิดประชาคมอาเซียน (AEC) ที่ทำให้มีแรงงานข้ามชาติเข้ามาในประเทศไทยมากขึ้น ดังนั้น การทำงานด้านสุขภาพประชาชนจะต้องทำโดยที่ผู้จัดบริการ (รพ. ต่างๆ) และผู้ซื้อบริการ (การรักษาพยาบาลของราชการ ประกันสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ประกันอุบัติเหตุ และประกันเอกชน) ต้องทำงานไปด้วยกัน มีผู้รับบริการ คือ ประชาชน (ประชากรชาวไทย แรงงานต่างด้าว คนต่างด้าว นักท่องเที่ยว) เป็นตัวกลางที่สำคัญมีเป้าหมายร่วมกันและระบบการทำงานที่เชื่อมโยงกัน ได้แก่ การรับฟังความคิดเห็น การกำหนดแผน การทำงาน การประเมินผลสัมฤทธิ์ร่วมกัน และการประเมินซึ่งกันและกันทั้งในระดับประเทศและระดับเขตสุขภาพ

1) ทิศทางการพัฒนาของกระทรวงสาธารณสุข

(1) กำหนดบทบาท 2 ส่วนให้ชัดเจน ได้แก่ National Health Authority (NHA) & Regulator และ Provider (เครือข่ายบริการและหน่วยบริการ)

(2) พัฒนามาบทบาท NHA ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งในเบื้องต้นได้กำหนดเป้าหมายในรูปของตัวชี้วัดระดับกระทรวง (ตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 56)

(3) พัฒนามาบทบาทผู้ให้บริการ (Provider)

- จัดเครือข่ายบริการ และแบ่งเขตพื้นที่เครือข่ายบริการเป็น 12+1 เขต ครอบคลุมประชากรเฉลี่ยเขตละ 5 ล้านคน

- จัดทำ “Service plan” ในแต่ละเครือข่ายบริการฯ ได้แก่ การลงทุนโครงสร้างพื้นฐาน และการขยายบริการ การจัดการเรื่องอัตรากำลังคนและเครื่องมือสำหรับ operation ที่ต้องมีแผนระยะยาว

- กำหนดให้ทุกเขตจัดทำ “แผนสุขภาพเขต” ให้ครอบคลุมแผนบริหารจัดการ แผนบริการ และแผนส่งเสริมป้องกันโรค โดยมุ่งเน้นประสิทธิภาพในการทำงาน

2) การปฏิรูปร่าง P&P ของ สปสช.

มีแผนการดำเนินงานเป็นแผน 5 ปี (2555-2559) เริ่มตั้งแต่วันที่ 21 ตุลาคม 2554 โดยมีทิศทางการดำเนินงาน ดังนี้

(1) สร้างกลไกเสริมการทำงานและกำหนดทิศทางเชิงกลยุทธ์ในส่วนกลางระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช.

(2) พัฒนาโครงสร้างและระบบการจัดการในระดับเขตและจังหวัด (ให้ความสำคัญกับการอำนวยการและการจัดการของจังหวัด) ในระดับปฏิบัติ (DHS) และกองทุนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

(3) ปรับการบริหารงบประมาณ P&P ใหม่ (รับผิดชอบ Coverage ตามกลุ่มอายุและอาชีพ) และเพิ่มงบประมาณ P&P ให้มากขึ้นทุกปี จนถึงร้อยละ 20 ของงบเหมาจ่ายรายหัว ภายใน 5 ปี ให้มีงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาและการจัดการ ซึ่งในปีงบประมาณ 2557 มีงบประมาณพอสำหรับการขยายบริการในพื้นที่มากขึ้น แต่ยังไม่เพียงพอที่จะขยายด้านกำลังคน โดยเป็นงบเหมาจ่ายรายหัว 2,895.09 บาท/UC และงบ P&P 383.61 บาท/UC

3) สรุปกรอบการบริหารงาน PP ร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข – สปสช.

(MOU 17 ธ.ค. 2555 และบอร์ด สปสช. เห็นชอบเมื่อ 7 ม.ค. 2556)

(1) บทบาทกระทรวงสาธารณสุขเป็น National Health Authority & Providers ส่วน สปสช. เป็น National Health Security & Purchaser

(2) ระดับเขตใช้กลไกที่มีอยู่ ได้แก่ คณะกรรมการประสานงานพัฒนางานสาธารณสุขระดับเขต (คปสช.) และคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.) (มี MOU และกลไกหารือร่วมกัน)

(3) กรอบงาน PP 3 กลุ่ม (Basic Service, National Program และ Area Health) เริ่มปี 2557

(4) สำหรับปี 2556 คงกรอบการบริหารงบประมาณ PP ไว้ 5 ส่วน ได้แก่ NPP, PPH, PPA, สนับสนุนส่งเสริม และทันตกรรมส่งเสริม)

สปสช. ได้มีการปรับนโยบายส่งเสริมป้องกันโรคในพื้นที่ สร้างกลไกระหว่าง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข โดยในระยะยาวจะฟื้นฟูและพัฒนาโครงสร้างระบบบริหารจัดการในระดับเขตและจังหวัด ให้ความสำคัญกับการอำนวยการและการจัดการของจังหวัด และปรับปรุงจุดต่อของจังหวัดในเรื่องการส่งต่อการแสวงหาความเสี่ยง และระบบการรักษาซึ่งต้องดำเนินการในระดับเขต กลไกการบริหารระบบระดับเขต มีกลไกหารือ (Negotiation body) ประกอบด้วยผู้แทน คปสช. และ อปสช. ฝ่ายละประมาณ ๕ คน โดยมีประธาน อปสช. และผู้ตรวจราชการ เป็นประธานร่วม เพื่อหารือร่วมกันก่อนจัดทำข้อตกลง (MOU) ระดับเขต ภายใต้กรอบ ๔ ประเด็น ได้แก่ เป้าหมาย/ตัวชี้วัด แผนงาน/กลยุทธ์ การติดตามประเมินผล และรูปแบบการบริหารเงิน P&P ที่เกี่ยวข้อง

- คปสช. มีหน้าที่นำข้อตกลงดังกล่าวไปดำเนินการให้บรรลุตามข้อตกลงผ่านหน่วยบริการในพื้นที่ ทั้งในส่วนขอกระทรวงสาธารณสุข และนอกกระทรวงสาธารณสุข

- อปสช. มีหน้าที่บริหารการสนับสนุนเงินงบประมาณให้กับหน่วยบริการโดยตรง และกำกับติดตามและประเมินผล (M&E) การดำเนินงานตามข้อตกลง

โดย สปสช. ได้เน้นให้มีการบริหารและการปรับงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นหลัก ในเรื่องการติดตามประเมินผล การทำงานตามกลุ่มอายุและกลุ่มอาชีพ ซึ่ง สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ทำงานร่วมกันภายใต้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายตัวชี้วัด แผนการดำเนินงาน การติดตาม และประเมินผลงาน และการบริหารเงินร่วมกัน มีกรอบงานส่งเสริมป้องกัน ตามลักษณะงาน (Health Promotion & Prevention) 3 ส่วน ได้แก่ National Program (NPP), Basic Services (PPE) และ Area Health (PPA) โดยการทำงานนั้นให้เน้นที่ประชาชนเป็นที่ตั้ง ซึ่งกลไกสำคัญ ที่จะทำให้เป้าหมายไปได้ดี อยู่ที่ เขตบริการ โดยมีฝ่ายวิชาการเป็นหน่วยสนับสนุน และ สปสช. จะวัดผลการทำงานโดยอาศัยตัวชี้วัดของ กระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดในแต่ละพื้นที่

4) การติดตามประเมินผล กสร. และ สปสช. ที่จะร่วมกันดำเนินการ

(1) ระดับชาติ: กำหนด KPI (สร.) ให้มีการประเมินผลภาพรวม และการประเมินผลการดำเนินงานระดับเขต ผ่านกลไกการกำกับประเมินผลภายใน และการประเมินผลภายนอก

(2) ระดับเขต: ใช้ KPI ระดับชาติ และ KPI จาก area health needs ให้มีการติดตามประเมินผลร่วมกัน ระหว่าง คปสช. และ อปสช. เป็น ๓ รูปแบบ

- เป้าหมายตามข้อตกลงระดับเขต ด้วยตัวชี้วัด (KPI)
- การกำกับและประเมินผลเชิงคุณภาพ (M&E)
- การติดตามประเมินผลจากภายนอก (External evaluation)

5) ตัวอย่าง Goal 10 ประการ ภายใต้การดำเนินยุทธศาสตร์เขตสุขภาพนครชัยบุรีรินทร์

(1) บริหารจัดการรูปแบบใหม่ Regional Health Commissioning
 (2) มี Service plan ทุกระดับสถานบริการ
 (3) ระบบบริหารจัดการด้านคนแบบ “รวมเขต”
 (4) ระบบบริหารจัดการด้านการเงินอย่างมีประสิทธิภาพ
 (5) พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการดูแลสุขภาพ ร่วมกับ ชุมชน และ อปท.

(6) พัฒนาระบบ Refer ทุกระดับ และ ลด refer out นอกเขต

(7) ลดการ Walk in ในโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)

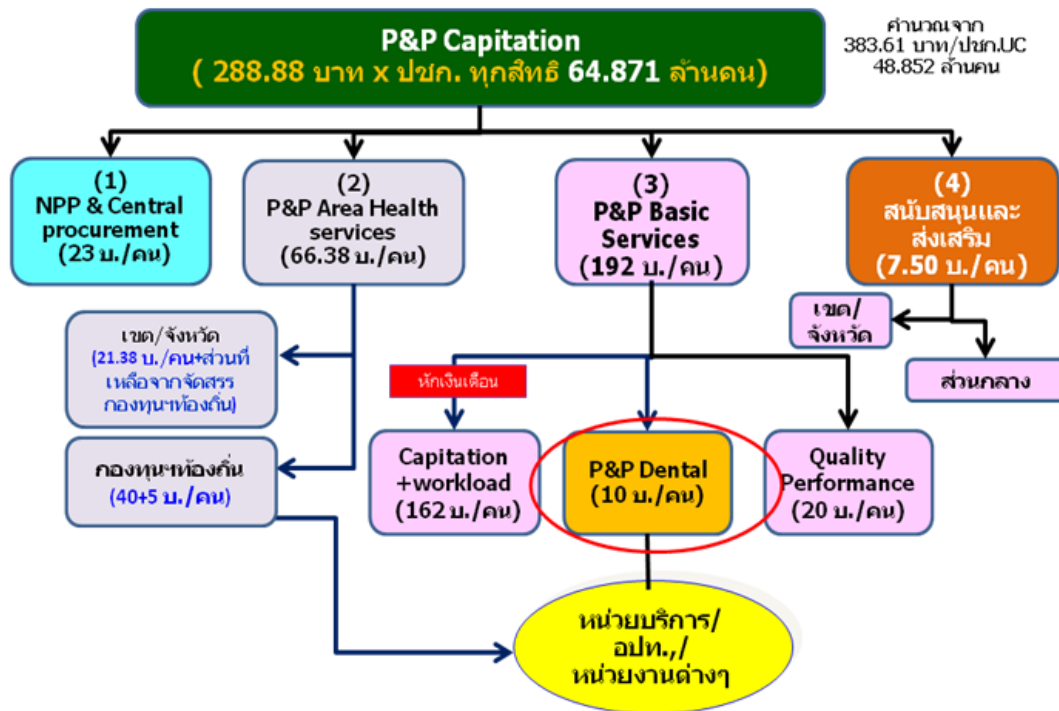
(8) แก้ปัญหาสุขภาพประชาชนอย่างเบ็ดเสร็จตามบริบทและนโยบายภายใต้การดำเนินงาน

Node วิชาการ

(9) ส่งเสริมประชาชนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ Self care

(10) รองรับการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

6) การบริหารงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปี 2557



ภาพที่ 5 แสดงการบริหารงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปี 2557

7) ความท้าทายของการติดตาม กำกับ และประเมินผล (M&E)

(1) ความเปลี่ยนแปลงของการปฏิรูปกระทรวง ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างกลไก หรือวิธีการทำงาน ส่งผลให้มีการแบ่งอำนาจหน้าที่อย่างชัดเจนของกระทรวงฯ กรมฯ และเขต เช่น เขตจะต้องมีการวางแผนการดำเนินงานและมีการบริหารงบประมาณ

(2) วัฒนธรรมการทำงานที่เป็นอยู่ในระดับต่างๆ ไม่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง เช่น การจัดทำโครงการในรูปแบบเดิม ซึ่งการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจำเป็นต้องคิดมาตรการเพื่อการดำเนินงานที่เหมาะสม

(3) ระบบบริหารจัดการ การจัดสรรงบประมาณ และกลไกต่างๆ ที่มีอยู่ในระบบ ควรปรับปรุงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มการติดตาม กำกับ และประเมินผลที่ให้คุณให้โทษแก่พื้นที่มากขึ้น ควรมีการเปลี่ยนแปลงในระดับ CUP และมีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่ากับการดำเนินงาน

(4) สร้างกระบวนการต้นและความเข้าใจเรื่องการติดตาม กำกับ ประเมินผล และการชี้ให้เห็นความสำคัญแก่กลุ่มต่างๆ ทั้งระดับผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติตั้งแต่ส่วนกลางลงไปยังเขต จังหวัด และอำเภอที่ล้วนมีส่วนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

8) ระบบการทำงานในอนาคตกับการติดตาม กำกับ และประเมินผล (M&E)

(1) กรอบแนวทางการทำงานเป็น “กลุ่มอายุ” โดย Board ยืนยันที่จะดำเนินการตามกลุ่มวัย

(2) บทบาทของกระทรวง คือกระทรวงมีบทบาทกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด ซึ่งครอบคลุมการดำเนินงานของกรมฯ เขต จังหวัด และอำเภอ

(3) บทบาทของกรมฯ คือกรมเจ้าภาพหลักต้องกำหนดแนวปฏิบัติของแต่ละกลุ่มวัยสำหรับจังหวัด การติดตาม กำกับ ประเมินผล ด้าน Technical Support โดยทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินภายนอก (External Audit) ที่สามารถพิจารณาประเด็นหรือเรื่องที่มีความสำคัญและจัดทำข้อเสนอแนะ

(4) บทบาทของเขต ซึ่งถือว่าเป็นการจัดรูปแบบ (Body) ใหม่ จากเดิมที่เป็นเพียงผู้ตรวจฯ จะต้องเป็นผู้นำ (Direct) องค์กรในการขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ มีการ Internal Audit และมีศูนย์วิชาการเป็นผู้สนับสนุนวิชาการในการติดตาม กำกับ และประเมินผล โดยสาธารณสุขุณีเทศจะทำหน้าที่ในการตรวจราชการ และ Regulate จากจังหวัดลงสู่อำเภอ และการติดตาม กำกับ และประเมินผลในภาพรวม ซึ่งอยู่ระหว่างการหารือเพื่อหาข้อตกลง และผู้ตรวจราชการจะดำเนินการในฐานะ CEO เขต

(5) บทบาทของจังหวัด คือจังหวัดมีบทบาทในการบริหารจัดการงบประมาณและทรัพยากร เพื่อให้พื้นที่สามารถดำเนินงานได้ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ที่แท้จริง (Outcome) ที่มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ

9) ข้อควรปฏิบัติในการติดตามประเมินผล

(1) เน้นการติดตามกระบวนการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริง (Monitoring) มากกว่าการประเมินผล (evaluation) เช่น ติดตามว่าหน่วยปฏิบัติได้ดำเนินงานอย่างไร มุ่งเน้นกิจกรรมหรือมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของงาน

(2) ไม่ควรยึดโครงการใดหรือตัวชี้วัดใด (KPI) ของส่วนกลางเป็นเป้าหมายในการติดตาม แต่ควรยึดปัญหาในพื้นที่และมาตรการการแก้ไขเป็นตัวตั้ง และพิจารณาโครงการหรือตัวชี้วัดเป็นองค์ประกอบหรือข้อสนเทศในการติดตาม

(3) เรียนรู้ความพยายามของจังหวัดและหน่วยงานพื้นที่ในการตอบสนองปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน จำเป็นต้องบูรณาการกับหลายภาคส่วน และการแก้ไขจะส่งผลกระทบยาวมากกว่าระยะสั้น

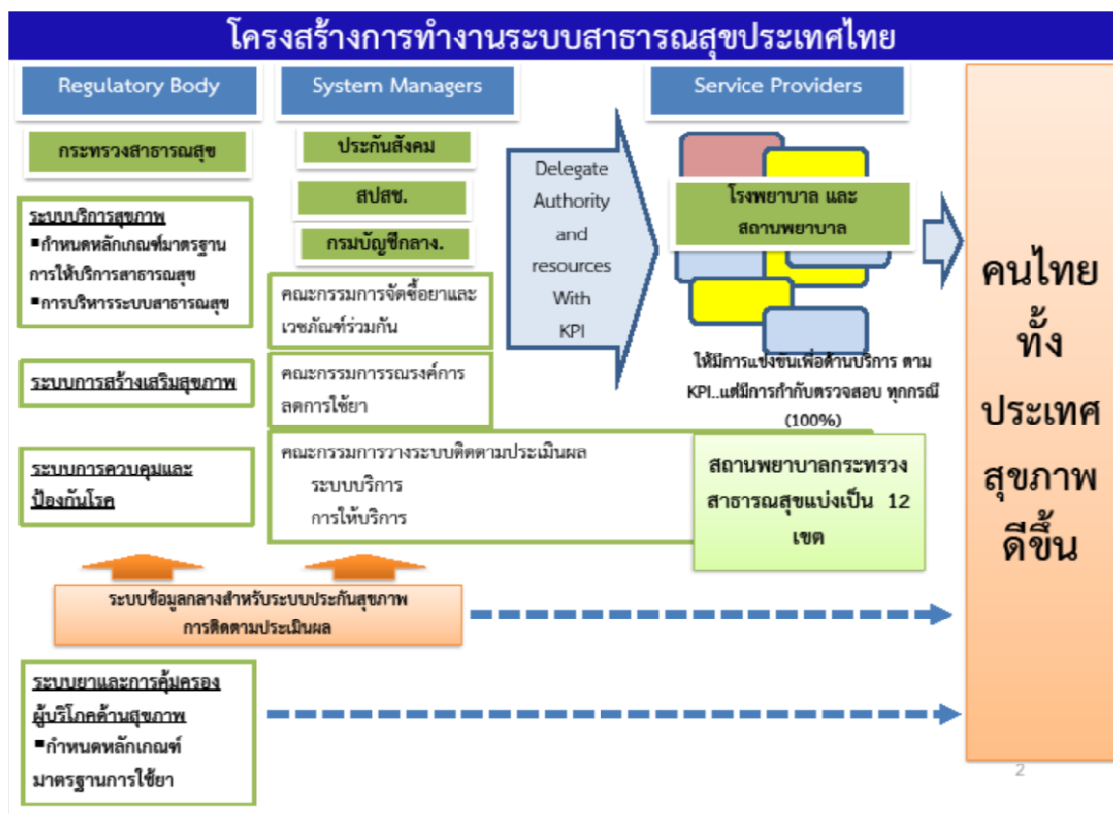
(4) ศึกษาสภาพจริงเชิงประจักษ์ด้วยหลักฐานต่างๆ และด้วยการซักถามข้อมูลมากกว่ารับฟังเพียงการบรรยายสรุป

(5) ผู้ประเมินไม่ควรแสดงบทบาทผู้แทนหน่วยงานของตน หรือสวมบทบาทผู้นิเทศสอนงาน แต่ควรหลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวกับคณะทำงานติดตามประเมินผลระดับเขต ซึ่งมีบทบาทต่างจากสายงานของกรม/ส่วนกลาง ตลอดจนไม่ควรคำนึงแต่ความผูกพันส่วนตนกับผลสำเร็จของงานจังหวัด

2.5.2 การสร้างความเข้มแข็งในยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศของกระทรวงสาธารณสุข

ในระบบ Service plan สถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (ภาพที่ 5) แบ่งเป็น 12 เขต และอีก 1 เขตคือกรุงเทพฯ (Service provider) เพื่อเป็นการดำเนินการในลักษณะของการบูรณาการ เป็นการประหยัดทรัพยากร โดยการเริ่มต้นของการทำงานจะเป็นในลักษณะของการบูรณาการงานร่วมกันเท่านั้น ข้อเสนอเพื่อพัฒนา (ปฏิรูป) บทบาทกระทรวงสาธารณสุข มี 11 + 1 บทบาท คือ (1)กำหนดนโยบาย

ยุทธศาสตร์กลางของประเทศ บนข้อมูลและฐานความรู้ (2)การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ (3)การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (4)การกำหนดมาตรฐานบริการต่างๆ (5)การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ (6)การพัฒนาเทคโนโลยีด้านกฎหมาย เพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพประชาชน (7)การพัฒนางานสุขภาพโลก และความร่วมมือระหว่างประเทศ (8)การกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลของภาครัฐ ท้องถิ่นและเอกชน (9)การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงิน การคลังด้านสุขภาพของประเทศ (10)การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว มีคุณภาพ ใช้งานได้ (11)การกำหนดนโยบายและการจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ และ(12)การพัฒนาเขตสุขภาพ



ภาพที่ 6 แสดงแผนผังโครงสร้างการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย

2.5.3 บทบาทของ Provider ในเขตสุขภาพ

- 1) จัดระบบบริการสุขภาพ 4 มิติ ได้แก่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู รวมทั้งงานคุ้มครองผู้บริโภค
- 2) บริหารจัดการให้เกิดผลลัพธ์ตามเป้าหมายของกระทรวง โดยมีแผนร่วมกัน ดังนี้
 - (1) แผนลงทุนร่วม
 - (2) แผนเงินบำรุงและแผนการใช้งบประมาณ
 - (3) แผนการจัดซื้อยาและวัสดุวิทยาศาสตร์ฯ ร่วม
 - (4) ติดตาม ควบคุม กำกับงานและพัฒนา ปรับปรุง (M&E, Supervisor)

2.5.4 บทบาทของ Regulator ในเขตสุขภาพ

การติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพ/ ท้องถิ่น/ ภูมิภาค/ เอกชน โดยติดตามผลลัพธ์ (outcome) ที่เกิดกับประชาชน ในด้านต่างๆ ได้แก่ กระบวนการที่สำคัญ/ การบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลัง การพัสดุ/ การบริหารบุคคล/ ความโปร่งใส สุจริต โดยกระทรวงสาธารณสุขต้องจัดบทบาทใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับการทำงานในปัจจุบัน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะงานด้านการติดตามและประเมินผลในระดับพื้นที่ ซึ่งปัจจุบันพบว่าฝ่ายที่ปฏิบัติงานและฝ่ายที่ตรวจเป็นฝ่ายเดียวกัน ซึ่งจุดนี้อาจทำให้ผลการประเมินไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงพยายามปรับเปลี่ยนบทบาทเรื่องการติดตามและประเมินผลออกเป็นสองฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายปฏิบัติ (สาธารณสุขนิเทศซึ่งทำหน้าที่ regulate) และฝ่ายตรวจสอบ (ผู้ตรวจราชการทำหน้าที่ provider : CEO) โดยเริ่มต้นดำเนินการกับเขตบริการสุขภาพ 12+1 เขต

2.5.5 กลไกการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ ระดับเขต

การพัฒนาโครงสร้างการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการระดับเขต

1) จัดทำแนวทางการจัดตั้งสำนักงานเขตสุขภาพ (องค์ประกอบด้านคน เช่น Chief Information Officer (CIO), Customer Service Officer (CSO), Chief Financial Officer (CFO) และโครงสร้างงาน)

2) จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขต (Service Provider Board) โดยมอบนโยบายการบริหารแผนงานและข้อมูลระดับเขตในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ/ บริหารการเงิน การคลัง/ บริหารทรัพยากร ฯลฯ

การบริหารร่วม

โดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่ในการวางกรอบภาพใหญ่ ในขณะที่เขตบริการสุขภาพต้องกำกับติดตามในภาพย่อย ซึ่งสำนัก/ ศูนย์วิชาการต่างๆ ทำหน้าที่เป็น Technical support ได้แก่ ให้ข้อมูลทางระบาดวิทยา แก้ไขปัญหาโรคต่างๆ ให้แก่เขตบริการสุขภาพ โดยดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้

- 1) การบริหารแผน: มียุทธศาสตร์และแผนการดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดระดับเขต
- 2) การบริหารทรัพยากรบุคคล: มีการวางแผนกำลังคน โดยวิเคราะห์อัตราากำลัง ความต้องการรายหน่วยบริการ จัดสรรอัตรากำลัง พัฒนาศักยภาพและสมรรถนะบุคลากร การจ้างพนักงาน กระทรวงสาธารณสุข และการกำหนดค่าตอบแทน แรงจูงใจให้ปฏิบัติงานอย่างเป็นธรรมและเหมาะสม
- 3) การบริหารงบประมาณ: มีการบริหารงบ Universal Coverage (UC) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายรายหัว และงบ PP และงบ Non Universal Coverage (Non UC) ในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ และคุ้มค่า โดยส่วนกลางกำหนดวงเงินให้เขตบริหารเอง
- 4) การบริหารงบประมาณ: มีการวางแผนการลงทุนและแผนการใช้ทรัพยากรร่วมกันในเขต
- 5) การบริหารการจัดซื้อจัดจ้าง: มีแผนการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างร่วมกันให้เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะยา และวัสดุวิทยาศาสตร์

การจัดบริการร่วม

- 1) มีแผนการจัดบริการที่บูรณาการครอบคลุม 4 มิติ เพื่อตอบสนองเป้าหมายและตัวชี้วัดตามกลุ่มวัย
- 2) มีแผนการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ 10 สาขาและยกระดับขีดความสามารถของสถานบริการในลักษณะเครือข่ายเชื่อมโยงทุกระดับ (Service Plan) ทั้งในเขตและนอกเขต
- 3) ดำเนินการติดตามและบริหารผลการดำเนินงานตามระยะเวลา
- 4) ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานและการจัดบริการร่วม

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงเป็นอันดับต้นๆ คือ ทุกฝ่ายต้องร่วมกันจัดบริการให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน ให้ยึดการแก้ปัญหาของประชาชนเป็นสำคัญมากกว่าการรับผิดชอบตามตัวชี้วัดกระทรวงฯ เท่านั้น โดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่วางกรอบในภาพกว้าง และสนับสนุนการทำงานของเขต ส่วนเขตให้ลงลึกในรายละเอียดของแต่ละพื้นที่ ในปี 2556 นี้กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าหมาย คือ การดูแลประชากรใน 5 กลุ่มอายุ ซึ่งปัจจุบันเป็นการทำงานแบบแยกส่วน ดังนั้นต้องพัฒนาปรับปรุงให้เป็นการทำงานแบบบูรณาการให้ได้ว่าทำอย่างไรคนจึงจะมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต จุดนี้เป็นสิ่งสำคัญที่แต่ละกรมฯต้องนำไปคิดวิเคราะห์ กรมฯต้องมีเป้าหมายในการกำกับติดตามในภาพกว้าง คือ มองที่ผลสำเร็จของตัวชี้วัด ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ ส่วนเขตก็มีหน้าที่ที่จะต้องดำเนินงานไปในทิศทางของกลุ่มอายุเช่นเดียวกัน และมีการกำกับติดตามงานในระดับของกระบวนการ ดังนั้นการติดตามและประเมินผลของแต่ละระดับจะมีการประเมินที่แตกต่างกันตามความรับผิดชอบและลักษณะงาน ซึ่งอาจต้องวิเคราะห์ระบบงานว่าส่วนใดสำคัญต้องประเมินผล

2.5.6 การประเมินกระบวนการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 เรื่องแผนบูรณาการในภาพรวม

จากข้อมูลสรุปผลการประเมินกระบวนการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปีงบประมาณ พ.ศ.2555 เรื่อง แผนบูรณาการในภาพรวม สรุปภาพกระบวนการจัดทำแผนบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้ดังนี้

การวิเคราะห์สภาพปัญหา/ลำดับความสำคัญของปัญหา

การวิเคราะห์สภาพปัญหา พบว่ากระบวนการวิเคราะห์สภาพปัญหาของพื้นที่ที่มีการดำเนินงานที่หลากหลาย บางจังหวัดไม่มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาในภาพรวมแต่วิเคราะห์รายประเด็นมีบางจังหวัดวิเคราะห์ข้อมูลได้ดี บางจังหวัดไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูล ทำตามผู้บริหารสั่งการ สำหรับการใช้อข้อมูลด้านสุขภาพ ข้อมูลสถิติรายงานต่างๆ ข้อมูลสภาพแวดล้อม ผลการดำเนินงานย้อนหลัง มีการใช้อข้อมูลบ้างแต่ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ มีกระบวนการในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แต่บางจังหวัดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหายังใช้ความรู้สึกเป็นหลักมากกว่าการใช้อข้อมูลเชิงประจักษ์มาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ

การวางแผนบูรณาการแก้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

1) แผนยุทธศาสตร์ พบว่าจากข้อมูลผลการประเมินส่วนใหญ่พบว่ากระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของทุกเขตมีหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งภาครัฐที่เป็นหน่วยงานราชการอื่นๆ ในพื้นที่ ภาคประชาชน ภาคเอกชน และท้องถิ่น มีการแสดงภาพรวมทิศทางพัฒนาและเป้าหมาย กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ กล

ยุทธ์ ตัวชี้วัด มาตรการและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน รวมทั้งการจัดกลุ่มปัญหา ส่วนมากเกือบทุกจังหวัดไม่มีการ แยกแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคออกมา บางจังหวัดไม่มีการทำแผนยุทธศาสตร์ บางจังหวัดแผนมีหลายระดับและไม่ พบข้อมูลว่ามีการบูรณาการการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน

2) แผนปฏิบัติการ พบว่าภาพรวมพบว่าร้อยละ 50 ของจังหวัดมีการเชื่อมโยงของ แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการได้ดี แต่ขาดการวิเคราะห์ความสอดคล้องของแผนกับลำดับความสำคัญ บางจังหวัดจัดทำโครงการ/กิจกรรมเพื่อตอบตัวชี้วัดจากส่วนกลางเท่านั้น ไม่มีโครงการ/กิจกรรมที่จำเพาะ เจาะจงกับการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ มีการระบุจำนวน/แหล่งงบประมาณ ซึ่งส่วนใหญ่จะมีเพียงงบประมาณ จากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีบางจังหวัดเท่านั้นที่มีการ ระบุงบประมาณจากแหล่งอื่น เช่น งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบพัฒนาจังหวัด เป็นต้น และปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผน คือ ผู้บริหารของพื้นที่ ทั้งผู้ว่าราชการจังหวัดและนายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัด หากให้ความสำคัญแผนปฏิบัติการจะสามารถบูรณาการการแก้ไขปัญหาได้ดี

กลไกการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติ

ทุกเขตส่วนใหญ่มีการกำหนดตัวชี้วัด มีระบบการกำกับ ติดตาม มีการรายงานผล ตามระยะเวลาที่กำหนด และมีการนิเทศงานที่ชัดเจน แต่ขาดการวิเคราะห์ภาพรวมของความก้าวหน้าของงาน

การบริหารจัดการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของจังหวัด

ทุกจังหวัดของทุกเขตมีการจัดโครงสร้างงานที่รับผิดชอบชัดเจน ซึ่งได้แก่กลุ่มพัฒนา ยุทธศาสตร์ของจังหวัดเป็นแกนหลักแต่ยังขาดความเข้มแข็ง มีการแสวงหางบประมาณจากแหล่งอื่นๆ นอกเหนือจากสำนักงานปลัดกระทรวงฯ และ สป.สช. เช่น งบของกรมวิชาการ งบพัฒนาจังหวัด งบองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น งบจากภาคเอกชน มีข้อมูลงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค แต่ไม่สามารถ ระบุสัดส่วนของงบประมาณได้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนางานเป็นรายประเด็น ส่วนใหญ่ใช้ กระบวนการประชุม มีบางจังหวัดเท่านั้นที่ใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างจริงจัง และการให้ ความสำคัญของผู้บริหารมีส่วนน้อยที่นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหรือนายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกันมา ดำเนินการเอง

ข้อค้นพบจากกระบวนการประเมิน

ข้อดี : ช่วยกระตุ้นการทำแผนของจังหวัด และจังหวัดสามารถใช้กรอบการประเมิน เป็นแนวทางในการพัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของจังหวัด

ข้อด้อย : การตีความหรือการนิยามศัพท์ยังไม่ชัดเจน ถึงแม้จะมีการประชุมชี้แจง บางเขตไม่มีผู้แทนมารับฟัง ทำให้ความเข้าใจไม่ตรงกัน บางประเด็นของกรอบการประเมินต้องใช้รายละเอียด เชิงลึก ใช้เวลาในการจัดเก็บ/ประเมิน ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ เก็บยากต้องใช้เวลา ช่วงระยะเวลาออกประเมินมี น้อย เป็นภาระต่อจังหวัดเมื่อมีการประเมินทับซ้อน

ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการประเมิน

- 1) ควรชี้แจงการประเมินที่ชัดเจนภายในไตรมาสที่ 2 ของปีงบประมาณ
- 2) ควรชี้แจงกรอบการประเมินให้จังหวัดรับทราบช่วงต้นปีงบประมาณ

3) สร้างและพัฒนา ทีมประเมินให้เข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- 1) ผู้บริหารระดับพื้นที่ต้องให้ความสำคัญอย่างจริงจัง
- 2) กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์ของจังหวัดเป็นแกนหลักในการจัดทำแผน และบริหารงบประมาณจากทุกแหล่ง
- 3) ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลที่รอบด้าน ใช้ข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อค้นหาปัญหาของพื้นที่
- 4) ส่วนกลางควรลดจำนวนตัวชี้วัดลง และควรมีหน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบในการวิเคราะห์และติดตามความสอดคล้องของแผนและผลการดำเนินงาน

2.5.7 การติดตามและประเมินผลกระบวนการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2555 ประเด็น โรคไม่ติดต่อ (NCD)

สถานการณ์การดำเนินงาน

- 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา ทุกจังหวัดมีการใช้ข้อมูลที่หลากหลาย ส่วนใหญ่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณจากระบบรายงานต่าง ๆ (เช่น เขต 1, 2, 3, 6, 9, 12, 13, 14, 16, 17, 18) การบูรณาการข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานอื่นยังมีน้อย (เขต 8, 10)
- 2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ใช้การมีส่วนร่วมจากตัวแทนของหน่วยงานในระดับจังหวัด และบางอำเภอ ตำบลให้เวทีประชาคมหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วม โดยพิจารณาจากขนาดของปัญหา ความรุนแรง ความเป็นไปได้และความตระหนักของชุมชน/เครือข่าย (เช่น เขต 3, 4, 5, 6, 9) โดยบางจังหวัดใช้นโยบายของกระทรวงเข้ามาเป็นหลักในการจัดลำดับความสำคัญ (เช่น เขต 2, 3)
- 3) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหา ส่วนใหญ่ใช้การมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายด้านสาธารณสุข และใช้ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทยเป็นแนวทางการดำเนินงาน และถ่ายทอดสู่ระดับอำเภอ ตำบล (เช่น เขต 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 17) โดยมีคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับจังหวัด/อำเภอ (NCD Board) คณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นกลไกในการนำแผนสู่การปฏิบัติ (เช่น เขต 2, 3, 8, 12, 18)
- 4) การบูรณาการด้านงบประมาณ ส่วนใหญ่ระดับจังหวัด อำเภอ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ในขณะที่ระดับตำบล ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล และหน่วยงานท้องถิ่น และภาคเอกชน (เช่น เขต 1, 2, 4, 6, 7, 10, 12, 13)
- 5) การดำเนินการแก้ไขปัญหาในระดับอำเภอมีการบูรณาการระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาล โดยการสร้างเครือข่ายชุมชน อสม. จิตอาสา ในแต่ละประเด็นปัญหา เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (เช่น เขต 4, 6, 11, 13, 18)
- 6) การติดตามผลการดำเนินงาน ใช้การประชุมติดตามงาน การนิเทศงาน การจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

(สสอ.) และโรงพยาบาล การรายงานผลการดำเนินงานผ่านช่องทางต่าง ๆ เช่น Data Center ทุกเดือน ระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อจาก Internet (เช่น เขต 2, 6, 10, 12, 14, 18)

7) ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายตามที่หน่วยงานส่วนกลางกำหนด รวมทั้งกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ ทำให้ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าหลังจัดทำกิจกรรมแล้ว ภาวะสุขภาพของคนในชุมชนเป็นอย่างไร (เช่น เขต 1, 3, 4, 5, 9, 11, 12, 13, 18)

จุดแข็งการดำเนินงาน

- 1) มีการวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยคณะกรรมการฯ ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วน
- 2) มีการวางแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดโดยการบูรณาการทุกภาคส่วน
- 3) มีการถ่ายทอดแผนเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติชัดเจน
- 4) มีการใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ระดับตำบลมากขึ้น
- 5) มีการบูรณาการในระดับอำเภอ/ตำบลชัดเจน

จุดอ่อนการดำเนินงาน

1) การนำข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาประกอบการวิเคราะห์สภาพปัญหายังมีน้อย (เช่น เขต 1, 2, 3, 4, 5, 13)

2) การจัดลำดับความสำคัญใช้การโหวตมากกว่า Evidence based

3) มาตรการการแก้ไขปัญหาส่วนใหญ่ให้น้ำหนักไปที่กลุ่มปกติ กับกลุ่มป่วยเป็นหลัก ในขณะที่กลุ่มเสี่ยงทางพฤติกรรมที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญยังมีกิจกรรมน้อย (เช่น เขต 2, 4, 5, 13)

4) การจัดทำแผนปฏิบัติการเน้นนโยบายเป็นหลักมากกว่าแนวคิดแผนยุทธศาสตร์

5) การแก้ไขปัญหาสุขภาพและการติดตามประเมินผล ในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลให้ความสำคัญกับการตอบสนองนโยบายและตัวชี้วัดของกระทรวงฯ มากกว่าปัญหาสุขภาพในพื้นที่ (เช่น เขต 6, 8, 14, 18)

6) ระบบข้อมูลในปัจจุบันยังไม่สามารถใช้งานได้ครอบคลุม รวมทั้งยังไม่มีกรมประเมินมาตรการที่จังหวัดได้เลือกนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ (เช่น เขต 2, 5, 9, 12, 14, 16)

7) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดขาดความรู้ ความเข้าใจในกระบวนการ/วิธีการทำงาน เทคนิคให้คำปรึกษา และขาดทัศนคติที่ดีในการทำงาน (เช่น เขต 5, 8)

8) การสรุปบทเรียนจากการดำเนินงานเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาปรับปรุงยังมีน้อย

ข้อเสนอแนะ

1) จังหวัดควรติดตามและประเมินผลกระบวนการทำงาน/มาตรการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา เพื่อวิเคราะห์จุดอ่อนและหาแนวทางแก้ปัญหา/พัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงานและมาตรการให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

2) ควรพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่แต่ละระดับในการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับศูนย์วิชาการเขต

3) จัดทำคลังข้อมูลที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์ปัญหาให้เป็นปัจจุบัน และสามารถเข้าถึงได้

4) พัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ เพื่อใช้ในการติดตามสถานการณ์โรคไม่ติดต่อ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) พัฒนาล้างข้อมูลที่เป็นต่อการวิเคราะห์สภาพปัญหาให้เป็นปัจจุบันให้สามารถใช้ข้อมูลร่วมกันได้ทุกระดับ

2) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ควรเป็นหน่วยงานในการพัฒนาศักยภาพของจังหวัด ในการจัดทำแผนบูรณาการเชิงรุก

3) กรมวิชาการที่เกี่ยวข้องควรมีการบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ และเป้าหมายการดำเนินงานให้ชัดเจนก่อนถ่ายทอดลงสู่พื้นที่

4) ศูนย์วิชาการเขตและหน่วยงานส่วนกลาง ควรมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนบูรณาการของจังหวัด

5) พัฒนาศักยภาพที่ติดตามประเมินผลระดับเขตอย่างต่อเนื่องทุกปี

6) ควรกำหนดตารางเวลาที่แน่นอนในการประเมินเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

2.5.8 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันพฤติกรรมวัยรุ่น ประเด็นปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปี 2555

สถานการณ์การดำเนินงาน

1) การนำข้อมูลมาใช้วิเคราะห์สภาพปัญหา

1.1) ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ ส่วนใหญ่เป็น Hospital-base เพื่อนำมาจัดทำแผนและจัดลำดับความสำคัญ

1.2) การนำผลการดำเนินงานปีก่อนๆ มาวิเคราะห์และวางแผนดำเนินการมีน้อย

1.3) หน่วยงานสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน จึงไม่เห็นภาพการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานในระดับจังหวัด เว้นแต่จังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานในการประชุมเพื่อวางแผน

1.4) บางพื้นที่ ไม่เข้าใจว่า วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม (ตามนิยามของ WHO) คืออะไร ทำให้มองไม่เป็นปัญหาหรือกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่คลาดเคลื่อนหรือผิดพลาดไป

1.5) บางพื้นที่ (ส่วนน้อย) นำลักษณะทางภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจและความก้าวหน้าด้านเทคโนโลยีมาร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหา

2) การจัดทำแผนฯ

2.1) ส่วนมากเป็นการทำแผนตามนโยบายและเป็น Top down ลงสู่พื้นที่ให้พื้นที่ดำเนินการ ซึ่งในบางพื้นที่ไม่ได้เป็นปัญหาลำดับต้นๆ ของพื้นที่แต่ก็ต้องดำเนินงานเพราะเป็นงานเชิงนโยบาย

2.2) ส่วนใหญ่เป็นการคิดโดยผู้ปฏิบัติงาน ไม่ใช่มาจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียได้แก่ วัยรุ่นและครอบครัว เป็นต้น การวางแผนแก้ปัญหาจากมุมมองของผู้ที่ไม่ใช่กลุ่มที่เป็นปัญหา

2.3) ไม่ปรากฏการทำแผนการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน

3) มาตรการการแก้ปัญหาสู่การปฏิบัติ

3.1) หน่วยงานสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินงาน

3.2) เน้นการมีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษารอบด้าน การจัดค่าย
แกนนำเยาวชน การรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย การมีมุมหรือคลินิกเพื่อนใจวัยรุ่น

3.3) การดำเนินงานส่วนใหญ่ มุ่งไปที่กลุ่มวัยรุ่นทั้งหมด โดยไม่มีการมีส่วนร่วม
ร่วมของครอบครัวหรือผู้ที่อยู่กับปัญหา

4) การติดตามประเมินผล

4.1) มีการติดตามผลการดำเนินการเชิงปริมาณได้แก่ จำนวนกิจกรรม
จำนวนผู้เข้าร่วมประชุม งบประมาณที่ใช้ ฯลฯ แต่ไม่ปรากฏการติดตามผลดำเนินการเชิงคุณภาพและการ
ติดตามในระยะยาว

4.2) ไม่ปรากฏการกำหนดเป้าหมายที่ท้าทายของพื้นที่ หรือ การวางแผน
เพื่อการติดตามผลในปีต่อไป

5) ด้านบริหารจัดการ

5.1) ระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขขาดการประสานความร่วมมือ
กับกระทรวงอื่นๆ และยังไม่มีการบูรณาการร่วมในเชิงองค์ความรู้ กลยุทธ์ มาตรการ และวิธีดำเนินงาน ไปใน
ทิศทางเดียวกัน

5.2) การดำเนินงานส่วนใหญ่หน่วยงานด้านสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ
กิจกรรม/โครงการที่มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน มีลักษณะการดำเนินงานแยกกันคิดแยกกันทำ

5.3) ด้านภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด/อำเภอ มีการบูรณาการแผนจากทุก
ภาคส่วนไม่ต่อเนื่อง

5.4) งาน PP Basic Service ถูกลดความสำคัญลง เนื่องจากไม่ถูกจัดเป็น
ตัวชี้วัด หน่วยงานมุ่งเน้นทำงานเชิงนโยบายเร่งด่วนมากกว่า

5.5) งานอนามัยโรงเรียน ซึ่งสามารถเชื่อมโยงเข้ากับการป้องกันพฤติกรรม
เสี่ยงของวัยรุ่นได้ถูกลดบทบาทลง

6) เครื่องมือและแนวทางการใช้เครื่องมือ

6.1) กรอบการประเมินสามารถนำไปใช้ได้จริงและครอบคลุมทุกประเด็น

6.2) มีการประเมินทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

6.3) มีเครื่องมือที่ครอบคลุมทั้ง Input Process Output และ Outcome

7) ทีมผู้ประเมิน

7.1) บางคนยังไม่มีประสบการณ์เชิงลึกและไม่ใช่ว่าผู้รับผิดชอบเรื่องวัยรุ่น

โดยตรง

7.2) ระยะเวลาที่ประเมินค่อนข้างน้อยและเป็นช่วงที่พื้นที่กำลังสรุปผล
การดำเนินงานอื่นๆ ร่วมด้วย

8) อื่นๆ

8.1) การดำเนินงานเกี่ยวกับพฤติกรรมวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นเรื่องใหม่ที่เป็นปัญหาใหญ่มาก แต่ผู้ที่มีความรู้หรือองค์ความรู้เกี่ยวกับวัยรุ่นยังมีน้อยมาก ไม่สอดคล้องกับปัญหาขณะนี้

8.2) ผู้บริหารส่วนใหญ่เล็งเห็นปัญหาแต่ไม่ทราบทิศทางที่แน่นอนว่า ควรจัดการอย่างไร เริ่มต้นที่ไหน เพราะขาดความรู้ความเข้าใจ

8.3) หน่วยงานที่ดำเนินการ ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานทางสาธารณสุข หน่วยงานจากระบบการศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจอย่างเพียงพอ

8.4) การดำเนินการที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่วัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษาซึ่งเน้นเรื่องการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาและการคุมกำเนิด สอนโดยครู ซึ่งครูส่วนหนึ่งไม่กล้าที่จะพูดเรื่องเพศกับเด็ก

8.5) การดำเนินงานทั้งหมดเป็นการดำเนินงาน มุ่งไปที่การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นคือ เน้นที่การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Safe sex) แต่ไม่มีการดำเนินการมุ่งเน้นเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

คุณสมบัติผู้ประเมินควรมีดังนี้

1) มีองค์ความรู้เกี่ยวกับยุทธศาสตร์และวิเคราะห์แผน มีความรู้เชิงกระบวนการ
2) มีองค์ความรู้เรื่องที่จะลงไปประเมิน เรื่องเยาวชน กลุ่มเสี่ยง สถานการณ์ ณ
ปัจจุบัน

3) มีทักษะที่หลากหลาย เช่น ทักษะการเจรจาต่อรอง ทักษะการ Coaching ทักษะการสื่อสารเชิงบวกเพื่อกระตุ้นให้พื้นที่ร่วมคิด ระบาดวิทยาและ Logic Public Health

ข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานในปี 2556

1) ส่วนกลาง

- กรมวิชาการที่เกี่ยวข้องควรร่วมมือกันสร้างและแสวงหาความรู้ใหม่ที่ทันสมัย เชื่อถือ และใช้ได้จริงสนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

- กรมวิชาการที่เป็นหน่วยงานเจ้าภาพควรมีการพัฒนาฐานข้อมูล คลังความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมที่หน่วยปฏิบัติสามารถเข้าถึงเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ได้ง่าย

- ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันพัฒนาศักยภาพทีมประเมินให้รู้จักเชิงเนื้อหา รู้ขีด
เชิงกระบวนการและมีทักษะการประเมินที่เอื้อต่อการประเมินแบบเสริมพลัง และการได้มาซึ่งข้อค้นพบ/
ผลลัพธ์ความสำเร็จเชิงคุณภาพในการดำเนินงานของพื้นที่

2) ระดับเครือข่ายบริการ

- ควรมีการกำหนดค่าเป้าหมายผลลัพธ์ความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (ที่มีการกำหนดจากส่วนกลาง) ที่ท้าทาย ทั้งในระดับเครือข่ายบริการ จังหวัด และพื้นที่
- สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการขับเคลื่อนและการดำเนินงานข้ามพื้นที่ข้ามจังหวัดในเครือข่ายบริการ
- สนับสนุนให้มีการจัดทำคู่มือการบริหารและคู่มือการดำเนินงานในระดับจังหวัด และพื้นที่บนพื้นฐานความสำเร็จจากวิธีปฏิบัติที่ดี (Good Practice) และที่เป็นเลิศ (Best Practices) ของการดำเนินการจริงในพื้นที่

3) ระดับจังหวัดและพื้นที่

- ควรผลักดันเป็นแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และเป็นการดำเนินงานร่วมกันของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน
- ควรให้ความสำคัญกับการเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมาย (วัยรุ่น) และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ครอบครัว, ชุมชน) เข้ามามีส่วนร่วมทั้งในระดับ การให้ข้อมูล การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และการตัดสินใจกำหนดแนวทางการดำเนินงานให้มากขึ้น

2.5.9 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ประเด็นปัญหา ด้านโรคเอดส์ ปี 2555

สถานการณ์การดำเนินงาน

1) จังหวัดส่วนใหญ่มีข้อมูลจำนวนประชากร และสามารถจำแนกกลุ่มประชากรย่อย คือ พนักงานบริการตรงและแฝง โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสถานบันเทิงฯ และข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอชไอวีเฉพาะพื้นที่เป็นส่วนใหญ่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดส่วนใหญ่มีข้อมูลจำนวนประชากร และสามารถจำแนกกลุ่มประชากรย่อยคือกลุ่มชายรักชายทั่วไป/กลุ่มชายแต่งหญิง/กลุ่มชายขายบริการ โดยใช้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนกลุ่มผู้ขายเสพติดชนิดฉีดจังหวัดส่วนใหญ่ไม่มีข้อมูลจำนวนประชากร

2) จังหวัดส่วนใหญ่ มีโครงการเพื่อดำเนินการในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มพนักงานบริการ และแหล่งงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานทั้ง 3 กลุ่มได้จากกองทุนโลกมากที่สุด รองลงมาได้รับงบฯ สนับสนุนจากงบประมาณ P&P

3) จังหวัดส่วนใหญ่มีการดำเนินงานด้วยมาตรการที่มีประสิทธิผล ได้แก่ ชุดบริการป้องกันฯ การประสานงานและเชื่อมโยงบริการระหว่างบริการเชิงรุกและบริการของสถานพยาบาล การสร้างสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมที่ส่งเสริมการเข้าถึงการป้องกันฯ ในส่วนของฝ่ายปกครอง ตำรวจ ชุมชน ส่วนระบบการติดตามและประเมินผล จังหวัดมีการดำเนินในกลุ่มพนักงานบริการ และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย แต่เกณฑ์การประเมินผลยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจนถึงประสิทธิผลที่จะได้รับหลังดำเนินกิจกรรม ส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินผลจากกิจกรรมย่อยในแผนงานโครงการในแต่ละปีเท่านั้น

4) ความเข้าใจและความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน พบว่าผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดส่วนใหญ่มีความเข้าใจ และสามารถดำเนินงานเกี่ยวกับการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ รองลงมาเป็นระดับอำเภอ โดยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม

จุดแข็ง

1) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ในการดำเนินงานทั้ง 3 กลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดต้องอาศัยการดำเนินงานของภาคประชาสังคม

2) การดำเนินงานใช้แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ ไทย ปี ๒๕๕๕-๒๕๕๙ เป็นแนวทางในการดำเนินงาน

3) ผู้ปฏิบัติงานมีความสามารถในการดำเนินงานชุดบริการ การประสานเชื่อมต่อบริการเชิงรุกซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคมกับบริการของสถานพยาบาล ตลอดจนมาตรการการสร้างสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายได้ค่อนข้างดี

จุดอ่อน

1) ประเด็นเรื่องโรคเอดส์ไม่ได้อยู่ในยุทธศาสตร์ของจังหวัดเนื่องจากขาดข้อมูลที่วิเคราะห์ถึงสถานการณ์ที่แท้จริงทำให้ประเด็นเรื่องโรคเอดส์ไม่ถูกยกระดับขึ้นเป็นปัญหาระดับจังหวัด และทำให้ไม่มียุทธศาสตร์รองรับปัญหาด้านนี้อย่างจริงจัง ขาดการทบทวนแผนการดำเนินงาน การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง

2) จังหวัดยังคงใช้ข้อมูลจากระบบรายงานการเฝ้าระวัง และข้อมูลจากการสำรวจจากหน่วยงานเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่แต่ยังขาดข้อมูลที่เกี่ยวข้องเชื่อมโยงจากกระทรวงอื่นๆ เช่น ข้อมูลจากกรมอนามัย แรงงานจังหวัด ข้อมูลตามบริบทของพื้นที่เพื่อนำมาใช้ประโยชน์

3) การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ส่วนใหญ่ยังขาดการบูรณาการแผนการดำเนินงานและงบประมาณ ทั้งในระดับจังหวัด /ระดับอำเภอ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่าย ส่วนใหญ่แต่ละหน่วยงานยังต่างคนต่างทำตามบทบาทหน้าที่ที่ถูกกำหนดโดยส่วนกลาง

4) ไม่มีการสนับสนุนการทำงานจากจังหวัดในการทำงานกับกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดและการสนับสนุนงบประมาณจากแหล่งทุนทั้งของรัฐและเอกชนไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายมุ่งเน้นด้านงานรักษามากกว่าการป้องกัน

ข้อเสนอแนะ

1) ผู้รับผิดชอบงานควรมีการเชื่อมโยงปัญหาความสำคัญกับงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น งานการแก้ไขปัญหาการตั้งครกในวัยรุ่น งานอนามัยโรงเรียน และรื้อเรียงให้เห็นเป็นสภาพการณ์รวมของปัญหา และเสนอเป็นยุทธศาสตร์/นโยบายจังหวัด และควรถ่ายทอดยุทธศาสตร์ ทิศทางนโยบาย สถานการณ์โรคเอดส์ เพื่อให้อำเภอร่วมทำงานในการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์เอดส์ลงไปสู่การปฏิบัติ

2) คณะอนุกรรมการเอดส์ฯ ควรให้ความสำคัญและมุ่งเน้นบทบาทการหนุนเสริมทางด้านเทคนิควิชาการ การติดตามประเมินผล อย่างเป็นระบบ ควรเข้ามามีบทบาทในการเชื่อมประสานงบประมาณและกิจกรรมร่วมกัน

3) ควรเตรียมความพร้อมสำหรับการพัฒนางานหลังกองทุนโลกถอนตัว และควรมีการถอดบทเรียนการดำเนินงานระหว่างพื้นที่ที่มีและไม่มีกองทุนโลกสนับสนุนงบประมาณเพื่อวางแผนเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

4) ควรมีระบบการสนับสนุนงบประมาณที่ชัดเจนแต่ละแหล่งทุนควรมีการประชาสัมพันธ์งบประมาณ การเข้าถึง รวมทั้งระเบียบปฏิบัติ/กติกา/แบบฟอร์ม/การเขียนโครงการตามมาตรฐานสากล

5) มีการทบทวนแผนการดำเนินงานรายไตรมาส ต้องมีแผนการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ และต้องมีการสรุป/ถอดบทเรียนการทำงาน และ/หรือการจัดการความรู้อย่างน้อย 1 - 2 เรื่อง/ปี

2.5.10 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยของพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1-12 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 มีเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

รักใจ บุญระดม และคณะ (2553) ได้ดำเนินการประเมินผลการดำเนินงานนโยบายสร้างสุขภาพจังหวัดจันทบุรี ตามโครงการเมืองจันทน์สุขภาพดี โดยใช้การศึกษาภาคตัดขวางด้วยโมเดลของสแต็ก (Stake's model) ที่ประกอบด้วย การประเมินในด้านปัจจัยนำเข้า ด้านปัจจัยปฏิบัติการ และด้านผลลัพธ์ ซึ่งมีข้อค้นพบที่สำคัญจากผลการประเมินดังนี้

1) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่าโครงการเมืองจันทน์สุขภาพดีเป็นยุทธศาสตร์ที่ถูกบรรจุไว้ในคำรับรองการปฏิบัติราชการของจังหวัดจันทบุรี กับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) ในปี 2552 และได้รับการจัดสรรงบประมาณจากงบประมาณจังหวัด จำนวน 4,760,000 บาท

2) ด้านปัจจัยปฏิบัติการ พบว่าการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติดำเนินการ ภายใต้แนวคิดและหลักการ “ใช้พื้นที่เป็นฐาน บูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สุวิถีชุมชน” และเน้นการบริหารจัดการเพื่อประสานความร่วมมือในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ 6 อ. กำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงาน 5 กลยุทธ์ ได้แก่ สร้างแกนนำและถ่ายทอดความรู้ใน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เสริมศักยภาพและสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และ ภาคีเครือข่าย พัฒนาระบบและเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค พัฒนาคูณภาพระบบ บริหารจัดการและคุณภาพบริการด้านสุขภาพ และพัฒนากลไกการบริหารจัดการ ระบบข้อมูล การนิเทศ ควบคุม กำกับ และประเมินผล

3) ด้านผลลัพธ์ ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2552 พบว่ามีหมู่บ้านสุขภาพดีร้อยละ 10 ตำบลสุขภาพดีร้อยละ 98.68 ซึ่งใกล้เคียงกับที่เป้าหมาย กำหนดไว้ตามคำรับรองฯ ร้อยละ 10 มีตำบลต้นแบบสุขภาพดี 10 ตำบล ครอบคลุมทุกอำเภอ ในจังหวัดจันทบุรี

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การได้รับแรงผลักดัน ในเชิงนโยบาย การได้รับความรู้อย่างสม่ำเสมอ การได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงานทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หน่วยงานภาคี และชุมชน ซึ่งหากขาดปัจจัยในเชิงนโยบายและงบประมาณ อาจเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการดำเนินงานได้

ผลสัมฤทธิ์ที่เป็นรูปธรรมของโครงการเมืองจันทน์สุขภาพดี พบว่าประชาชนมีความตื่นตัวและใส่ใจในเรื่องสุขภาพมากขึ้น มีชมรมออกกำลังกายครอบคลุมทุกตำบล ซึ่งเป็นกลไกสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมออกกำลังกายมากขึ้น ประชาชนได้บริโภคอาหารที่สะอาดและปลอดภัย ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานมากขึ้น เด็กและเยาวชนเป็นแกนสำคัญในการต่อต้านยาเสพติด มีชมรม To Be No 1 ชมรมผู้สูงอายุในทุกตำบล และผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นพลังภาคประชาชนที่สามารถพึ่งพาตนเองได้

อติญาณ ศรีเกษตริน และคณะ (2554) ได้ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2554 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีศึกษา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 สุราษฎร์ธานี มีข้อค้นพบที่สำคัญดังนี้

1) การบริหารงบประมาณการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในแต่ละพื้นที่มีการดำเนินการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่การวางแผนงานโครงการ การ ดำเนินโครงการ และการประเมินผลแผนงาน ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีแนวทางในการดำเนินงานและบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดโดยเน้นการมีส่วนร่วมจากภาคท้องถิ่น และประชาชน เรียนรู้วางแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในลักษณะร่วมกันคิดช่วยกันซึ่งสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยมาตรา 78 (3) กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองท้องถิ่นและตัดสินใจในกิจกรรมของท้องถิ่นได้เองและมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

2) แนวทางการบริหารงบประมาณการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เน้นการจัดทำแผนแบบบูรณาการตามนโยบายรัฐบาลและระเบียบวาระแห่งชาติ โดยมีการจัดสรรงบประมาณ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับจังหวัดจัดสรรตามยุทธศาสตร์และปัญหาสุขภาพของจังหวัด สำหรับระดับอำเภอจัดสรรตามจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและประชากรในอำเภอ โดยทางอำเภอจะต้องจัดทำโครงการส่งมาก่อน ซึ่งโครงการจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่เป็นการบูรณาการกับงบประมาณส่วนอื่นๆเพื่อให้ดำเนินงานได้ครอบคลุม

3) การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการบริหารงบประมาณดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าการมีส่วนร่วมในการบริหารงบประมาณดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยเฉพาะในด้านการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของการบริหารงบประมาณดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอยู่ในระดับมากที่สุด และการมีส่วนร่วมในการเข้าร่วมการประเมินผลการบริหารงบประมาณดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอยู่ในระดับน้อยที่สุด

4) ผลลัพธ์การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพบว่าการดำเนินการตามตัวชี้วัดงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในทุกตัวชี้วัด โดยแต่ละพื้นที่มีผลดำเนินการไม่เท่ากันและในบางตัวชี้วัดไม่มีการติดตามผลภายหลังการดำเนินการ

5) ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษารูปแบบการบริหารการดำเนินการสุขภาพและป้องกันโรคและผลลัพธ์ การดำเนินงานของพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในแต่ละเขตพื้นที่

ประภาส อนันตา และคณะ (2556) ได้ศึกษาเรื่อง รูปแบบการนำแผนเชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของ หน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) การนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติที่เป็นงานเกี่ยวข้องกับสมาชิกขององค์การในทุกระดับ โดยมีผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานต่างๆรับผิดชอบในภารกิจที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานของตน การศึกษาคั้ง นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการนำแผนกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติและประเมินผลแผนเชิงกลยุทธ์หน่วย บริการปฐมภูมิอำเภอเกษตรวิสัย โดยมีข้อค้นพบที่สำคัญคือ รูปแบบการนำแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (PIES) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (P-planning) เป็นขั้นตอนการกำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรมและ มีความพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้

ขั้นตอนที่ 2 การนำแผนไปปฏิบัติ (I-implementation) เป็นขั้นตอนการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายได้แก่ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ จัดทำโครงการต่างๆ ผู้ที่มีหน้าที่ตรวจสอบและประเมินผล ผู้ที่มีหน้าที่ปรับปรุงมาตรฐานขององค์การ บุคคล เหล่านี้จะต้องเข้าใจเรื่องแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการอย่างถ่องแท้เพราะคุณภาพ ประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพของงานย่อมขึ้นอยู่กับระดับของความรู้ความเข้าใจในแผน

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามประเมินผล (E-evaluation) ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการประเมินผล โดยประเมินที่ตัวชี้วัดที่เป็นผล (Results or Lag Indicators) และ

ขั้นตอนที่ 4 ปรับมาตรฐาน (S-standardization) เป็นขั้นตอนที่ควรกำหนดให้มีคณะทำงาน เพื่อติดตามผลการดำเนินงานหากพบว่าผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายต้องพยายามปรับแผนการ ดำเนินงานสามารถผลักดันเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้หากพบว่าผลการดำเนินงานบรรลุ เป้าหมายและพบว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ต่ำต้องพยายามยกระดับเกณฑ์หรือระดับเป้าหมายให้สูงขึ้น

สำหรับผลการปฏิบัติราชการโดยรวมอยู่ในระดับดีมากและดี คิดเป็นร้อยละ 85.29 (29 ตัวชี้วัด) หรือ ระดับคะแนน 4.26 คะแนน ระดับปานกลางและปรับปรุงคิดเป็นร้อยละ 2.94 (1 ตัวชี้วัด) แต่เป็นที่น่าสังเกต ว่ามีตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการที่อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 8.82 (3 ตัวชี้วัด) ได้แก่ตัวชี้วัดที่ 19 ระดับ ความสำเร็จกองทุนหลักประกันสุขภาพผ่านเกณฑ์ระดับ A ขึ้นไป ตัวชี้วัดที่ 21 ร้อยละของมูลค่าการใช้จ่ายแผน ไทยในสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและตัวชี้วัดที่ 29 ร้อยละความสำเร็จของการ จัดการความรู้

2.6 กรอบแนวคิดในการประเมินผล

กรอบการประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยของพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1-12 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ที่สำคัญประกอบด้วย

2.6.1 กระบวนการวิเคราะห์สภาพปัญหา และการดำเนินงานที่ผ่านมา (Situation Analysis & Review Process)

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคในเรื่องใดเรื่องหนึ่งให้เป็นผลสำเร็จนั้น ผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ ต้องมีความเข้าใจต่อสภาพปัญหาในเรื่องนั้นๆ อย่างถ่องแท้ กล่าวคือ ต้องมีข้อมูลสารสนเทศที่สามารถสะท้อนสภาพปัญหานั้นๆ ในพื้นที่ของตน หรือในกลุ่มประชากรเป้าหมายได้อย่างรอบด้าน เพื่อสามารถนำข้อมูลมากำหนดเป้าหมายที่จะเข้าไปดำเนินการได้ถูกต้อง และวางแผนแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หากมองภาพเป็นพื้นที่ตั้งแต่จังหวัดลงไป ปัญหาย่อมมีหลายเรื่องหลายกรณี และมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่ ข้อมูลสารสนเทศระดับจังหวัดจึงต้องจัดแบ่งเป็นข้อมูลภาพรวมที่มองเห็นระดับของปัญหาต่างๆ ตามพื้นที่ เช่น ข้อมูลสภาวะสุขภาพประชากร ข้อมูลสถิติทางระบาดวิทยา ข้อมูลภาวะโรคและภัยสุขภาพ ฯลฯ นอกจากนี้ จังหวัดหรือพื้นที่ยังต้องมีข้อมูลที่แยกตามปัญหา เช่น ข้อมูลที่บ่งชี้ขนาดของปัญหา สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหานั้น ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ตลอดจนข้อมูลผลการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา เป็นต้น

โดยทั่วไป กระบวนการวิเคราะห์สภาพปัญหาที่ต้องมีข้อมูลสารสนเทศที่ชัดเจน แบ่งได้เป็น 2 ส่วน กล่าวคือ

การวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่

1) จังหวัดควรมีข้อมูลที่รวบรวมจากแหล่งต่างๆ ทั้งข้อมูลภาพรวม และข้อมูลเป็นรายปัญหาดังที่กล่าวข้างต้น เช่น ข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพ ข้อมูลการเฝ้าระวังโรค ข้อมูลสภาพแต่ละปัญหา ข้อมูลพฤติกรรมบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนข้อมูลการศึกษาวิจัย เป็นต้น นอกจากนี้ ข้อมูลเหล่านี้จำเป็นต้องผ่านวิเคราะห์และแปรผลข้อมูลอย่างถูกต้อง ตัวอย่างประเด็นการวิเคราะห์ เช่น

2) ขนาด ความถี่ ลักษณะและความรุนแรงของปัญหาแต่ละกรณี

3) ความสัมพันธ์ของปัญหากับพื้นที่ มีการจำแนกตามสภาพภูมิศาสตร์ (พื้นที่หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ) การจำแนกตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย (กลุ่มอายุ เพศ) การจำแนกตามตัวแปรบริบทต่างๆ (เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม)

4) ความสัมพันธ์ของปัญหากับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง เช่น จำแนกตัวแปรที่เกี่ยวข้อง (พฤติกรรม ปัจจัยเสี่ยง)

การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

การประเมินควรพิจารณาให้ครอบคลุมผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในปีที่ผ่านมา ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาเดิมที่ยังแก้ไขไม่ได้ หรือปัญหาที่ยังไม่เปลี่ยนแปลงดีขึ้น ข้อมูลสารสนเทศที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อมูลกิจกรรมบริการ ข้อมูลสถิติผู้ป่วยในสถานบริการ

ข้อมูลระบาดวิทยา ฯลฯ พร้อมทั้งการนำเสนอจุดแข็ง จุดอ่อน และอุปสรรคของการดำเนินงานเพื่อนำมาวิเคราะห์ ปรับปรุงแก้ไข และการกำหนดแนวทางการดำเนินการใหม่ที่คาดว่าจะมีผลต่อการแก้ไขปัญหาได้มากขึ้น

2.6.2 กระบวนการวางแผนแก้ไขปัญหาเพื่อนำสู่การปฏิบัติ (Planning Process & Implementation Process)

ในกระบวนการวางแผนภาพรวม จังหวัดจะต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนด ยุทธศาสตร์หรือแนวทางที่ใช้ในการแก้ปัญหา ประเมินโอกาสและความเสี่ยงต่อความสำเร็จของการแก้ปัญหา คาดการณ์ผลหรือการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นด้วยตัวชี้วัด ตลอดจนการบริหารจัดการงบประมาณจากแหล่งต่างๆ จัดว่าเป็นการวางแผน “ยุทธศาสตร์” ระดับจังหวัด เพื่อเป็นแนวทางการทำงานให้กับฝ่ายต่างๆ และหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แผนยุทธศาสตร์จังหวัดต้องมีลักษณะบูรณาการ ตั้งแต่บูรณาการเชิงยุทธศาสตร์กับสภาพปัญหาพื้นที่ บูรณาการเชิงการบริหารจัดการทรัพยากร และบูรณาการเชิงการกำกับติดตามประเมินผล

เมื่อแผนยุทธศาสตร์มองทิศทางการพัฒนาสุขภาพในภาพรวมของจังหวัด ก็จำเป็นต้องมี “แผนงาน” รองรับการแก้ไขปัญหาเป็นกรณีๆ โดยใช้แต่ละปัญหาเป็นตัวตั้งในการวางแผน เพื่อเป็นกรอบให้หน่วยปฏิบัติได้เห็น “กลยุทธ์และมาตรการ” แก้ไขปัญหาอย่างชัดเจนที่สุด ทั้งนี้ การประเมินแผนแก้ปัญหาดังกล่าวจะพิจารณาว่า แผนมีความชัดเจนเพียงพอและสามารถถ่ายทอดให้หน่วยปฏิบัตินำไปสู่การปฏิบัติเป็นไปตามกลยุทธ์และมาตรการที่กำหนดไว้หรือไม่

การประเมินกระบวนการวางแผน โดยสรุปควรพิจารณาประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องดังนี้

แผนพัฒนาสุขภาพจังหวัด ความสอดคล้องในเชิงยุทธศาสตร์ กับสภาพปัญหาในพื้นที่ แผนพัฒนาสุขภาพของจังหวัดที่ดี ไม่ควรเป็นเพียงแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแต่ฝ่ายเดียว แต่ควรเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เกิดจากบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นภายในจังหวัด รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคม ซึ่งเริ่มมีบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้น เพื่อกำหนดทิศทางที่เป็นเอกภาพในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคภายในจังหวัด ทั้งนี้ แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพย่อมเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาจังหวัด การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด จะต้องบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์ระหว่างนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับประเทศ และสอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพในพื้นที่

แผนบูรณาการเชิงรุกกับการแก้ไขปัญหาพื้นที่ แผนบูรณาการเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ จะต้องยึดปัญหาเป็นตัวตั้ง (Problem-oriented approach) แผนบูรณาการที่ดีจะกำหนดกลยุทธ์และมาตรการรองรับที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพต่อการแก้ไขปัญหา ดังนั้น แผนบูรณาการเชิงรุกจึงประกอบด้วยแผนงานย่อยๆ ตามจำนวนปัญหา จากนั้นจึงแตกเป็นโครงการต่างๆ เพื่อรองรับกิจกรรมของกลุ่มงาน หรือหน่วยปฏิบัติ เช่น การรณรงค์ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การจัดบริการเชิงรุก การให้ความรู้ การอบรมผู้นำชุมชน อสม. ฯลฯ เช่นนี้ แผนบูรณาการย่อมไม่ใช่การรวบรวมโครงการต่างๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและปฏิบัติเกิดความสับสนได้ง่าย ดังนั้นแผนบูรณาการที่ดีควรมีคุณภาพ ให้พิจารณาจากความชัดเจนใน ๓ องค์ประกอบ คือ

(1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาที่ชัดเจนทั้งด้านกว้างและด้านลึก (2) การระบุกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงได้อย่างแยกแยะ (3) การกำหนดกลยุทธ์และมาตรการที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหา

โดยสรุป จังหวัดควรจัดทำแผนบูรณาการเชิงรุก ในระดับจังหวัด และเช่นเดียวกันระดับอำเภอและตำบลควรจัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ และแผนปฏิบัติการระดับตำบลที่สอดคล้องกับกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการระดับอำเภอ

แผนยุทธศาสตร์จังหวัด จากการติดตามประเมินผลที่ผ่านมาพบว่า ทุกจังหวัดมีแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพระดับจังหวัด ซึ่งเนื้อหาส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อมูลสถานะสุขภาพและปัญหาที่สำคัญของจังหวัด ทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ 5-6 ยุทธศาสตร์ เช่น ยุทธศาสตร์ประชาชนได้รับการคุ้มครองภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคส่วนต่างๆ ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ เป็นต้น จากนั้น จังหวัดจะนำแผนยุทธศาสตร์ และการจัดลำดับปัญหาอย่างกว้างๆ ไปสู่กระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติของแต่ละหน่วยงาน และจัดสรรงบประมาณสนับสนุน

จากการวิเคราะห์กระบวนการจัดทำแผนของจังหวัด พบว่าแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัด เป็นเพียงกรอบทิศทางอย่างกว้างๆ เท่านั้น (แผนระดับที่ 1) การแก้ไขปัญหาตามที่แผนยุทธศาสตร์ระบุความสำคัญไว้นั้น แต่ละปัญหาจำเป็นต้องศึกษาวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ควรมีการทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมา และกำหนดกลยุทธ์และมาตรการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ โดยจัดทำแผนงานแก้ไขปัญหาที่มีมาตรการรองรับ (แผนระดับที่ 2) แต่ข้อเท็จจริงกลับพบว่า แผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวยังมีน้อยและจัดกระจาย ไม่ครบถ้วน และขาดการบูรณาการกัน

ข้อสังเกตบางประการต่อแผนยุทธศาสตร์จังหวัดที่ผ่านมา ดังนี้

1) คำว่า “ยุทธศาสตร์” ในปัจจุบันถูกใช้กันอย่างแพร่หลาย จนบางครั้งทำให้เกิดความสับสนได้ง่าย เนื่องจากในคำเดียวกันนี้ดูเหมือนใช้กันหลายความหมาย เช่น หมายถึง ทิศทางการพัฒนาสุขภาพโดยรวมหรือเจาะจงยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาเรื่องหนึ่งเรื่องใด เช่น ยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย ยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจิต ฯลฯ ดังนั้น ผู้ศึกษาและใช้ประโยชน์จากยุทธศาสตร์จึงต้องทำความเข้าใจความหมายที่หลากหลายของคำว่า “ยุทธศาสตร์” และใช้อย่างเหมาะสม

2) กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์จังหวัด ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โดยทั่วไปประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ คือ

2.1) การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่หลากหลายแตกต่างของจังหวัด

2.2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (ข้อสังเกตว่าแต่ละปีลำดับมักจะ

แตกต่างกัน)

2.3) การกำหนดยุทธศาสตร์/กลยุทธ์ขับเคลื่อนในภาพรวม

2.4) การกระจายงบประมาณทั้งหมดในพื้นที่จังหวัด ให้เป็นไปตาม

ยุทธศาสตร์/กลยุทธ์

3) ระดับอำเภอไม่มีความจำเป็นต้องทำแผนยุทธศาสตร์ของอำเภอ เนื่องจากแผนยุทธศาสตร์มิใช่แผนของหน่วยงาน แต่เป็นยุทธศาสตร์ที่กำหนดร่วมกันทั้งจังหวัด เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพของทุกหน่วยงานในจังหวัดเป็นไปในทิศทางเดียวกัน อีกทั้งโครงสร้างทางสังคม ลักษณะประชากร และสภาพปัญหาสุขภาพของแต่ละอำเภอในจังหวัดก็ไม่แตกต่างกันมากนัก เว้นแต่มีข้อมูลระบุว่าการจัดลำดับปัญหา ที่สำคัญในระดับอำเภอนั้นแตกต่างจากจังหวัด

4) การวิเคราะห์แผนยุทธศาสตร์จังหวัดนั้น ส่วนหนึ่งดูได้จากลักษณะการกระจายตัวของงบประมาณ ทั้งจากแหล่งที่มาของงบประมาณ รวมทั้งงบประมาณที่ไม่ผ่านจังหวัด (เช่น งบ Promotion Prevention Expresses demand : PPE ที่ สปสช.โอนตรงให้ CUP หรือ งบ Promotion Prevention Area based : PPA ส่วนที่ สปสช. โอนตรงให้กองทุนตำบล) สัดส่วนการกระจายงบประมาณในแผนงานแก้ไขปัญหาต่างๆ ว่าสอดคล้องกับปัญหาที่จังหวัดให้ความสำคัญหรือไม่ และหากเป็นไปได้ควรวิเคราะห์หลังลึกในแผนงานสำคัญๆ ว่างบประมาณส่วนใหญ่ทุ่มไปที่มาตรการใดเป็นพิเศษ

5) เนื่องจาก สสจ. มีบทบาทหน้าที่ในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพในภาพรวมจังหวัด แม้ว่าสถานการณ์ปัจจุบัน งบประมาณมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบโดยตรงของ สสจ. หมายถึง งบประมาณส่วนหนึ่ง สสจ. เป็นผู้รับผิดชอบในการบริหารและการเบิกจ่าย และงบประมาณอีกส่วนหนึ่งอำเภอและท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบและการเบิกจ่าย (งบ PPE ของอำเภอและงบ PPA กองทุนตำบล) แต่บทบาทของ สสจ. ยังต้องกำกับดูแลการดำเนินงานทั้งจังหวัดให้สอดคล้องกับทิศทาง และบรรลุผลสำเร็จตามที่ควรจะเป็น บทบาทของจังหวัดจึงต้องไม่แยกส่วน หรือยึดเฉพาะกิจกรรมที่มีงบประมาณของตนเท่านั้น โดยถือเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข และกลุ่มงานต่างๆ ของจังหวัด (จุดอ่อนนี้พบได้ในหลายจังหวัด)

6) การเห็นภาพรวมของงบประมาณทั้งจังหวัดในงานส่งเสริมป้องกันมีความสำคัญมาก เนื่องจากจะเป็นหลักประกันในการขับเคลื่อนให้ทุกภาคส่วนไปในทิศทางเดียวกัน เป็นที่สังเกตว่า งบ PPE ซึ่งปี 2555 ถูกแบ่งเป็น 3 ส่วนและโอน 2 ก้อนแรกให้ CUP อำเภอโดยตรง (ส่วนที่เหลือสำหรับ Non-UC โอนให้ สสจ.) มักจะถูกกละเลยมไม่นำมาเป็นงบดำเนินงาน PP ในระดับอำเภอ/ตำบล อีกทั้งจังหวัดมักจะไม่รับรู้และไม่พยายามเข้าไปกำกับดูแล โดยปล่อยให้อำเภอบริหารจัดการงบประมาณกันเอง ความไม่ชัดเจนของยอดงบประมาณที่แท้จริงยังเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยของกลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

7) ในทางปฏิบัติ จังหวัดส่วนหนึ่งมองว่าการมีแผนยุทธศาสตร์จังหวัดนั้นเพียงพอแล้วต่อการทำงานของอำเภอ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้อง จากนั้นจังหวัดจะถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ ที่มีการระบุปัญหาที่มีลำดับความสำคัญ เพื่อให้พื้นที่ไปจัดทำแผนปฏิบัติงาน ซึ่งการมีแต่แผนยุทธศาสตร์จังหวัดไม่น่าจะเพียงพอ เนื่องจากยังขาดความชัดเจนในแนวทางการแก้ไขปัญหาคritical ดังเช่นที่จังหวัดกล่าวไว้ว่า ...“การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยการชี้แจงผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการชี้แจงแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน และการประชุมย่อยของกลุ่มงานต่างๆ ผ่านผู้รับผิดชอบระดับอำเภอและตำบล” และ “จังหวัดได้ถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ลงสู่อำเภอ โดยให้อำเภอใช้กรอบแผนจังหวัด”

แผนแก้ไขปัญหาคือเอกสารที่วิเคราะห์ถึงสภาพปัญหาแต่ละเรื่องอย่างเป็นระบบ และเป็นขั้นตอนโดยใช้ปัญหาเป็นตัวตั้ง มีการระบุกลุ่มเป้าหมายที่เป็นปัญหาไว้อย่างชัดเจน การแก้ไขปัญหานั้นต้องระบุถึง “กลยุทธ์” และ “มาตรการ” ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ไม่เป็นหลักการหรือทฤษฎีจนเกินไป และต้องมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ด้วย โดยผ่านการศึกษาหรือทดลองปฏิบัติมาจนได้ข้อสรุป

ด้วยนิยามดังกล่าว แผนแก้ไขปัญหาคือเป็นแผนที่แต่ละจังหวัดจะต้องจัดทำขึ้นเองให้เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ของจังหวัด ข้อมูลที่ใช้วางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าว ประกอบด้วยข้อมูลสถานการณ์ป่วยตาย ข้อมูลทางระบาดวิทยา ผลกระทบต่อสุขภาพ ข้อมูลเชิงกลุ่มเป้าหมาย ข้อมูลพฤติกรรมบุคคล ผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่ผ่านมา รูปแบบการทำงานยังเป็นปัญหา ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ

เป็นที่สังเกตว่า แผนแก้ไขปัญหาคือควรมีแผนเดียวสำหรับแต่ละปัญหาเท่านั้น เพื่อให้มีเอกภาพในการดำเนินงาน ซึ่งเมื่อเป็นแผนเดียวกันย่อมต้องอาศัยกลุ่มงานหลายกลุ่มช่วยกันกระจายงานและแบ่งความรับผิดชอบ อำเภอละพูนใช้แผนแก้ไขปัญหาคือเป็นแนวทางดำเนินงาน เป็นต้น แผนแก้ไขปัญหาคือจึงมีลักษณะบูรณาการในตัวเอง ทั้งบูรณาการภายในหน่วยงาน หรือบูรณาการระหว่างหน่วยงาน

ข้อสังเกตต่อแผนแก้ไขปัญหาของจังหวัด ได้แก่

1) จังหวัดส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญน้อยเกินไปกับการที่ควรมีแผนแก้ไขปัญหาคือที่ชัดเจนและเป็นเอกภาพ เพื่อเป็นร่มใหญ่ให้หน่วยปฏิบัติจัดทำโครงการ/กิจกรรมต่างๆ รองรับ จึงพบว่าปัญหาบางเรื่องไม่มีแผนงานรองรับ แต่ก็มีกิจกรรมและงบดำเนินงาน นอกจากนี้ ข้อจำกัดของระบบงานใน สสจ. ที่ขาดบูรณาการ มีหลายกลุ่มงานต่างคนต่างทำ ต่างเขียนโครงการและงบประมาณรองรับกิจกรรมของตัวเอง จึงเกิดความซ้ำซ้อน สิ้นเปลือง นับเป็นภาระให้กับผู้ปฏิบัติอย่างมาก

2) การวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบในการจัดทำแผน มักจะถูกมองข้ามอยู่เสมอ อาจเป็นเพราะมองว่าปัญหาหมายถึงภาวะสุขภาพ โรค และภัยสุขภาพในกลุ่มประชากร ที่สามารถสะท้อนด้วยข้อมูลต่างๆ แต่ขาดการวิเคราะห์ถึงสาเหตุแห่งปัญหา เช่นพฤติกรรมต่างๆ ย่อมเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาเช่นกัน ในอีกด้านหนึ่งประสิทธิภาพประสิทธิผลของการดำเนินงานที่ผ่านมา ก็จัดว่าเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาได้ เช่น การจัดบริการในรูปแบบต่างๆ มาตรการและกิจกรรมที่ดำเนินการ เป็นต้น การวิเคราะห์ปัญหาคือจึงควรกระทำเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนหนึ่งวิเคราะห์ที่ตัวปัญหาคือนั้นๆ และอีกส่วนวิเคราะห์ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเพื่อค้นหาจุดบกพร่อง

3) ผู้รับผิดชอบการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาคือของจังหวัด จึงควรเป็นกลุ่มงานวิชาการหรือหลายกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องและจำเป็นต้องบูรณาการร่วมกัน โดยอาจมีผู้เชี่ยวชาญ (ผชช.) แบ่งกันเป็นหัวหน้าทีม และมีหน้าที่ติดตามความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหาคือในระดับปฏิบัติการอย่างต่อเนื่องด้วย การทำงานลักษณะบูรณาการนี้ยังเป็นปัญหาในหลายจังหวัด

4) เมื่อได้จัดทำแผนแก้ไขปัญหาคือที่มีข้อสรุปเรื่องมาตรการต่างๆ แล้ว ขั้นตอนต่อมาคือการถ่ายทอดชี้แจงและทำความเข้าใจแผนแก่ผู้รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติในระดับอำเภอ/ตำบล รวมทั้งท้องถิ่นด้วย จากนั้นจึงให้แต่ละอำเภอเสนอโครงการแก้ไขปัญหาคือของตนเอง การชี้แจงควรมีโอกาสทำความเข้าใจกับ ผู้ปฏิบัติเป็นรายแผนงานมากกว่าชี้แจงแต่แผนยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดเพียงอย่างเดียว

5) จุดอ่อนในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาค่อนข้างบ่อย คือ การไม่ระบุมาตรการแก้ปัญหา หรือมาตรการที่ระบุไว้เป็นแค่แนวคิดที่นามธรรมเกินไป ปฏิบัติได้ยาก ผู้ทำงานส่วนใหญ่เคยชินกับการเสนอเป็นหลักการหรือทฤษฎีตามทฤษฎีที่ส่วนกลางหรือศูนย์เขตชี้แจงให้ทราบ กลุ่มงานมักจะไม่เคยรับรู้มาตรการที่เขียนไว้เหล่านั้น ในการปฏิบัติจะดำเนินงานอย่างไร และมีปัญหาการทำงานอย่างไร

6) ขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการจัดทำแผนก่อนลงมือปฏิบัติ คือ การให้กลุ่มงานที่รับผิดชอบแผนแก้ไขปัญหแต่ละเรื่อง นำโครงการที่อำเภอและท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ ไม่ว่าจะใช้งบประมาณของจังหวัดหรืองบประมาณของตนเองก็ตาม เพื่อวิเคราะห์ให้เห็นภาพรวมของการแก้ไขปัญหทั้งจังหวัด ว่ามีความสอดคล้องเพียงพอกับแผนและมาตรการแก้ไขปัญหที่กำหนดไว้หรือไม่ เป็นการตรวจทานความเข้าใจของฝ่ายปฏิบัติอีกครั้ง โดยทั่วไปจะพบว่าทั้งจังหวัดมีโครงการแก้ปัญหาต่างๆ เป็นจำนวนมาก แต่ที่ผ่านมาไม่มีการวิเคราะห์ให้เห็นความเหมาะสมหรือสอดคล้องกับมาตรการที่กำหนดไว้เพียงใด

ลักษณะทั่วไปของแผนปฏิบัติ

แผนปฏิบัติ หมายถึง แผนสำหรับการปฏิบัติหรือดำเนินงานจริงในระดับพื้นที่ หรืออีกนัยหนึ่งแผนซึ่งระบุกิจกรรม ระยะเวลา งบประมาณ และผู้รับผิดชอบ เพื่อให้ง่ายต่อการดำเนินงาน โดยทั่วไป แผนปฏิบัติจะเขียนในรูปของโครงการ

ข้อสังเกตต่อการมีแผนปฏิบัติโดยทั่วไป ดังนี้

1) ในกรณีที่จังหวัดสามารถรวบรวมแผนปฏิบัติของทั้งจังหวัดได้ ซึ่งมักอยู่ในรูปแบบโครงการ (เฉลี่ยระหว่าง 500-1,000 โครงการ) พบว่า มีตั้งแต่โครงการเล็กๆ หรือกิจกรรมเดี่ยวจนถึงโครงการใหญ่ที่มีหลายกิจกรรม จึงเป็นการยากที่จะติดตามผลการดำเนินงาน

2) จากการติดตามประเมินผลพบว่า แผนปฏิบัติมักจะคล้ายคลึงกันหรือจัดกิจกรรมซ้ำๆ กันทุกปี เนื่องจากขาดการทบทวนตรวจสอบผลการดำเนินงานอย่างจริงจังเพื่อปรับปรุงพัฒนา งานของตน ทั้งโดยผู้ปฏิบัติเองหรือผู้รับผิดชอบแผนแก้ไขปัญหในระดับจังหวัดหรืออำเภอนั้น เมื่อศึกษาในรายละเอียดจะพบว่า ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ มักขาดความเข้าใจแนวทางและมาตรการที่สำคัญต่อการแก้ไขปัญหต่างๆ ซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญมาก และเป็นสาเหตุทำให้ความพยายามแก้ไขปัญหหลายกรณีไม่ประสบผลสำเร็จ

3) ความสำเร็จเฉพาะพื้นที่ หรือตัวอย่างของ Best practice นำมาสู่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างผิวผิน เนื่องจากโดยมากจะให้ความสำคัญกับรูปแบบของกิจกรรมในพื้นที่มากเกินไป หรือบางครั้งมีการปรุงแต่งการนำเสนอจนเกินจริง ขาดการวิเคราะห์ห้บทเรียนความสำเร็จหรือล้มเหลว ตลอดจนปัญหาอุปสรรคที่แท้จริง หรือหากเป็นความสำเร็จ แทนที่เป็นบทสรุปของการเรียนรู้คืออะไร สามารถวิเคราะห์ถ่ายทอดออกมาได้หรือไม่ และนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่อื่นได้อย่างไร เป็นต้น ที่ผ่านมา เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นการประกวดแข่งขัน และได้ประโยชน์ต่อการพัฒนางานน้อย (สุริยะ วงศ์คงคาเทพ เอกสารคู่มือการประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2556)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคุณลักษณะของแผน 3 ระดับ

	แผนยุทธศาสตร์	แผนแก้ไขปัญหา	แผนปฏิบัติ
ชื่อที่นิยมใช้	แผนยุทธศาสตร์ (องค์กร/พื้นที่)	แผนยุทธศาสตร์ (ปัญหา) แผนงาน (ปัญหา)	โครงการ (ปัญหา/พื้นที่)
เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์ของ แผน	การพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ (เน้นปัญหาที่หลากหลาย และผลกระทบที่เกิดขึ้น)	การแก้ไขปัญหาหนึ่ง อย่าง เจาะจง	การดำเนินงานเพื่อ แก้ปัญหาเฉพาะพื้นที่
เนื้อหาสาระของ แผน	ทิศทาง / ยุทธศาสตร์	กลยุทธ์ / มาตรการ	กิจกรรมปฏิบัติ
ขอบเขตของการ วิเคราะห์ปัญหา	“ไม่เจาะจงปัญหา” (ใช้ข้อมูล สถานะสุขภาพ สถิติเปรียบเทียบ และการ จัดลำดับความสำคัญ)	“เจาะจงปัญหา” (ใช้ข้อมูล สถานการณ์ ปัญหา ระบาดวิทยา และ ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง)	“เจาะจงปัญหาและ พื้นที่” (ใช้ข้อมูล สถานการณ์ ปัญหา และข้อมูลใน พื้นที่)
ผลลัพธ์ที่สำคัญ	การจัดสรรทรัพยากร ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์	ประสิทธิภาพของมาตรการ	ประสิทธิผลของการ ดำเนินงาน
แหล่งงบประมาณ	หลายแหล่ง	หลายแหล่ง	แหล่งเดียว
หน่วยงาน องค์กร	ประเทศ / เขต / จังหวัด	ประเทศ / เขต / จังหวัด	หน่วยงาน / สถานบริการ

จากการทบทวนเอกสารผลการติดตามประเมินผลที่ผ่านมาและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปี 2556 และนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับความคาดหวัง กลยุทธ์ หรือแนวทางที่จะดำเนินการเพื่อให้บรรลุความคาดหวังของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอีก 10 ปีข้างหน้า ปัจจัยความสำเร็จและความต้องการรับการสนับสนุน ที่สำคัญที่จะผลักดันกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปีต่อไปให้เกิดการบูรณาการและบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ กรอบแนวคิดในการประเมินผล มีดังนี้

กรอบการประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2556



บทที่ 3 วิธีการประเมินผล

การประเมินผลกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยของพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1 - 12 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ในครั้งนี้ได้เก็บข้อมูลระหว่างช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 - มกราคม พ.ศ. 2557 โดยมีวิธีการศึกษาตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 2) แหล่งข้อมูล
- 3) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 4) การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

3.1.1 ประชากร

การศึกษาครั้งนี้เป็นการประเมินผลกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยของพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1 - 12 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ซึ่งใช้การศึกษาในประชากรที่เป็นคณะอนุกรรมการประสานการบริหารแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย 8 คณะที่มีการทำงานบูรณาการร่วมกันภายในกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต รวมทั้งนักวิชาการที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เช่น ผู้ประสานงานเครือข่ายบริการจากสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และผู้รับผิดชอบแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของศูนย์วิชาการเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3.1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ได้มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ในประชากรที่เต็มใจให้ข้อมูล ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง สมบูรณ์ ครบถ้วนมากที่สุด ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 117 คน จำแนกตามตำแหน่งได้ดังนี้

ผู้บริหารในส่วนกลาง	4	คน
ผู้บริหารส่วนภูมิภาค	4	คน
นักวิชาการในส่วนกลาง	33	คน
นักวิชาการส่วนภูมิภาค	68	คน
พยาบาลวิชาชีพ	4	คน
หัวหน้ากลุ่มงาน	4	คน

3.2 แหล่งข้อมูล

3.2.1 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

รายงานการประชุมการประชุมประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 และรายงานการประชุมประเมินกระบวนการและการบริหารจัดการแผนงานตามกลุ่มวัยของคณะกรรมการฯ 8 แผนงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ซึ่งมีดังนี้

แผนงานที่ 1 การดูแลหญิงตั้งครรภ์อย่างมีคุณภาพของเครือข่ายบริการที่ 1, 6, 7, 8 และ 12

แผนงานที่ 2 การดูแลสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 2 ปีอย่างมีคุณภาพของเครือข่ายบริการที่ 1, 5, 7, และ 12

แผนงานที่ 3 การดูแลสุขภาพเด็กอายุ 3 – 5 ปีอย่างมีคุณภาพของเครือข่ายบริการที่ 2, 3, 9, 10 และ 11

แผนงานที่ 4 การดูแลสุขภาพเด็กนักเรียนอย่างมีคุณภาพ

แผนงานที่ 5 การพัฒนาสุขภาพวัยรุ่นอย่างมีคุณภาพของเครือข่ายบริการที่ 3

แผนงานที่ 6 การป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM&HT) ของเครือข่ายบริการที่ 2, 4, 5, 6, 8, 10, 11 และ 12

แผนงานที่ 7 การเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็ง

แผนงานที่ 8 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการของเครือข่ายบริการที่ 4 และ 9

3.2.2 ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลที่ได้มาจากแบบสอบถาม (Questionnaires) ความคิดเห็นที่มีต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังต่อแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอีก 10 ปีข้างหน้า และความต้องการได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 3 ปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ส่วนที่ 4 ความต้องการรับการสนับสนุนที่สำคัญจากกระทรวงสาธารณสุขและประเด็นอื่นๆ ที่จะช่วยให้เกิดการบูรณาการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบรรลุผลสำเร็จ

3.3 เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีการพัฒนาและปรึกษาผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานกลุ่มวัยของกระทรวงสาธารณสุข และผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรคที่มีความ

เชี่ยวชาญด้านการติดตามประเมินผล ซึ่งได้ส่งให้ประชากรกลุ่มตัวอย่างเมื่อแบบสอบถามส่งกลับมาจึงตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสารรายงานการประเมินกระบวนการและการบริหารจัดการแผนงานตามกลุ่มวัยของคณะอนุกรรมการฯ 8 แผนงาน ปี 2556 และรายงานการประชุมการประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2556

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามที่ได้รับ มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยของพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1 - 12 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสารรายงานการประเมินผลกระบวนการและการบริหารจัดการแผนงานตามกลุ่มวัยของคณะอนุกรรมการฯ 8 แผนงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 และรายงานการประชุมการประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2556 และข้อมูลเชิงปริมาณเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 จึงขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 4 ส่วน ดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป
- 2) ภาพรวมผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 3) ผลการประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2556
- 4) ความคาดหวังหรือความสำเร็จที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า ในการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 5) ปัจจัยความสำเร็จของการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 6) ความต้องการได้รับการสนับสนุนที่จากกระทรวงสาธารณสุขต่อกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบรรลุผลสำเร็จ

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการส่วนภูมิภาค คิดเป็นร้อยละ 58.12 รองลงมาเป็นนักวิชาการในส่วนกลางร้อยละ 28.20 และเป็นผู้บริหารส่วนกลาง ผู้บริหารส่วนภูมิภาค หัวหน้ากลุ่มงาน และพยาบาลวิชาชีพจำนวนเท่าๆ กัน ร้อยละ 3.42 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละตำแหน่งของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตำแหน่ง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้บริหารในส่วนกลาง	4	3.42
ผู้บริหารส่วนภูมิภาค	4	3.42
นักวิชาการในส่วนกลาง	33	28.20
นักวิชาการส่วนภูมิภาค	68	58.12
พยาบาลวิชาชีพ	4	3.42
หัวหน้ากลุ่มงาน	4	3.42
รวม	117	100.0

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ทำงาน 26 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.79 รองลงมาได้แก่ 30 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.37 ประสบการณ์ 16 - 20 ปี เท่ากับประสบการณ์ 21 - 25 ที่ร้อยละ 15.38 และประสบการณ์ 1 - 5 ปี 6 - 10 ปี และ 11 - 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.11, 6.84 และ 5.13 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละประสบการณ์การทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม

อายุงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์ 1-5 ปี	13	11.11
ประสบการณ์ 6-10 ปี	8	6.84
ประสบการณ์ 11-15 ปี	6	5.13
ประสบการณ์ 16-20 ปี	18	15.38
ประสบการณ์ 21-25 ปี	18	15.38
ประสบการณ์ 26-30 ปี	29	24.79
ประสบการณ์ 30 ปีขึ้นไป	25	21.37
รวม	117	100.0

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสังกัดกรมควบคุมโรคมากที่สุด ร้อยละ 38.46 รองลงมาสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 24.19 และสังกัดกรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ สำนักตรวจและประเมินผล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และโรงพยาบาลศูนย์ฯ ร้อยละ 13.68, 7.69, 6.84, 3.42, 3.42 และ 1.70 ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามหน่วยงาน

หน่วยงาน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กรมควบคุมโรค	45	38.46
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	29	24.19
กรมอนามัย	16	13.68
กรมสุขภาพจิต	9	7.69
กรมการแพทย์	8	6.84
สำนักตรวจและประเมินผล	4	3.42
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	4	3.42
โรงพยาบาลศูนย์	2	1.70
รวม	117	100.0

4.2 ภาพรวมผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภาพรวมทั้งประเทศ

4.2.1 สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์: เป้าหมาย \geq ร้อยละ 60 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 54.69 ยังไม่ผ่านเกณฑ์

- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์: เป้าหมาย \geq ร้อยละ 60 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 62.36 ผ่านเกณฑ์

ปัญหาที่พบ

- ฝากครรภ์ช้า ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์คุณภาพ
- การเข้าถึงบริการไม่สะดวก โดยเฉพาะสิทธิ์ UC และ ประกันสังคม
- หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ไม่เป็นไปตามอายุครรภ์ที่กำหนดในมาตรฐาน

มาตรการสำคัญในการดำเนินการต่อไป

- นโยบาย ฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์
- ภาครัฐให้มีการจ่ายค่า on – top ให้ รพ. ตามผลงานหญิงตั้งครรภ์ฝากท้องเร็ว ร้อยละ 500 บาท
- ให้ อสม. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ทันทีและมาเป็นคู่
- หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน: เป้าหมาย ร้อยละ 100 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 94.97 ยังไม่ผ่านเกณฑ์

มาตรการสำคัญในการดำเนินการต่อไป

- สนับสนุนผู้ประกอบการผลิตเกลือบริโภคเสริมไอโอดีนได้คุณภาพ
- หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน เหล็ก และโฟเลท
- หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการ ANC คุณภาพ: เป้าหมาย \geq ร้อยละ 70 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 84.41 ผ่านเกณฑ์

ปัญหาที่พบ

- ไม่แยกหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงจึงไม่สามารถติดตามและช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง
- ยังคงใช้รูปแบบการดำเนินงานเดิมโดยการให้สุขศึกษาแก่พ่อแม่ ซึ่งไม่ใช่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แม่จึงไม่ตระหนักและไม่เกิดการปฏิบัติ

- การตรวจการติดเชื้อทางช่องคลอดยังมีการปฏิบัติไม่มากนัก

มาตรการสำคัญในการดำเนินการต่อไป

- ควบคุมกำกับมาตรฐานโดย Maternal Child Health Board (MCH Board) ระดับจังหวัด เขต และส่วนกลาง

- อบรมทีมประเมิน รพ. สายใยรักแห่งครอบครัวระดับเขตและส่วนกลางให้มีมาตรฐานการประเมินในทิศทางเดียวกัน

- อบรมให้ความรู้ผู้ปฏิบัติในระดับ รพช. รพศ. รพท. ครอบคลุมทุกแห่ง

- หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์: เป้าหมาย \geq ร้อยละ 65 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 74.03 ผ่านเกณฑ์
- เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนแรก มีค่าเฉลี่ยกินนมแม่อย่างเดียว: เป้าหมาย \geq ร้อยละ 50 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 54.62 ผ่านเกณฑ์

ปัญหาที่พบ

- แม่ทำงานนอกบ้าน
- ปู่ ย่า ตา ยาย มีความเชื่อดั้งเดิมที่ให้ลูกดื่มน้ำและนมแม่ด้วย

มาตรการสำคัญในการดำเนินการต่อไป

- การผลักดัน พรบ. หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก
- พัฒนา รพ.สต. เป็น รร. พ่อ แม่ ปู่ ย่า ตา ยาย
- ขยายตำบลนมแม่เพื่อสายใยรักแห่งครอบครัว
- สร้างครอบครัวต้นแบบนมแม่ เป็นแหล่งเรียนรู้ของคนในชุมชน และประกาศเกียรติคุณ
- สัดส่วนการตายของมารดา: เป้าหมาย \leq 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ผลการดำเนินงานของประเทศ 34.76 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ไม่ผ่านเกณฑ์

ปัญหาที่พบ

- ผากครรภ์ช้า มีภาวะเสี่ยงเช่น เบาหวาน เอดส์ มีภาวะโลหิตจาง

มาตรการสำคัญในการดำเนินการต่อไป

- ส่งเสริมฝากครรภ์ครั้งแรกเร็ว ฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์
- เพิ่มคุณภาพด้านสาธารณสุขและการแพทย์
- มีทีมเยี่ยมประเมินเคลื่อนที่
- ห้องคลอดคุณภาพ: เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ข้อมูลจากผลการตรวจราชการฯ รอบที่ 1 ได้ไม่ครบถ้วน มีเพียง เขต 11 และ 12 ที่มีข้อมูล ซึ่งผลการดำเนินงาน 22 แห่ง (จาก 91 แห่ง) ร้อยละ 24.18
- ตกเลือดหลังคลอด
 - ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (ไม่เกิน 25 ต่อการเกิดมีชีพพันคน)
 - ภาวะตกเลือดหลังคลอด (ไม่เกิน ร้อยละ 5)

ตารางที่ 8 แสดงภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอดและตกเลือดหลังคลอดของหญิงตั้งครรภ์

ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน		
	ปี 2554	ปี 2555	ปี 2556
ภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด	25.4	26.6	25.5
ภาวะตกเลือดหลังคลอด	21.65	4.23	ไม่มีข้อมูล

4.2.2 สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปี และอายุ 3-5 ปี

- ผลการดำเนินงานให้บริการวัคซีนในกลุ่มเด็กอายุ 0-2 ปี และอายุ 3-5 ปี
 - เด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน BCG ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลงาน ร้อยละ 100
 - เด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลงาน ร้อยละ 99.3
 - เด็กอายุ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP4 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลงาน ร้อยละ 96
 - เด็กอายุ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV4 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลงาน ร้อยละ 96
 - เด็กอายุ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลงาน ร้อยละ 96.4
 - เด็กอายุ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลงาน ร้อยละ 92.2
 - เด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP5 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลงาน ร้อยละ 89.6
 - เด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV5 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 ผลงาน ร้อยละ 89.6
 - เด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน M/MMR ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ผลงาน ร้อยละ 98.9

ปัญหาที่พบ

- ความไม่ครบถ้วน ถูกต้องจากการบันทึกข้อมูลผ่านฐานข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน
- ประชากรกลุ่มเป้าหมายไม่ได้รับวัคซีนตามกำหนด ขาดข้อมูลในการติดตามกลุ่มเป้าหมาย

มาตรการสำคัญในการดำเนินการต่อไป

- พัฒนาด้านการบันทึกการตรวจสอบข้อมูลผ่านฐานข้อมูล 21 แฟ้มมาตรฐาน
- จัดหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการวัคซีนในพื้นที่ทุรกันดาร
- ส่งเสริม อสม. และครู ให้มีส่วนร่วมในการติดตามตรวจสอบกลุ่มเป้าหมาย

• เด็ก 0- 2 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน : เป้าหมาย \geq ร้อยละ 70 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 76.08 ผ่านเกณฑ์

• เด็ก 3 - 5 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน : เป้าหมาย \geq ร้อยละ 70 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 61.51 ไม่ผ่านเกณฑ์

ปัญหาที่พบ

- เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความยาว เครื่องวัดส่วนสูงที่ใช้ ไม่ได้มาตรฐาน
- ผู้รับผิดชอบขาดความเข้าใจวิธีการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว และวัดส่วนสูง
- ผู้ปฏิบัติขาดการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ในการจัดทำแผนงานส่งเสริม ป้องกัน
- การเลี้ยงดูไม่เหมาะสม

มาตรการสำคัญในการดำเนินการต่อไป

- พัฒนาระบบเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก
- สนับสนุนวิตามินเสริมธาตุเหล็ก
- ส่งเสริมการใช้เกลือและเครื่องปรุงรสเสริมไอโอดีน
- พัฒนาศูนย์เด็กเล็กให้เป็นองค์กรส่งเสริมเด็กไทยเติบโตเต็มศักยภาพ

- เด็ก 0 - 2 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัย : เป้าหมาย \geq ร้อยละ 80 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 91.56 ผ่านเกณฑ์

- เด็ก 3 - 5 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัย : เป้าหมาย \geq ร้อยละ 80 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 90.14 ผ่านเกณฑ์

ปัญหาที่พบ

- องค์กรความรู้ เทคนิคการประเมินพัฒนาการเด็กยังไม่ถูกต้อง
- สัดส่วนผู้รับบริการไม่ได้มาตรฐาน (1 : 10-15)
- การจัดระบบบริการที่เน้นการให้วัคซีน การชั่งน้ำหนักมากกว่าการให้ความรู้พ่อแม่
- การให้ความรู้ในเรื่องการเลี้ยงดู และกระตุ้นพัฒนาการ ยังคงใช้รูปแบบเดิม คือ การให้สุขศึกษา จึงไม่เกิดการนำสู่การปฏิบัติในการเลี้ยงดูลูก

มาตรการสำคัญในการดำเนินการต่อไป

- จัดให้มีนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กประจำ รพช. (แม่ข่าย) เพื่อให้การช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- อบรมนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กประจำ รพ.ทุกระดับ
- ติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดย นักสุขภาพครอบครัวพื้นที่

- ร้อยละของบริการ Well Child Clinic (WCC) คุณภาพ : เป้าหมาย \geq ร้อยละ 70 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 77.98 ผ่านเกณฑ์

ปัญหาที่พบ

- บุคลากรมีองค์ความรู้ เทคนิคการประเมินพัฒนาการเด็กยังไม่ถูกต้อง
- สัดส่วนผู้รับบริการไม่ได้มาตรฐาน (1 : 10-15)
- การจัดระบบบริการที่เน้นการให้วัคซีน การชั่งน้ำหนักมากกว่าการให้ความรู้พ่อแม่
- การให้ความรู้ในเรื่องการเลี้ยงดู และกระตุ้นพัฒนาการ ยังคงใช้รูปแบบเดิม คือการให้สุขศึกษา จึงไม่เกิดการนำสู่การปฏิบัติในการเลี้ยงดูลูก

มาตรการสำคัญในการดำเนินการต่อไป

- จัดให้มีนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กประจำโรงพยาบาลชุมชน (แม่ข่าย) เพื่อให้การช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- อบรมนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กประจำโรงพยาบาลทุกระดับ
- ติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดย นักสุขภาพครอบครัวพื้นที่

- เด็กมีพัฒนาการสมวัย : เป้าหมาย \geq ร้อยละ 85 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 97.08 อยู่ระหว่างดำเนินการสำรวจข้อมูลเชิงคุณภาพ ผ่านเกณฑ์

ปัญหาที่พบ

- บุคลากรมีองค์ความรู้ เทคนิคการประเมินพัฒนาการเด็กยังไม่ถูกต้อง
- สัดส่วนผู้รับบริการไม่ได้มาตรฐาน (1 : 10-15)

- การจัดระบบบริการที่เน้นการให้วัคซีน การชั่งน้ำหนักมากกว่าการให้ความรู้พ่อแม่
- การให้ความรู้ในเรื่องการเลี้ยงดู และกระตุ้นพัฒนาการ ยังคงใช้รูปแบบเดิม คือการให้สุข

ศึกษา จึงไม่เกิดการนำสู่การปฏิบัติในการเลี้ยงดูลูก

มาตรการสำคัญในการดำเนินการต่อไป

- จัดให้มีนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กประจำโรงพยาบาลชุมชน (แม่ข่าย) เพื่อให้การช่วยเหลือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

- อบรมนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กประจำโรงพยาบาลทุกระดับ
- ติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า โดย นักสุขภาพครอบครัวพื้นที่

• เด็กปฐมวัยมีปัญหาฟันน้ำนมผุ : เป้าหมาย \leq ร้อยละ 57 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 56.60 อยู่ระหว่างดำเนินการสำรวจข้อมูลเชิงคุณภาพ ผ่านเกณฑ์

ปัญหาที่พบ

- ผู้ปกครองเริ่มแปรงฟันให้เด็กช้า
- ผู้ปกครองขาดการแปรงฟันให้เด็กสม่ำเสมอทุกวัน

มาตรการสำคัญในการดำเนินการต่อไป

- พัฒนางานทันตสุขภาพระดับ รพ.สต.และ อสม.
- พื้นที่เฉพาะ (เขต 12) ทำงานร่วมกับศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้

(ศอ.บต.) และพัฒนาแนวทางการให้ฟลูออไรด์

• เด็กต่ำกว่า 3 ปี ที่ได้รับการตรวจช่องปาก : เป้าหมาย \geq ร้อยละ 70 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 58.95 ไม่ผ่านเกณฑ์

• เด็กต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการฝึกทักษะแปรงฟัน : เป้าหมาย \geq ร้อยละ 70 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 57.18 ไม่ผ่านเกณฑ์

• เด็กต่ำกว่า 3 ปี ได้รับ Fluoride vanish : เป้าหมาย \geq ร้อยละ 50 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 43.14 ไม่ผ่านเกณฑ์

ปัญหาที่พบ

- บางพื้นที่มี ฟลูออไรด์ในน้ำสูงไม่กล้าใช้ Fluoride vanish

มาตรการสำคัญในการดำเนินการต่อไป

- ชี้แจงโดยส่งเอกสารให้ CUP

• ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ : เป้าหมาย \geq ร้อยละ 70 ผลการดำเนินงานของประเทศ ร้อยละ 68.50 ไม่ผ่านเกณฑ์

ปัญหาที่พบ

- ศูนย์เด็กเล็กขาดสื่ออุปกรณ์ในการส่งเสริมการเล่น การเรียนรู้ของเด็ก เช่น เกมส์ที่พัฒนาสติปัญญา หนังสือนิทาน

- ทักษะของครูที่เลี้ยงในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้ออย่างน้อยมาก

มาตรการสำคัญในการดำเนินการต่อไป

- จัดทำมาตรฐานและคู่มือการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพแบบบูรณาการกระทรวงที่เกี่ยวข้อง กระทรวงศึกษาธิการ (ศธ.) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) กระทรวงมหาดไทย (มท.) และมหาวิทยาลัย

- อบรมครูพี่เลี้ยงผู้ดูแลเด็ก

- บูรณาการมาตรฐานการประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพในภารกิจของกรมที่เกี่ยวข้อง (กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมการแพทย์)

- ประกวดและให้รางวัลศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ

• อัตราตายทารก (ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพพันคน) : เป้าหมายไม่เกิน 15 ต่อการเกิด มีชีพพันคน

สรุปมาตรการและข้อเสนอแนะกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

- กลุ่มสตรีและเด็ก

1) ฝากท้องทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์ รู้ประโยชน์

2) เร่งรัดให้มีการจ่ายงบประมาณตามเกณฑ์ศักยภาพบริการปฐมภูมิ (On Top) ให้ รพ.

ตามผลงานหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์เร็ว

3) ให้ อสม. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ทันทีและมาเป็นคู่

- กลุ่มเด็กปฐมวัย

1) ผลักดันหลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารทารกให้เป็นกฎหมาย

2) เสริมสร้างศักยภาพ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างครบวงจร

3) เพิ่มคุณภาพพี่เลี้ยงเด็กและอาหารคุณภาพ แก้ไขภาวะโลหิตจางในเด็กเล็ก

4) กิน กอด เล่น เล่า

4.2.3 สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกลุ่มวัยรุ่น

ตารางที่ 9 แสดงจำนวนและร้อยละโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดบริการสุขภาพจิตและบริการให้คำปรึกษาใน Psychosocial Clinic จำแนกตามเครือข่ายบริการ

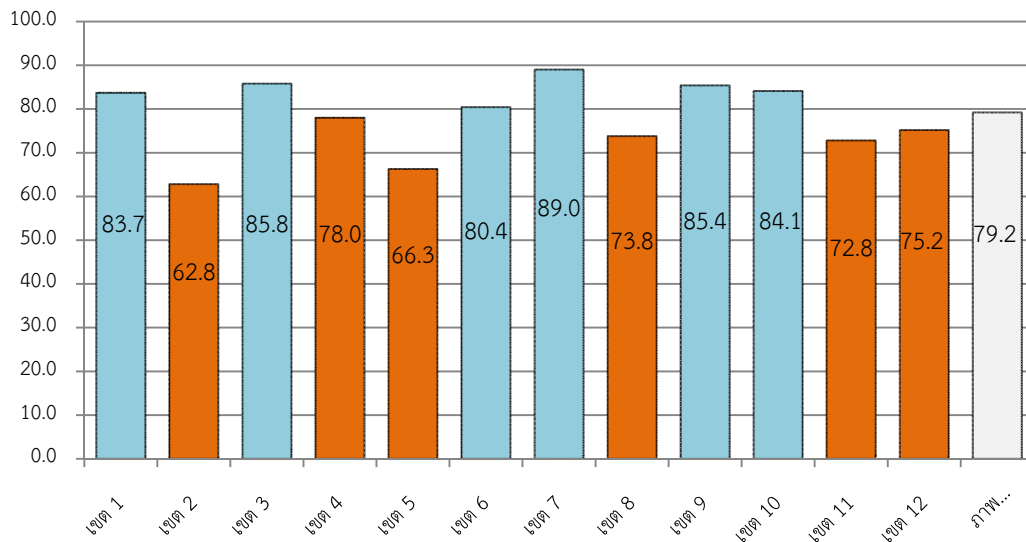
เครือข่ายบริการ ที่	รพช. (แห่ง)	ผ่านเกณฑ์		ไม่ผ่านเกณฑ์	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	90	88	97.78	2	2.22
2	40	40	100.00	0	0.00
3	42	42	100.00	0	0.00
4	62	62	100.00	0	0.00
5	54	54	100.00	0	0.00
6	58	58	100.00	0	0.00
7	73	71	97.26	2	2.74
8	80	80	100.00	0	0.00
9	81	65	80.25	16	19.75
10	56	56	100.00	0	0.00
11	66	66	100.00	0	0.00
12	44	38	86.36	6	13.64
รวม	746	720	96.51	26	3.49

ข้อมูล ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2556

ที่มา : สรุปจากหลักฐานการรายงานตัวชี้วัดที่ 4 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ให้มีการจัดบริการสุขภาพจิตและบริการให้คำปรึกษาใน Psychosocial Clinic

4.2.4 สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกลุ่มวัยทำงาน (แผนภูมิที่ 1 - 4)

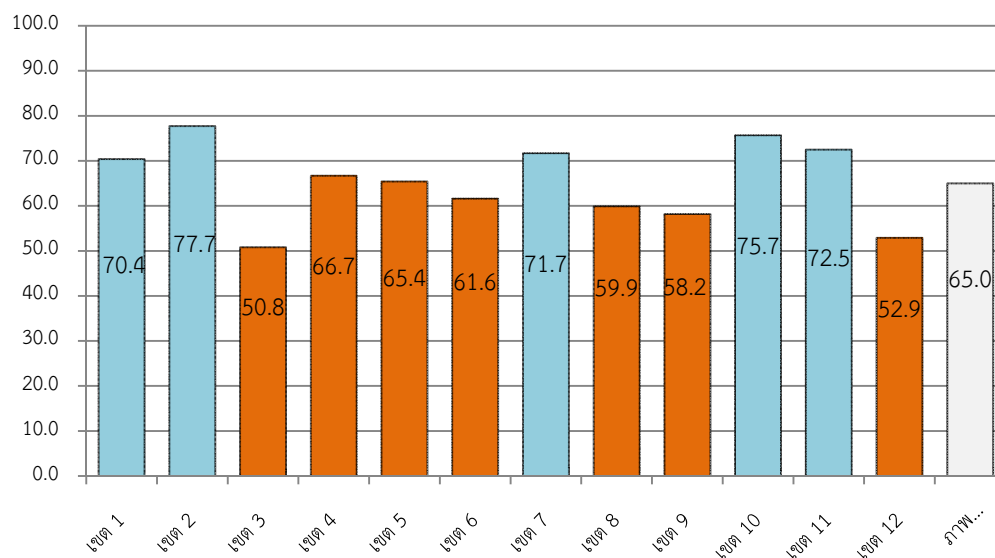
แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)



ข้อมูล ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2556

ที่มา : กลุ่มอนามัยวัยทำงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

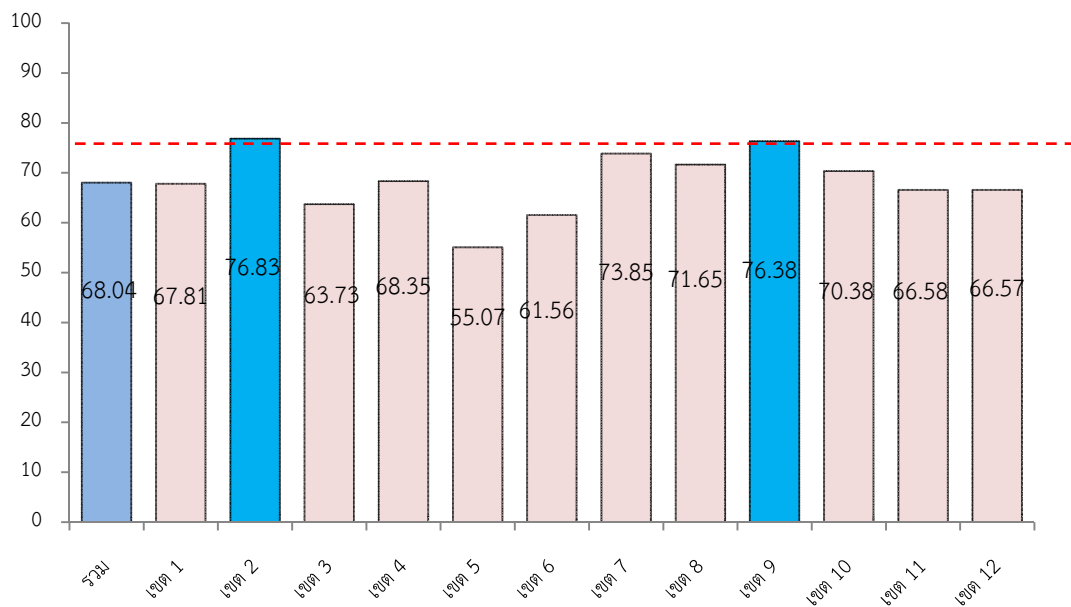
แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)



ข้อมูล ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2556

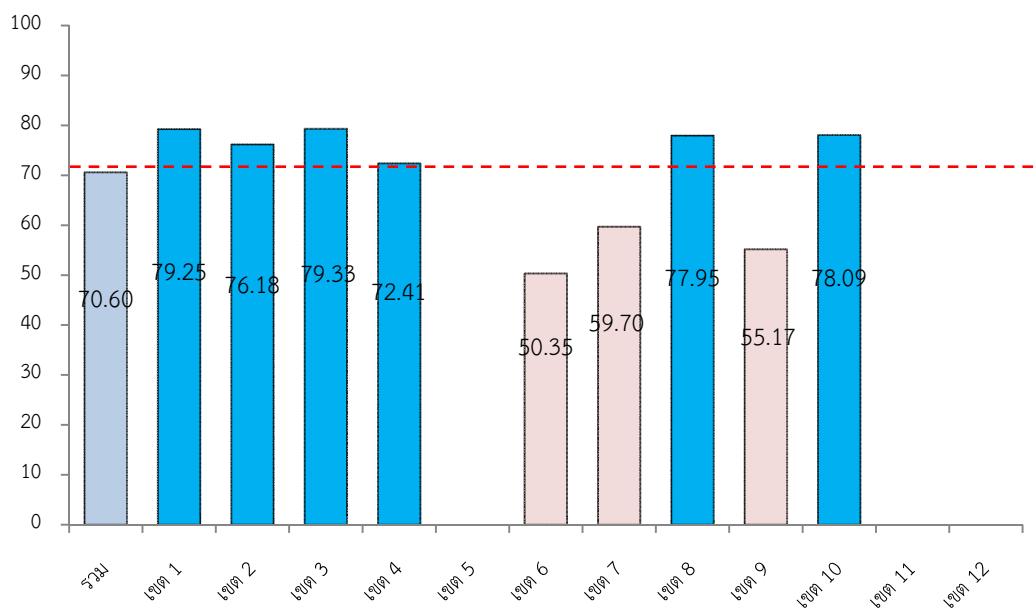
ที่มา : กลุ่มอนามัยวัยทำงาน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

แผนภูมิที่ 3 แสดงร้อยละสตรีที่มีอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75)



ข้อมูล ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2556
ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

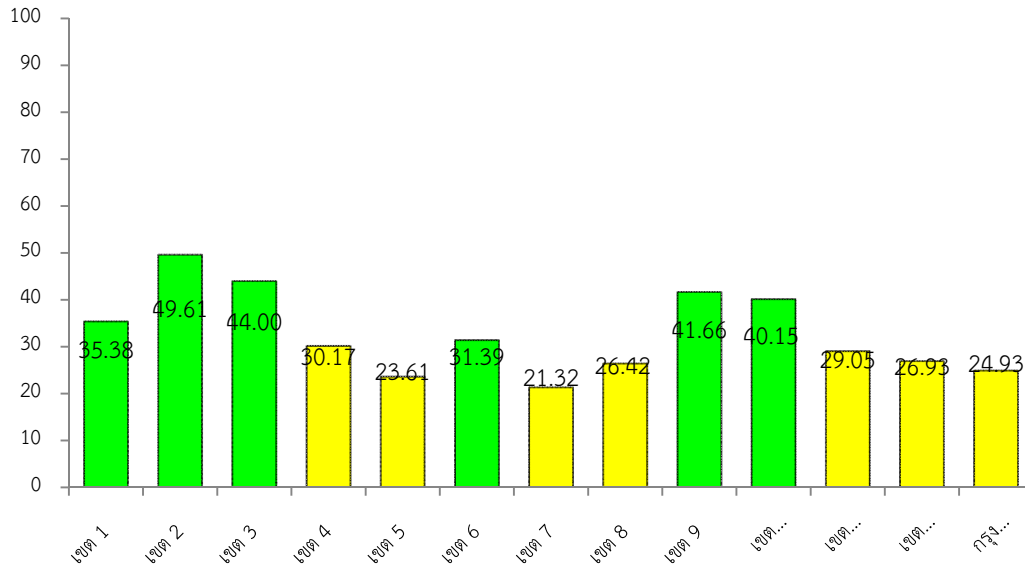
แผนภูมิที่ 4 แสดงร้อยละสตรีที่ตรวจพบมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)



ข้อมูล ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2556
ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

4.2.5 สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้พิการ (แผนภูมิที่ 5 - 6)

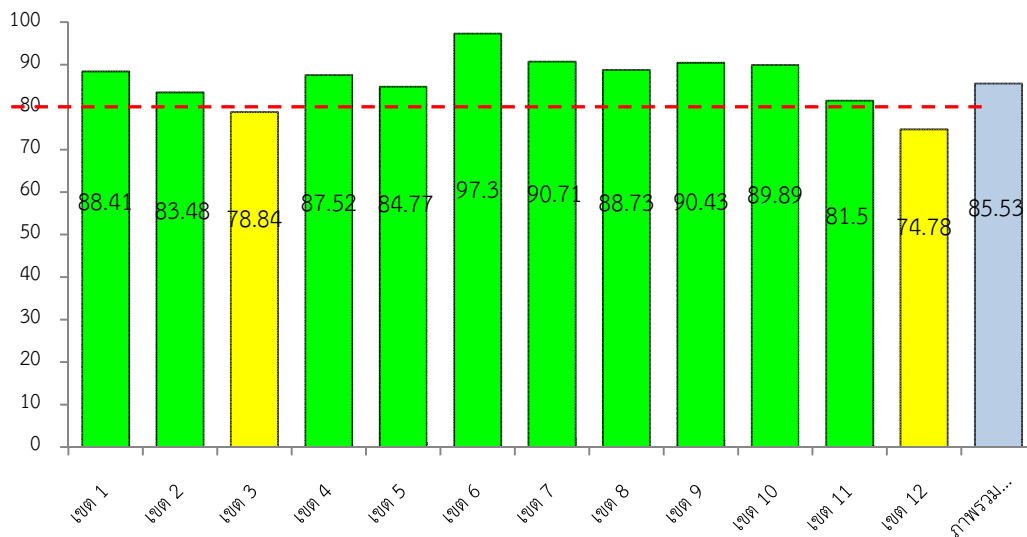
แผนภูมิที่ 5 แสดงร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการจำแนกตามเครือข่ายบริการสุขภาพ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 31)



ข้อมูล ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2556

ที่มา : สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

แผนภูมิที่ 6 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุ ผู้พิการที่ได้รับการพัฒนาทักษะกายใจ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)



ข้อมูล ณ วันที่ 15 กรกฎาคม 2556

ที่มา : สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต

4.3 ผลการประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2556

4.3.1 กระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา พบว่า การวิเคราะห์ข้อมูลระดับจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นการเสนอข้อมูลสถานะสุขภาพทั่วไป รวมทั้งผลงานตามตัวชี้วัดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ขาดการนำเข้าสู่ข้อมูลที่บ่งชี้สาเหตุของปัญหาหรือวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานที่ผ่านมา ทุกจังหวัดมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แต่จัดทำเป็นภาพรวมทั้งจังหวัดมากกว่าการวิเคราะห์ปัญหาที่สำคัญในแต่ละกลุ่มวัย ทำให้เกิดจุดอ่อนในการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ ยังพบว่ามีปัญหาของข้อมูลบางส่วนที่นำมาวิเคราะห์ ไม่สะท้อนปัญหาที่ชัดเจนเพียงพอในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

4.3.2 แผนบูรณาการเชิงรุก พบว่า หากเป็นแผนยุทธศาสตร์จังหวัดจะมีลักษณะเป็นยุทธศาสตร์ที่ระบุทิศทางอย่างกว้างๆ ไม่เจาะจง อาจมีการกำหนดแนวทางดำเนินงานบ้าง แต่ถ้าเป็นแผนงาน/โครงการจะระบุมาตรการ/กิจกรรมซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแบบสั่งการจากบนลงล่าง (Top Down) โดยจังหวัดจัดทำกรอบงานให้ระดับอำเภอดำเนินการ แต่เมื่ออำเภอจัดทำแผนปฏิบัติมักจะกำหนดกิจกรรมที่คุ้นเคยและปฏิบัติเป็นประจำ โดยไม่เชื่อมโยงกับแผนสุขภาพจังหวัด ซึ่งแผนสุขภาพของจังหวัดส่วนใหญ่จะนำตัวชี้วัดที่เป็นนโยบายของกระทรวงมาเป็นกรอบ ในการจัดทำแผนงาน มากกว่าที่จะนำปัญหาสุขภาพในพื้นที่เป็นตัวตั้ง เช่น การแก้ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นมีความเชื่อมโยงพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุในหลายปัจจัย ย่อมแตกต่างกับการใช้ตัวชี้วัดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นซึ่งเป็นปลายเหตุ

เมื่อพิจารณาแผนงาน/โครงการในแต่ละปัญหาของจังหวัด จะพบว่าแผนส่วนหนึ่งยังแยกส่วนเป็นโครงการๆ ตามความรับผิดชอบของแต่ละกลุ่มงาน ขาดบูรณาการร่วมกัน เช่น ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพกับศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกไร้พุง (Diet & Physical Activity Change Clinic : DPAC) กับแนวทาง 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่) หรือโครงการตำบลจัดการสุขภาพกับโครงการหมู่บ้านปลอดโรคเรื้อรัง เป็นต้น

มาตรการที่ปรากฏในแผนสุขภาพจังหวัด พบว่ายึดตามกรอบของกระทรวงเป็นหลัก เช่น งานดูแลสุขภาพแม่และเด็กจะยึดมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว คลินิกฝากครรภ์คุณภาพ คลินิกเด็กดีคุณภาพ โครงการตำบลนมแม่สายใยรักแห่งครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่า หลายโครงการเป็นงานเดิมที่เคยทำในปีก่อน และจัดทำโครงการซ้ำในปีใหม่ ขาดการทบทวนแนวทางหรือมาตรการใหม่ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ต้องการ

กระบวนการจัดทำแผนส่วนใหญ่ ถึงแม้ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการ และเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ แต่เป็นการร่วมประชุมและให้ข้อคิดเห็นส่วนตัวมากกว่าข้อมูลเชิงประจักษ์ การดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นมีเพียงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมักจะจัดประชุมชี้แจงและขอความร่วมมือหรือขอการสนับสนุน กรณีแผนพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น พบว่าการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ร่วมกับสถานศึกษาหรือหน่วยงานอื่นอยู่บ้างแต่ยังมีน้อย ต่างฝ่ายต่างทำ การจัดทำแผนของบางจังหวัด จะเน้นเทคนิค รูปแบบ และกระบวนการ โดยมีเครื่องมือที่ใช้อย่างมีหลายอย่าง เช่น แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) ค่ากลาง และ Primary Care and Hospital Accreditation (PCHA) ฯลฯ แต่พบว่าเนื้อหาที่ปรากฏในแผนไม่แตกต่างจากเดิม และไม่ได้สะท้อนปัญหาจริง ในพื้นที่ และจังหวัดไม่มีการ

รวบรวมแผนอำเภอมารวบรวมวิเคราะห์ภาพรวมของการขับเคลื่อนงานทั้งจังหวัด ทำให้แผนสุขภาพระดับจังหวัดไม่สามารถสะท้อนภาพรวมที่แท้จริงของทั้งจังหวัดได้

4.3.3 การบริหารงบประมาณ

ในปีงบประมาณ 2556 งบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนใหญ่จังหวัดได้รับจาก สปสช. มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ งบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข งบสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ตลอดจนงบโครงการพิเศษขององค์กรต่างๆ พบว่า แผนของจังหวัดส่วนใหญ่ยังไม่สามารถแจกแจงข้อมูลงบดำเนินการที่ครบถ้วนจากทุกแหล่งทั้งกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และแหล่งอื่นๆ การจัดสรรงบประมาณตามกลุ่มวัย และงบประมาณที่ปรากฏในแผน ยังจำกัดเฉพาะงบที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการ ซึ่งมีปัญหาในการรวบรวมข้อมูลงบประมาณและแจกแจงให้เห็นภาพทั้งจังหวัดและอำเภอ หรือไม่ครบถ้วน หลายจังหวัดมีการใช้งบประมาณเหลือจ่ายปี 2555 นอกจากนี้ยังมีปัญหาการจัดสรรและโอนงบประมาณไปจังหวัดยังมีความล่าช้า

4.3.4 กระบวนการนำแผนสู่การปฏิบัติ พบว่า เนื่องจากแผนงาน/โครงการของแต่ละกลุ่มวัย ขาดความเชื่อมโยงกิจกรรมในการดำเนินงานและขาดมาตรการที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งไม่มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการเป็นเป้าหมาย เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่ฝากครรภ์ช้า หรือฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ หรือกลุ่มเด็กในพื้นที่ที่ยังมีปัญหามลพิษสูง หรือกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น

จังหวัดมีการถ่ายทอดแผนงานผ่านเวทีการประชุมชี้แจง มากกว่าการทำความเข้าใจปัญหาและวิธีการทำงานที่เหมาะสม จังหวัดมีการติดตามผลการดำเนินงาน โดยการนิเทศงาน และการรายงานผลตามตัวชี้วัดเป็นรายไตรมาสในที่ประชุมระดับจังหวัด บางจังหวัดยังใช้ผลงานตามตัวชี้วัด (Key Performance Indicator: KPI) พิจารณาความดีความชอบ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการบริการประชาชน รวมทั้งคุณภาพของบริการ เช่น ความครอบคลุมบริการพื้นฐานจากการสูมตัวอย่างยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็น

4.3.5 กระบวนการติดตาม ประเมินผล พบว่า จังหวัดส่วนใหญ่ใช้รูปแบบและกลไกเดิมที่ใช้อยู่ปกติในการติดตามประเมินผล ได้แก่ การนิเทศงานอำเภอ การติดตามความก้าวหน้าในที่ประชุมจังหวัด การรวบรวมผลงานตามตัวชี้วัดตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการประชุมนำเสนอผลงานและการประกวดนวัตกรรม เป็นต้น

การรายงานผลงานตามตัวชี้วัดของจังหวัดส่วนใหญ่ ยังมีความคลาดเคลื่อนค่อนข้างมาก จังหวัดขาดข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่สะท้อนกระบวนการทำงานจริงในระดับปฏิบัติ

การบริหารจัดการระบบข้อมูลของจังหวัด (Data Center) มีการดำเนินการในทุกจังหวัด แต่ข้อมูลที่ได้อังไม่ครบถ้วนและขาดการตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้อง โดยเฉพาะข้อมูลจาก ๒๑/๔๓ แฟ้ม เนื่องจากจังหวัดเพิ่งเริ่มดำเนินการ

4.4 ความคาดหวังต่อแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในอีก 10 ปีข้างหน้า

ผลการศึกษาความคาดหวังหรือความสำเร็จที่ต้องการให้เกิดขึ้น กลยุทธ์ ประเด็นหรือแนวทางที่ต้องดำเนินการให้บรรลุความคาดหวังในการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในอีก 10 ปีข้างหน้า รวมทั้งความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญและปัจจัยความสำเร็จที่มีส่วนผลักดันให้กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปี 2556 เกิดการบูรณาการและบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ และความต้องการรับการสนับสนุนที่สำคัญจากกระทรวงสาธารณสุขและประเด็นอื่นๆ ที่จะช่วยให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบรรลุผลสำเร็จ ข้อมูลในส่วนนี้เป็นข้อมูลจากการสำรวจผลจากการสำรวจ มีดังต่อไปนี้

ในประเด็นการสื่อสารถ่ายทอดและการบูรณาการแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagships Project) พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด (ร้อยละ 100) รับทราบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagships Project) (ตารางที่ 10) โดยทราบจากช่องทางการประชุมมากที่สุด ร้อยละ 64.10 รองลงมาได้แก่ การอบรมหรือสัมมนา ร้อยละ 14.53 และหนังสือเวียน ผู้บริหารหน่วยงานแจ้งให้ทราบ ช่องทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ (อินเทอร์เน็ต) และเอกสารเผยแพร่ต่างๆ ร้อยละ 11.97, 5.98 และ 3.42 ตามลำดับ (ตารางที่ 11) ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 80.34 มีความคิดเห็นว่าแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagships Project) ที่มีการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระหว่างกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 18.80 มีความคิดเห็นว่าแผนยุทธศาสตร์ฯ ยังไม่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และร้อยละ 0.86 ยังไม่แน่ใจว่าแผนยุทธศาสตร์ฯ มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานหรือไม่ (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 10 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่รู้และรับทราบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagships Project)

สถานะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับรู้/รับทราบ	117	100
ไม่เคยรับรู้/ไม่เคยรับทราบ	-	-
รวม	117	100

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่รู้และรับทราบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากช่องทางการสื่อสารต่างๆ

ช่องทาง	จำนวนนับ	ร้อยละ
ประชุม	75	64.10
อบรม/สัมมนา	17	14.53
หนังสือเวียน	14	11.97

ตารางที่ 11 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่รู้และรับทราบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากช่องทางการสื่อสารต่างๆ (ต่อ)

ช่องทาง	จำนวนนับ	ร้อยละ
เอกสารเผยแพร่ต่างๆ	4	3.42
อื่นๆ (ทำงานอยู่ในโครงการตาม Flagship, ผู้บริหารหน่วยงานแจ้งให้ทราบ, Internet)	7	5.98
รวม	117	100

ตารางที่ 12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่เห็นว่าแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ

ประสิทธิภาพ	จำนวนนับ	ร้อยละ
มีประสิทธิภาพ	94	80.34
ไม่มีประสิทธิภาพ	22	18.80
ไม่แน่ใจ	1	0.86
รวม	117	100

4.4.1 ระดับความสำคัญที่ผลักดันให้กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปี 2556 ตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagships Project) มีการบูรณาการและบรรลุความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ (ตารางที่ 13)

เกณฑ์ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความสำคัญ มีดังต่อไปนี้

สำคัญมากที่สุด	ค่าคะแนนเท่ากับ	5.00
สำคัญมาก	ค่าคะแนนเท่ากับ	4.00-4.99
สำคัญปานกลาง	ค่าคะแนนเท่ากับ	3.00-3.99
สำคัญน้อย	ค่าคะแนนเท่ากับ	2.00-2.99
สำคัญน้อยที่สุด	ค่าคะแนนเท่ากับ	1.00-1.99

ตารางที่ 13 แสดงระดับความสำคัญที่มีส่วนผลักดันให้กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ในปี 2556 ตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
(8 Flagship Project) มีการบูรณาการ และบรรลุความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

ประเด็นระดับความสำคัญ	จำนวน	คะแนน ต่ำสุด	คะแนน สูงสุด	ค่าเฉลี่ย
1) การแต่งตั้งคณะกรรมการฯ และคณะอนุกรรมการฯ ประสานการบริหารแผนงานฯ ที่ประกอบด้วย ผู้บริหารและนักวิชาการจากทุกกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้ง 8 แผนงาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน	117	1	5	4.04
2) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพฯ (8 Flagships Project) ต้องมีการกำหนดหน่วยงานและผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน	117	1	5	4.00
3) การกำหนดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข (Strategic Focus) ในปีงบประมาณ 2556 สอดคล้องกับตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพฯ (8 Flagships Project)	117	2	5	3.98
4) มีกลไกการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ผ่านการตรวจราชการและนิเทศงานของสำนักตรวจราชการ โดยมีศูนย์วิชาการต่างๆ ร่วมในการตรวจราชการ	117	1	5	3.97
5) ประโยชน์ที่จะได้รับการบูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพฯ	117	1	5	3.88
6) มีกระบวนการจัดทำแผนและกำหนดเป้าหมายความสำเร็จทั้ง 8 Flagship อย่างมีส่วนร่วมจากกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง	117	2	5	3.87
7) ผู้บริหารให้ความสำคัญโดยมีการติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพฯ (8 Flagships Project) อย่างต่อเนื่อง	117	1	5	3.87
8) มีการประเมินกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	117	1	5	3.85

ระดับความสำคัญของปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนผลักดันให้กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปี 2556 ตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagships Project) มีการบูรณาการและบรรลุความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญมากที่สุดในประเด็นการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ และคณะอนุกรรมการฯ ประสานการบริหาร

แผนงานฯ ที่ประกอบด้วย ผู้บริหารและนักวิชาการจากทุกกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้ง 8 แผนงาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน และการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพฯ ต้องมีการกำหนดหน่วยงานและผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน ที่ระดับความสำคัญเท่ากับ 4.04 และ 4.00 ตามลำดับ และให้ความสำคัญในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางมากในประเด็น การกำหนดตัวชี้วัดกระทรวงฯ (Strategic Focus) ในปีงบประมาณ 2556 สอดคล้องกับตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพฯ ระดับความสำคัญเท่ากับ 3.98 มีกลไกการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ผ่านการตรวจราชการและนิเทศงานของสำนักตรวจราชการ โดยมีศูนย์วิชาการต่างๆ ร่วมในการตรวจราชการ ระดับความสำคัญเท่ากับ 3.97 ประโยชน์ที่จะได้รับการบูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพฯ ระดับความสำคัญเท่ากับ 3.88 โดยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางมากเท่ากันเท่ากับ 3.87 ในประเด็นมีกระบวนการจัดทำแผนและกำหนดเป้าหมายความสำเร็จทั้ง 8 Flagship อย่างมีส่วนร่วมจากกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง และผู้บริหารให้ความสำคัญโดยมีการติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพฯ อย่างต่อเนื่อง และควรมีการประเมินกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญในระดับปานกลางค่อนข้างไปทางมากเท่ากับ 3.85

4.4.2 ความคาดหวังหรือความสำเร็จที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้าในการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ตารางที่ 14 แสดงภาพความคาดหวังหรือความสำเร็จที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้าในการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)		
1.	บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้และศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจยุทธศาสตร์และแผนงาน สามารถวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพได้	10
2.	ระบบข้อมูลงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีการพัฒนา มีการบริหารจัดการข้อมูลที่ดี สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย วางแผนจัดการปัญหาในพื้นที่และเชื่อมโยงใช้งานได้ในทุกระดับทั่วประเทศ	5
3.	นโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความชัดเจน ไม่เปลี่ยนแปลงบ่อยๆ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	4

ตารางที่ 14 แสดงภาพความคาดหวังหรือความสำเร็จที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า
ในการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
4.	มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เพียงพอต่อการดำเนินงานใน แต่ละแผนงานอย่างครอบคลุมและทั่วถึง	3
5.	ผู้บริหารให้ความสำคัญกับงานการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเท่ากับงานการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ	2
รวม		24
ด้านกระบวนการ (Process)		
1.	มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วนแบบ Participation Stakeholder Management ทั้งศูนย์วิชาการ ประชาชน และภาคีเครือข่ายต่างๆในการเฝ้าระวัง วิเคราะห์ข้อมูล ปฏิบัติ แก้ไขปัญหา และการประเมินผลรวมทั้งการบูรณาการ ทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ เช่น งบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานแบบองค์รวมอย่างแท้จริง เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของงาน มีเจ้าภาพหลักในแต่ละเรื่องเพื่อการดูแลสุขภาพและเข้าถึงประชาชนที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน	29
2.	มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ เป้าหมาย มาตรการ และกระบวนการต่างๆ สำหรับการดำเนินการในพื้นที่ที่ชัดเจน ต่อเนื่อง และไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย เป็นแผนที่ได้จาก การวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่ มีการบูรณาการ อยู่ในแผนระดับชาติต่างๆ เป็นแผนที่สามารถปฏิบัติได้จริง มีการนำแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง และเกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม	25
3.	มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยมองเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพประชาชนให้ดีขึ้นเป็นหลัก ผู้ประเมินมีศักยภาพในการประเมิน สามารถชี้ประเด็นที่เป็นปัญหากับทีมปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ตรงประเด็น และมีส่วนช่วยผลักดันให้ผู้ปฏิบัติงานยอมรับผลการประเมินและนำไปปฏิบัติจริง และเครือข่ายสามารถนำผลการประเมินไปปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ	10
4.	มีการสื่อสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แนวทางการปฏิบัติงานให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีความเข้าใจอย่างชัดเจน และรับทราบโดยทั่วถึงกัน	2
รวม		66

ตารางที่ 14 แสดงภาพความคาดหวังหรือความสำเร็จที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า
ในการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
ผลลัพธ์ (Outcome)		
1.	ประชาชนและชุมชนมีความตระหนัก มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว (Self care) และชุมชนได้ตามมาตรฐานขั้นพื้นฐานที่กำหนดได้โดยไม่ต้องพึ่งพาหน่วยงานภาครัฐ สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามศักยภาพของตนเองได้ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเบื้องต้นรวมทั้งสามารถควบคุมโรคในระดับครัวเรือนได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพประเทศลดลง และอายุขัยเฉลี่ย ของประชากรเพิ่มขึ้น	22
2.	ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางกายและทางใจ ใช้ชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ กลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้มีอัตราการเพิ่มลดลงหรือเป็นศูนย์ในอีก 10 ปีข้างหน้า อัตราการป่วยและตายในทุกกลุ่มอายุ และอัตราการพิการและทุพพลภาพลดลง และผู้ป่วยที่ป่วยรุนแรงจนต้องพึ่งพาผู้อื่นมีอัตราเพิ่มลดลง	11
3.	มีการร่วมมือ ช่วยเหลือกันระหว่างเครือข่าย เช่น ท้องถิ่น อบต. รพ.สต. ชุมชน และโรงเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ	7
4.	ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเบื้องต้นในการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ถูกต้อง การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และการปรับพฤติกรรมเพื่อลดเสี่ยงและลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	6
5.	ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่สะดวก รวดเร็ว มีคุณภาพ ครบถ้วน ต่อเนื่อง และเหมาะสมตามวัย	5
6.	สถานบริการสาธารณสุขมีความตระหนัก และจัดให้มีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และสามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง	4
รวม		55
รวมทั้งหมด		145

4.4.3 กลยุทธ์ ประเด็น หรือแนวทางที่ต้องดำเนินการให้บรรลุความคาดหวังในการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ตารางที่ 15 แสดงกลยุทธ์ ประเด็น หรือแนวทางที่ต้องดำเนินการให้บรรลุความคาดหวัง
ในการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
1.	การถ่ายทอดนโยบาย ทิศทาง และตัวชี้วัดที่จะถ่ายทอดลงสู่พื้นที่ที่มีความชัดเจน มีการแบ่งงานตามภารกิจโดยมุ่งเน้นที่เป้าหมายการส่งเสริม ป้องกัน สร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมาย การทำงานไม่เกิดความซ้ำซ้อน โดยเฉพาะหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบหลัก (focal point) จะต้องสามารถบริหารจัดการยุทธศาสตร์ได้ ตั้งแต่การวิเคราะห์ การผลักดันเป้าประสงค์สู่การปฏิบัติ	58
2.	การดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างเครือข่ายและทุกภาคส่วนร่วมกันอย่างแท้จริง ทุกภาคส่วนมีบทบาทและร่วมมือกันทำงานอย่างเข้มแข็ง มีคุณภาพ ร่วมเป็นเจ้าของระบบ มีการวางแผนเชิงบูรณาการร่วมกัน มีการติดต่อประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย มีมาตรฐานในการดำเนินงาน โดยมีเป้าหมายหลักที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดี	32
3.	พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ มีการพัฒนาระบบการบริหารจัดการข้อมูล มีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปให้สถานบริการเครือข่ายสามารถใช้เชื่อมโยงการดำเนินงานได้ทั่วประเทศ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ กำหนดกลยุทธ์ และมาตรฐานการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาของพื้นที่	25
4.	พัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ช่องทางการรับรู้และเข้าถึงข่าวสารและองค์ความรู้ เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญ ความจำเป็น และเกิดความเข้าใจตรงกันเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค ตลอดจนให้ประชาชนได้เรียนรู้ทักษะเบื้องต้น และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง	16
5.	พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลมีประสิทธิภาพ แนวทางการกำกับติดตามประเมินผล มีความชัดเจน ทึมติดตามและประเมินผลมีศักยภาพเพียงพอ ผลการประเมินสามารถสะท้อนกลับมายังพื้นที่เพื่อนำผลไปปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพในประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจน	15
6.	พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในทุกระดับ สร้างความเข้มแข็งด้านวิชาการให้แก่บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขที่เป็นเครือข่าย โดยเฉพาะผู้รับผิดชอบด้านแผนงาน/โครงการ ยุทธศาสตร์ และการติดตามประเมินผล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ	14

ตารางที่ 15 แสดงกลยุทธ์ ประเด็น หรือแนวทางที่ต้องดำเนินการให้บรรลุความคาดหวัง
ในการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
7.	พัฒนาระบบการบริหารจัดการงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรต่างๆ ที่สมดุล มีการกำหนดสัดส่วนงบประมาณไว้ล่วงหน้าให้เหมาะสม และชัดเจน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคอย่างจริงจัง	5
	รวม	165

4.4.4 ปัญหา/อุปสรรคที่พบในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ผ่านมา

ตารางที่ 16 แสดงปัญหา/อุปสรรคที่พบในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ผ่านมา

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
	ด้านการจัดทำแผน	
1.	ขาดการบูรณาการแผนอย่างเป็นรูปธรรม จัดทำแบบแยกส่วนกัน ไม่มีการจัดทำแผนบูรณาการเชิงรุก ขาดการประสานงานการดำเนินงานในพื้นที่ ไม่สอดคล้องเชื่อมโยงกันในแต่ละระดับทำให้แต่ละแผนไม่มีความเชื่อมโยงกัน กรมวิชาการต่างๆ ยังยึดการทำงานในภารกิจรูปแบบเดิม ขาดการบูรณาการระหว่างกรมและกองฯ ทำให้การส่งการลงมายังพื้นที่แตกต่างกัน	64
2.	มีการใช้ข้อมูลในพื้นที่เพื่อการจัดทำแผนงานน้อย ขาดการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ไม่ได้นำปัญหาที่แท้จริงมาจัดทำแผนแก้ไข ไม่มีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เนื่องจากบริบทในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ยึดนโยบายจากกระทรวงเป็นแนวทางหลักแล้วจึงเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ปัญหาที่ไม่ตรงกับนโยบายกระทรวงมักถูกละเลย เน้นตัวชี้วัด ไม่สามารถตอบสนองปัญหาได้อย่างแท้จริง	25
3.	การจัดทำและเผยแพร่แผนฯ จากส่วนกลางล่าช้าเพราะต้องรอนโยบายจากกระทรวง และมีการปรับเปลี่ยนทุกปี ไม่สอดคล้องกับระยะเวลาที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ การถ่ายทอดแผนมักเป็นลักษณะหนังสือชี้แจง ทำให้พื้นที่ไม่เข้าใจกระบวนการทำงาน เกิดความสับสน และมีเวลาจำกัดในการจัดทำแผนงาน ส่งผลให้พื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ทันเวลา	18
4.	การจัดทำแผนคล้ายกับแผนงานเดิม เป้าหมายไม่ชัดเจน ใช้มาตรการเดิม และเป็นมาตรการกว้างๆ มีการจัดทำแบบเร่งด่วน จัดทำไม่ครบทุก Flagships แยกภาระหน้าที่ไม่ชัดในแต่ละหน่วยงานภายใต้กระทรวงเดียวกัน จึงเป็นเหตุให้กิจกรรมไม่ตอบสนองต่อปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย	12

ตารางที่ 16 แสดงปัญหา/อุปสรรคที่พบในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ผ่านมา (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
5.	กิจกรรมหรืองานตามแผนมีจำนวนมาก การกำหนดแผนงานเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะปัญหาตามตัวชี้วัดที่แต่ละคนรับผิดชอบ	6
รวม		125
ด้านงบประมาณ		
1.	การจัดสรรงบประมาณล่าช้า ส่งผลให้การดำเนินการล่าช้า	42
2.	ขาดการบูรณาการงบประมาณร่วมกัน มีการใช้งบประมาณไปในเรื่องหรือปัญหาด้านใดด้านหนึ่งเท่านั้น งบประมาณกระจายไม่ทั่วถึง ไม่จัดสรรงบประมาณให้ครอบคลุมทั้ง 8 Flagships การจัดสรรงบประมาณน้อยกว่าปริมาณงานที่ต้องดำเนินการ ไม่มีการบูรณาการงบประมาณลงสู่เป้าหมาย	30
3.	พื้นที่ไม่สามารถบริหารงบประมาณได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เนื่องจากไม่มีสิทธิ์ขาดทั้งหมด ในการบริหารงบประมาณการดำเนินงานมาจากหลายๆ กองทุน มีการจัดสรรงบประมาณแบบแยกส่วนทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนงานตามแผนได้ เนื่องจากแต่ละกองทุนมีข้อจำกัดและหลักเกณฑ์ในการดำเนินงานและใช้จ่ายเงินตามวัตถุประสงค์ของแต่ละกองทุน และบางแห่งผู้บริหารจะเป็นผู้กำหนดการใช้งบประมาณซึ่งไม่สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่	28
4.	ใช้งบประมาณไม่ตรงวัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการ และเป้าหมาย บางพื้นที่ไม่มีการนำงบประมาณ P&P มาดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างแท้จริง มีการนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	20
รวม		120
ด้านกระบวนการทำงาน		
1.	กระบวนการทำงานจะถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง ระดับจังหวัด และถ่ายทอดลงมาสู่พื้นที่ ซึ่งแต่ละพื้นที่มีกระบวนการดำเนินงานที่แตกต่างกัน เนื่องจากบริบท/ปัญหาที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถดำเนินการได้ตามกิจกรรมที่จังหวัดกำหนดลงมา	37
2.	การชี้แจง/ประสานงานเรื่องตัวชี้วัดล่าช้า ส่งผลให้พื้นที่ต้องดำเนินงานแบบเร่งรีบ ไม่มีเวลาคิดอย่างรอบคอบ ไม่มีการพิจารณาปัญหาในพื้นที่เป็นหลัก เน้นการดำเนินงานตามตัวชี้วัด เพื่อตอบตัวชี้วัดตามประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงาน ทำให้การดำเนินงานไม่มีความยั่งยืน	30
3.	มีโครงการ/กิจกรรมจำนวนมาก เน้นการทำงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ขาดการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ ภาระงานเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมต่างๆ ที่ภาระงานปกติมีมากอยู่แล้ว ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานด้าน P&P ได้เต็มที่ รวมทั้งขาดการกระจายภารกิจที่เหมาะสมให้กับบุคลากร ทำให้เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานเหมือนเดิม	20

ตารางที่ 16 แสดงปัญหา/อุปสรรคที่พบในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ผ่านมา (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
4.	ขาดการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม ไม่มีเจ้าภาพหลักที่ชัดเจน ส่งผลให้ดำเนินงานแบบแยกส่วนตามตัวชี้วัด ต่างคนต่างทำงาน เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน มีการแย่งกลุ่มเป้าหมายในการทำงาน ผู้รับผิดชอบหรือ กรมวิชาการขาดการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน	18
5.	ขาดความชัดเจนเรื่องยุทธศาสตร์ มาตรการ/กิจกรรมที่ดำเนินงานไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาในพื้นที่ ใช้มาตรการเดิมซ้ำๆ ไม่มีการเปลี่ยนแปลง มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง/แผนงานบ่อยครั้งส่งผลให้การทำงานขาดความต่อเนื่อง และขาดความชัดเจนของทิศทางการดำเนินงาน มีการปรับปรุงตัวชี้วัดระหว่างปีทำให้พื้นที่ต้องปรับแผนการดำเนินงาน พื้นที่ยังไม่เข้าใจกระบวนการที่ชัดเจน ทำให้ดำเนินงานตาม Flagship ยังเป็นรูปแบบเดิม	13
รวม		118
ด้านบุคลากร		
1.	บุคลากรไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานด้าน P&P บุคลากรมีภาระงานมากทำให้ไม่สามารถดำเนินงาน P&P ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	35
2.	ผู้รับผิดชอบไม่มีความชัดเจน ขาดผู้รับผิดชอบหลัก เนื่องจากผู้รับผิดชอบโดยตรงรับทราบข้อมูลไม่ทั่วถึง	27
3.	บุคลากรปฏิบัติงานโดยยึดติดกับกรอบเดิมๆ บางคนไม่มีความรู้ใหม่ๆ ใช้ประสบการณ์เดิมๆ เป็นตัวตั้ง ต่างคนต่างทำ ไม่ได้มุ่งความสำเร็จเดียวกัน บางครั้งทำงานซ้ำซ้อนกัน	25
4.	ผู้บริหารมีการกำหนดนโยบายและสื่อสารไปคนละทิศทางกัน ทำให้พื้นที่เกิดความสับสนในการดำเนินงาน ไม่ทราบว่าต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในขั้นตอนใด หรือควรทำอะไร	18
5.	บุคลากรขาดความรู้และศักยภาพด้านงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการปรับโครงสร้างและเปลี่ยนแปลงตัวบุคลากรในการปฏิบัติงาน ทำให้ต้องเรียนรู้งานและศึกษางานที่ได้รับใหม่ ขาดการวิเคราะห์ปัญหาและคิดค้นกลวิธีในการแก้ไขปัญหา ขาดทักษะการบริหารงานในรูปแบบเครือข่าย ขาดความรู้ด้านกระบวนการ M&E ในกรณีที่ได้รับการพัฒนาแต่ยังประสบปัญหาการพัฒนาไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร หรือพัฒนาแล้ว แต่ไม่มีการนำไปใช้ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้ดำเนินงานในรูปแบบเดิมและขาดการติดตามการนำไปใช้ประโยชน์	10
รวม		115

ตารางที่ 16 แสดงปัญหา/อุปสรรคที่พบในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ผ่านมา (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
ด้านการติดตามงาน		
1.	ให้ความสำคัญกับการติดตามงานตามนโยบายและตัวชี้วัดของกระทรวง มากกว่าปัญหาโรคและสุขภาพที่ปรากฏในพื้นที่ ขาดการวางแผนและกำหนดเรื่องที่จะทำการติดตามหรือกำหนดแนวทางไว้ตั้งแต่ต้นปี งบประมาณ การรายงานข้อมูลจำนวนมากทำให้เวลาในการดำเนินการเพื่อประชาชนน้อยลง พื้นที่เข้าใจว่าเป็นการติดตามเฉพาะด้านงบประมาณ ซึ่งควรเน้นการติดตามกระบวนการดำเนินงาน	36
2.	ไม่มีการติดตามงานตามแผนการดำเนินงาน ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ของการดำเนินการเพียงอย่างเดียว หรือให้ความสำคัญกับผลผลิต (Output) มากกว่ากระบวนการ ไม่มีการยืดหยุ่นตามปัญหาในแต่ละพื้นที่ เป็นการติดตามเพื่อรายงาน	28
3.	การติดตามงานไม่มีความชัดเจน รูปแบบในการติดตามงานยังไม่เหมาะสม ตัวชี้วัดที่ใช้ในการดำเนินการติดตามงานไม่มีความชัดเจน การติดตามงานไม่สม่ำเสมอ ขาดความต่อเนื่อง ระยะเวลาในการติดตามงานมีจำกัด ขาดการติดตามงานในทุกระดับ การติดตามงานไม่ได้ข้อมูลเชิงรุก มีการจัดเตรียมพื้นที่เพื่อการติดตามงาน ทำให้ขาดข้อมูลของพื้นที่อื่นๆ	19
4.	ขาดทีมงานสำหรับการกำกับและติดตามเชิงคุณภาพ มีแต่การรายงานผลการดำเนินงานในการตรวจราชการ ซึ่งเป็นการติดตามงานแบบปกติ ทีมกำกับติดตามไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ไม่สามารถมองภาพแบบองค์รวมได้	15
รวม		98
ด้านการประเมินผลงาน		
1.	ระบบและวิธีการประเมินงานไม่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดแนวทางการประเมินไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ไม่มีความสม่ำเสมอ ระยะเวลาในการประเมินผลน้อย จำกัด และกระชั้นชิด มีความเข้าใจไม่ตรงกัน เครื่องมือสำหรับ การประเมินที่มีอยู่ไม่สามารถใช้ประเมินได้ทุกเรื่อง ส่งผลให้การประเมินเป็นภาพกว้างๆ ไม่มีการเจาะลึกลงไปประเด็นปัญหาที่แท้จริงเท่าที่ควร	28
2.	ขาดการประเมินผลตามกระบวนการดำเนินงาน ส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลตามตัวชี้วัด ไม่มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการดำเนินงาน ไม่ได้นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลมาใช้ในการพัฒนาต่อยอด และไม่สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานได้	20
3.	ขาดการประเมินผลเชิงคุณภาพ การประเมินผลยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ไม่สามารถประเมินผลงานในแต่ละกลุ่มวัยได้ การประเมินผลเป็นเพียงการเลือกบางพื้นที่/บางกลุ่มวัยมาประเมินเท่านั้น ไม่ครอบคลุมทั้งหมด ทำให้ไม่ทราบว่าคุณภาพที่แท้จริงเป็นอย่างไร ปัญหาอยู่ที่จุดใดบ้าง และพื้นที่ที่ไม่ถูกเลือกจะไม่ได้รับการแก้ไขปัญหา และไม่มีการประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจนเป็นเพียงการสรุปผลการดำเนินงาน	18

ตารางที่ 16 แสดงปัญหา/อุปสรรคที่พบในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ผ่านมา (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
4.	การดำเนินการประเมินผลไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากบุคลากร มีภาระงานมาก	16
5.	ผู้บริหารหน่วยงานไม่ให้ความสำคัญและไม่สนับสนุนให้มีการจัดทีมงานเพื่อทำการประเมินผลงาน	13
รวม		95

4.5 ปัจจัยความสำเร็จของการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ตารางที่ 17 แสดงปัจจัยความสำเร็จของการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประสบความสำเร็จ

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
1.	การขับเคลื่อนงานติดตามและประเมินผลต้องมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างสม่ำเสมอ	40
2.	งบประมาณสำหรับการบริหารจัดการที่เพียงพอ สนับสนุนงบประมาณตรงตามวัตถุประสงค์ และทันต่อเวลา รวมทั้งมีงบประมาณสนับสนุน จากหลายๆ แหล่ง ทั้งจากส่วนกลางและพื้นที่ (อปท.) เช่น การสนับสนุนจากกองทุนตำบล	38
3.	การบูรณาการงานในระดับกรม จังหวัด และพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม มีความเชื่อมโยงของทุกงานร่วมกัน โดยมีการวางแผนเพื่อการบูรณาการงานร่วมกันอย่างแท้จริงระหว่างกรมที่เกี่ยวข้องทุกๆ เรื่อง ตั้งแต่แผนงาน งบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี โดยมองกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มวัย เช่น เด็ก โรงเรียน และทุกภาคส่วน รวมทั้งประธานในการจัดทำแผนบูรณาการ P&P ควรมีศักยภาพและมีอำนาจในการกำหนดงบประมาณสำหรับการดำเนินการ	35
4.	ผู้บริหารในทุกระดับควรเป็นผู้นำองค์กรอย่างแท้จริง เห็นความสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงและกรมฯ รวมทั้งผู้บริหารระดับเขต จังหวัด และอำเภอต้องให้ความสำคัญอย่างจริงจัง ให้การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีการกำหนดเป็นภารกิจหลักของเขตบริการสุขภาพฯ	32
5.	ผู้ปฏิบัติงานมีความตั้งใจ ตระหนัก และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน เห็นความสำคัญของการจัดการปัญหาตามสภาพที่แท้จริงในพื้นที่ รวมทั้งได้รับการพัฒนาในทักษะที่เกี่ยวข้อง เช่น สมรรถนะด้านการจัดทำแผน และการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการทำงานแบบบูรณาการ	29

ตารางที่ 17 แสดงปัจจัยความสำเร็จของการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประสบความสำเร็จ (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
6.	การจัดการเรื่องฐานข้อมูลที่มีการบูรณาการทั้งภายในและนอกหน่วยงาน เป็นข้อมูลในพื้นที่ที่สะท้อนปัญหาที่แท้จริงและมีความถูกต้อง สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัยในพื้นที่ เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน โดยมีเป้าหมายเป็นหนึ่งเดียวกันที่มีความชัดเจน และเป็นแผนที่มีประสิทธิภาพ มีการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับบริบทของประชากรในแต่ละกลุ่มวัย	26
7.	นโยบายจากส่วนกลางมีความชัดเจนและต่อเนื่อง ผู้ตรวจราชการควรแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติให้ชัดเจนโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานสภาพปัญหาที่แท้จริงของเขต มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และถูกบรรจุเป็นประเด็นในการตรวจราชการฯ	23
8.	การกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน ตัวชี้วัดมีความชัดเจน การกำหนดมาตรการที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม มีกลไกการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อให้การทำงานของส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่เหมาะสมกับพื้นที่ การพิจารณาเลือกมาตรการหลักที่สำคัญสำหรับการดำเนินงาน	21
9.	การมีส่วนร่วมของบุคลากรในระดับพื้นที่ รพสต. อบต. ชุมชนและ อสม. เพื่อรวมกันเป็นทีมที่เข้มแข็งในการวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่ตั้งแต่ระดับ อำเภอและตำบล เพื่อจัดทำตัวชี้วัดที่สอดคล้องรวมทั้งมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน	18
10.	การสื่อสารถ่ายทอดยุทธศาสตร์กระทรวงสู่กรม สู่เขต และสู่จังหวัดในแต่ละระดับที่ชัดเจน และครอบคลุม รวมทั้งมีการสื่อสารภายในองค์กรที่ชัดเจนสู่การปฏิบัติได้จริง ตลอดจนการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงภาคประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ	10
รวม		272

4.6 ความต้องการได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขต่อกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้บรรลุผลสำเร็จ

ตารางที่ 18 แสดงความต้องการได้รับการสนับสนุนที่จากกระทรวงสาธารณสุขต่อกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบรรลุผลสำเร็จ

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
1.	การสื่อสารและทำความเข้าใจเรื่องนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคที่ชัดเจนจากผู้บริหารลงไปสู่พื้นที่อย่างทันเวลาตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ผู้บริหารให้ความสำคัญสนับสนุน และขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องจริงจัง	43

ตารางที่ 18 แสดงความต้องการได้รับการสนับสนุนที่จากกระทรวงสาธารณสุขต่อกระบวนการบริหารงาน
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบรรลุผลสำเร็จ (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
2.	แนวทางการติดตามประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ชัดเจน ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ มีการแบ่งโครงสร้าง ผู้รับผิดชอบ และรูปแบบการประเมินที่ชัดเจน มีการชี้แจงทำความเข้าใจเรื่องกรอบการประเมินที่ชัดเจนแก่ผู้ปฏิบัติงาน	28
3.	การจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานมีความชัดเจนและเพียงพอต่อการดำเนินงาน มีการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานส่วนกลางที่สอดคล้องกับแผนงานของพื้นที่	25
4.	การสนับสนุนด้านวิชาการ องค์ความรู้ที่สำคัญ มาตรการ ประเด็นจุดเน้นของแต่ละกลุ่มวัย คู่มือ และสิ่งสนับสนุนทางการแพทย์ต่างๆ สำหรับนำไปใช้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อลดปัญหาโรคและภัยสุขภาพ	22
5.	การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ความก้าวหน้าในสายวิชาชีพสาธารณสุข การเพิ่มอัตรากำลังในส่วนงานที่มีภาระงานเพิ่มขึ้น และการพิจารณาเรื่องค่าตอบแทนให้มีความเหมาะสมแก่ผู้ปฏิบัติงาน	17
6.	ระบบข้อมูลสารสนเทศเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพและเป็นปัจจุบัน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลและผลทางสถิติมาประกอบการวางแผนการดำเนินงาน โดยไม่เป็นภาระของพื้นที่ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง	15
7.	การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับต่างๆ เพื่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน หรือการมีพี่เลี้ยง และการพัฒนาศักยภาพทีมประเมินอย่างต่อเนื่อง	14
8.	การบูรณาการงานร่วมกันระหว่างกรม กองและสำนักให้มีความชัดเจนตั้งแต่ระดับนโยบาย ก่อนลงมาสู่พื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมโดยมีเป้าหมายร่วมกันที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มีใจต่างคนต่างปฏิบัติงานของตน	11
9.	การสื่อสารประชาสัมพันธ์งานการส่งเสริม ป้องกันโรคและภัยสุขภาพทั้งภายในองค์กรและสื่อสาธารณะอย่างต่อเนื่อง	8
	รวม	183

4.7 ความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagships Project) และการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระหว่างกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง

1) ช่วยให้เกิดภาพของการบูรณาการงานเข้าด้วยกัน เนื่องจากมีการดำเนินการในกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน กรมวิชาการและกองต่างๆ ได้รับทราบงานของแต่ละหน่วยงานร่วมกัน เกิดการบูรณา

การในภาพรวม ไม่แยกส่วน จำนวนตัวชี้วัดลดลง หน่วยงานสาธารณสุขมีการทำงานและวางแผนติดตาม ประเมินผลร่วมกัน ทำให้การทำงานด้านสุขภาพครอบคลุมครบทุกด้าน

2) เป็นการร่วมกันทำงาน สร้างความตระหนัก ช่วยลดขั้นตอนการทำงานของพื้นที่ทำให้ เข้าใจและทราบปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากการทำงาน ลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงาน ทำงานได้สะดวก ขึ้น ผู้ดำเนินการร่วมเป็นหนึ่งเดียวกัน ลดระยะเวลา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีเวลาในการทำงานในพื้นที่มากขึ้น เป็นการลดภาระงานของบุคลากร มีการดูแลประชาชนในพื้นที่แบบบูรณาการ มีการดำเนินงานไปในทิศทาง เดียวกันเพื่อให้พื้นที่สามารถทำงานได้อย่างครอบคลุม แต่ส่วนกลางจำเป็นต้องมีความชัดเจนเรื่องการบูรณา การเชิงวิชาการในการดำเนินงานแต่ละกลุ่มวัยที่ชัดเจน

3) มีการประสานงานและการสื่อสารเพื่อแจ้งผลการดำเนินงานผ่าน E-mail อย่างสม่ำเสมอ ทำให้เกิดการพูดคุยระหว่างผู้ปฏิบัติงานร่วมกันมากขึ้น

4) มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องมากขึ้นกว่าในอดีตที่ผ่านมาอย่าง เป็นรูปธรรม เนื่องจากมีระบบการจัดสรรงบประมาณเป็นตัวกำกับ มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องมากขึ้น ข้อมูลที่ได้รับมากขึ้นกว่าเดิม เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจตรงกันมากขึ้น งานไม่เกิดความซ้ำซ้อน รูปแบบการดำเนินงานชัดเจนขึ้น แต่ยังไม่มีความมีประสิทธิภาพตามที่คาดหวัง จำเป็นต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5) ทราบเป้าหมายการดำเนินงาน เกิดแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่ มีกิจกรรม ที่หลากหลายมากขึ้น ผลลัพธ์ที่ได้มีความชัดเจน หากทุกหน่วยงานบูรณาการกันอย่างจริงจังและมีการจัดทำ มาตรฐานการดำเนินงานร่วมกัน

4.7.1 ประเด็นอื่นๆ ที่จะช่วยให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ตารางที่ 19 แสดงประเด็นอื่นๆ ที่จะช่วยให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
ด้านการวางแผน		
1.	การกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนตั้งแต่ต้นปีงบประมาณและสื่อสารให้ ผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับประเทศ กรม เขตบริการสุขภาพ และจังหวัดรับทราบอย่างทั่วถึง	7
2.	กรมวิชาการกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนโดยร่วมคิด ร่วมทำ และผลักดันงานไป พร้อมๆ กับพื้นที่ เนื่องจากพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการตามนโยบาย และควรให้ศูนย์วิชาการเข้า มามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพและมีความเป็นเจ้าของมากขึ้น	5

ตารางที่ 19 แสดงประเด็นอื่นๆ ที่จะช่วยให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
3.	ผู้บริหารและนักวิชาการให้ความสำคัญและผลักดันให้เกิดการบูรณาการแบบร่วมคิด ร่วมวางแผน มีการตั้งเป้าหมายและกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จร่วมกัน เพื่อให้แต่ละกรม สามารถวางแผนงานเพื่อตอบสนองเป้าหมายการดำเนินงาน P&P ไม่ควรใช้โครงการของ แต่ละกรมมาบูรณาการร่วมกัน หรือต่างคนต่างเอาโครงการมาต่อกัน	4
4.	การกำหนดตัวชี้วัดของกระทรวงฯ จำเป็นต้องใช้ข้อมูลปัญหาในพื้นที่ประกอบการ พิจารณา และสนับสนุนงบประมาณให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่	3
5.	ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินงานโดยมุ่งเป้าหมายที่ประชาชน ยึดกลุ่มเป้าหมาย/ กลุ่มอายุเป็นตัวตั้งในการดำเนินงาน และผู้บริหารต้องร่วมตัดสินใจ/พิจารณาแผนงาน ให้เกิดการบูรณาการ	2
6.	ควรเชื่อมโยงแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกับยุทธศาสตร์กระทรวงฯ ให้ สอดคล้องและมีเป้าหมายเดียวกัน	1
รวม		22
ด้านการบูรณาการ		
1.	ผู้บริหารระดับกรมฯ ต้องให้ความสำคัญกับการบูรณาการอย่างจริงจังและทำให้เป็น รูปธรรมที่ชัดเจน มีเจ้าภาพระดับกรมเพื่อบูรณาการงานร่วมกัน ควรให้บุคลากรภายใน กรมมีความเข้าใจและร่วมบูรณาการงานกับกรมอื่นๆ และเน้นการทำงานร่วมกันและ แนวทางเดียวกัน รวมทั้งระดับเขตต้องมีการบูรณาการบุคลากรและทรัพยากร ไม่ แบ่งแยกเป็นกรมฯ เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องระดับจังหวัดได้ตระหนักและบูรณาการงานร่วมกัน ได้มากขึ้น	7
2.	ควรให้คำจำกัดความของคำว่า “บูรณาการ” ให้ชัดเจน เพื่อใช้เป็นกรอบในการ ดำเนินงานร่วมกัน	1
3.	การบูรณาการระดับกระทรวงฯ และกรมฯ เริ่มดีขึ้นแล้ว แต่ขาดการนำไปใช้ตามแผน บูรณาการระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล รวมทั้งการบูรณาการแผนร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และควรมีความชัดเจนตั้งแต่ระดับกระทรวงฯ	1
4.	ควรมีการสื่อสารถ่ายทอดแนวทางการบูรณาการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับทราบอย่าง ทั่วถึง	1
รวม		10

ตารางที่ 19 แสดงประเด็นอื่นๆ ที่จะช่วยให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
ด้านกระบวนการดำเนินงาน		
1.	มีการทำงานเป็นทีม โดยเจ้าของโครงการแต่ละ Flagship เป็นเจ้าภาพ และมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง “ร่วมทำงานแบบร่วมหัวจมท้าย” ไม่ใช่ให้ความร่วมมือเฉพาะประเด็นของตนเอง มีการทำงานเป็นทีมร่วมกันมากขึ้น โดยมีนักวิชาการจากกรมวิชาการต่างๆ มาช่วยเป็นทีมทำงานเต็มเวลา (Full Time) และควรลดภาระงานประจำของบุคลากรนั้นๆ เพื่อทุ่มเทให้การทำงานด้าน P&P อย่างเต็มประสิทธิภาพ	3
2.	ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระดับกรม เขต และบุคลากรที่ร่วมดำเนินการ เพื่อแลกเปลี่ยนวิธีการหรือผลการปฏิบัติงานให้รับทราบถึงการดำเนินงานซึ่งกันและกัน	3
3.	มีการสื่อสารที่เป็นรูปธรรม ชัดเจน เป็นไปในแนวทางเดียวกันอย่างสม่ำเสมอ และรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน	2
4.	ควรถ่ายทอดแผนงาน/ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างชัดเจนตั้งแต่ต้นปีงบประมาณและมีแนวทางการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัดที่ชัดเจน	1
5.	มีการขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง ให้ประชาชนได้รับรู้ปัญหาและมีส่วนร่วมในทุกกระบวนการ	1
6.	เน้นการดำเนินการเชิงรุกในระดับ รพ.สต. เพื่อให้สามารถดำเนินการได้ในทุกกลุ่มเสี่ยง เช่น การสร้างเสริมสุขภาพครอบครัวในทุกพื้นที่ และการตั้งครรภ์ไม่พร้อม	1
รวม		11
ด้านการติดตามและประเมินผล		
1.	มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพทุกกลุ่มวัย อย่างต่อเนื่อง และมีการเก็บข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ	3
2.	การประเมินการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพฯ ควรมีการกำหนดแนวทางในการดำเนินงานในภาพเดียวกันทั้ง 12 เขต เพื่อสรุปให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีกรอบการประเมินผลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกัน และควรมีการกระตุ้นติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆ ทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือนและ 12 เดือน	3
3.	มีผู้รับผิดชอบทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในการติดตามประเมินผลที่ชัดเจนและต่อเนื่อง	1
4.	ไม่ควรนำผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดมาเป็นหลักในการพิจารณาให้ความดีความชอบในการปฏิบัติราชการ ควรคำนึงถึงผลการดำเนินงานที่ส่งถึงประชาชน มองแบบ Holistic care เพื่อสลายคำว่าตัวชี้วัดแต่ละกรม	1

ตารางที่ 19 แสดงประเด็นอื่นๆ ที่จะช่วยให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
5.	มีการชี้แจง/ประชุม/พูดคุยเรื่องการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้รับผิดชอบ ในทุกกระดับเกิดความเข้าใจ ตรงกัน	1
6.	ควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมเป็นกรรมการประเมินและการใช้ ตัวชี้วัดเรื่องระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System) เป็นตัวชี้วัดร่วมกัน	1
รวม		10

4.7.2 ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบรรลุผลสำเร็จอย่างมี
ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ตารางที่ 20 แสดงข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
ด้านผู้บริหาร		
1.	ผู้บริหารมีการกำหนดนโยบายในระดับประเทศที่ชัดเจน และมีแนวทางการดำเนินงานที่ มีความต่อเนื่องอย่างน้อย 2 - 3 ปี กรณีที่เป็นนโยบายเร่งด่วน ต้องกำหนดแนวทาง การ ดำเนินงานที่ชัดเจนและทันเวลาต่อการนำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่	3
2.	ผู้บริหารระดับสูงต้องให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคอย่างจริงจัง เพื่อให้การดำเนินงานแต่ละแผนฯ บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง	2
3.	ผู้บริหารมีความเข้าใจปัญหาและช่วยผู้ปฏิบัติงานระดับล่าง ในการแก้ไขปัญหา เป็นที่ปรึกษา และให้คำชี้แนะในการทำงาน	1
รวม		6

ด้านการวางแผน

- | | | |
|----|--|---|
| 1. | ควรบูรณาการแผนให้ชัดเจน เป็นแผนที่สามารถใช้ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก
เมื่อมีแผนฉบับใหม่แล้วของเดิมจะไม่ได้ถูกนำไปใช้ ไม่มีการเชื่อมโยงหรือนำมาใช้ในการ
ดำเนินการอีก | 2 |
| 2. | ควรนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ เพื่อบริหารจัดการตั้งแต่แผนยุทธศาสตร์จนถึง
แผนปฏิบัติการทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ และร่วมกันวางแผนเพื่อแก้ปัญหาให้
ตรงประเด็น | 1 |

ตารางที่ 20 แสดงข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (ต่อ)

ลำดับที่	เนื้อหา	จำนวน (ความคิดเห็น)
3.	กำหนดตัวชี้วัดเชิงคุณภาพที่สามารถประเมินได้ทั้งระดับผลผลิต (Output) ผลลัพธ์ (Outcome) และผลกระทบ (Impact) ที่ส่งถึงประชาชนอย่างแท้จริง	1
รวม		4
ด้านการติดตามและประเมินผล		
1.	ควรมีการควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผลกระบวนการทำงานและผลงานทุกขั้นตอน ต่อเนื่อง ทั้งก่อนการดำเนินงาน ระหว่างการดำเนินงานและเสร็จสิ้นการดำเนินงาน (ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ) และนำผลการติดตามมาปรับใช้เพื่อปิดช่องว่างการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ	4
2.	ควรจัดทีมติดตามประเมินผลโดยเฉพาะ และมีการฝึกทักษะการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	2
3.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทุกเขต ควรมีส่วนช่วยในการวิเคราะห์ผลการใช้จ่ายงบประมาณในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้ทราบถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผล ส่วนกรมวิชาการควรทำการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานซึ่งจะส่งผลให้การประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความครอบคลุม และสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น	1
รวม		7
ด้านการพัฒนาบุคลากร		
1.	ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือนำ Best Practice มานำเสนอให้ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กับบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	2
2.	ควรพัฒนาบุคลากรให้เห็นความสำคัญของการประเมินผล เพราะจะทำให้มองภาพความสำเร็จหรือไม่สำเร็จของการดำเนินงานใหม่ๆ ได้ชัดเจนมากขึ้น และช่วยให้เกิดกลวิธีการทำงาน เพื่อพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น	1
รวม		3

4.7.3 ความคาดหวังหรือความสำเร็จที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า ในการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ด้านประชาชน

- ประชาชนและชุมชนมีความตระหนัก มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว (Self care) และชุมชนได้ตามมาตรฐานขั้นพื้นฐานที่กำหนดโดยไม่ต้องพึ่งพาหน่วยงานภาครัฐ สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมตามศักยภาพของตนเองได้ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเบื้องต้นรวมทั้งสามารถควบคุมโรคในระดับครัวเรือนได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพประเทศลดลง และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรเพิ่มขึ้น ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางกายและทางใจ มีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ กลุ่มโรคที่สามารถป้องกันได้มีอัตราการเพิ่มลดลงในอีก 10 ปีข้างหน้า อัตราการป่วยและตายในทุกกลุ่มอายุ และอัตราการพิการและทุพพลภาพลดลง และผู้ป่วยที่ป่วยรุนแรงจนต้องพึ่งพาผู้อื่นมีอัตราเพิ่มลดลง

- ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเบื้องต้นในการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพที่ถูกต้อง การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และการปรับพฤติกรรมเพื่อลดเสี่ยงและลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่สะดวกรวดเร็ว มีคุณภาพ ครบถ้วนต่อเนื่อง และเหมาะสมตามวัย

ด้านการบริหารจัดการ

- ผู้บริหารให้ความสำคัญกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเท่ากับงานการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ นโยบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความชัดเจน ไม่เปลี่ยนแปลงบ่อยๆ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

- ระบบข้อมูลงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีการพัฒนา มีการบริหารจัดการข้อมูลที่ดี สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย วางแผนจัดการปัญหาในพื้นที่และเชื่อมโยงใช้งานได้ในทุกระดับทั่วประเทศ

- มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ เป้าหมาย มาตรการ และกระบวนการต่างๆ สำหรับการดำเนินการในพื้นที่ที่ชัดเจน ต่อเนื่อง และไม่เปลี่ยนแปลงบ่อย เป็นแผนที่ได้จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่ มีการบูรณาการอยู่ในแผนระดับชาติต่างๆ เป็นแผนที่สามารถปฏิบัติได้จริง มีการนำแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง และเกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม

- มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วนแบบ Participation Stakeholder Management ทั้งศูนย์วิชาการ ประชาชน และภาคีเครือข่ายต่างๆ ในการเฝ้าระวัง วิเคราะห์ข้อมูล ปฏิบัติ แก้ไขปัญหา และการประเมินผลรวมทั้งการบูรณาการทรัพยากรที่มีอยู่ในพื้นที่ เช่น งบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานแบบองค์รวมอย่างแท้จริง เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของงาน มีเจ้าภาพหลักในแต่ละเรื่องเพื่อการดูแลสุขภาพและเข้าถึงประชาชนที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

- จัดให้มีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีคุณภาพมาตรฐาน และสามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง มีการร่วมมือช่วยเหลือกันระหว่างเครือข่าย เช่น ท้องถิ่น อบต. รพ.สต. ชุมชน และโรงเรียนอย่างมีประสิทธิภาพ
- บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้และศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจยุทธศาสตร์และแผนงาน สามารถวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพได้
- มีการสื่อสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แนวทางการปฏิบัติงานให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีความเข้าใจอย่างชัดเจน และรับทราบโดยทั่วถึงกัน
- มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยมองเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพประชาชนให้ดีขึ้นเป็นหลัก ผู้ประเมินมีศักยภาพในการประเมิน สามารถชี้ประเด็นข้อบกพร่อง (Defect) กับทีมปฏิบัติงานในพื้นที่ได้ตรงประเด็น และมีส่วนช่วยผลักดันให้ผู้ปฏิบัติงานยอมรับผลการประเมินและนำไปปฏิบัติจริง และเครือข่ายสามารถนำผลการประเมินไปปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เพียงพอต่อการดำเนินงานในแต่ละแผนงานอย่างครอบคลุมและทั่วถึง

4.7.4 กลยุทธ์ ประเด็น หรือแนวทางที่ต้องดำเนินการให้บรรลุความคาดหวังหรือความสำเร็จในการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า

- การถ่ายทอดนโยบาย ทิศทาง การดำเนินงานลงสู่พื้นที่ที่มีความชัดเจน มีการแบ่งงานตามภารกิจโดยมุ่งเน้นที่เป้าหมายการส่งเสริม ป้องกัน สร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมาย ไม่ให้การทำงานเกิดความซ้ำซ้อน โดยเฉพาะหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบหลัก (focal point) จะต้องสามารถบริหารจัดการยุทธศาสตร์ได้ตั้งแต่การวิเคราะห์ การผลักดันเป้าประสงค์สู่การปฏิบัติการติดตามกำกับ การประเมินผล
- การดำเนินงานแบบบูรณาการระหว่างเครือข่ายและทุกภาคส่วนร่วมกันอย่างแท้จริงทุกภาคส่วนมีบทบาทและร่วมมือกันทำงานอย่างเข้มแข็ง มีคุณภาพ ร่วมเป็นเจ้าของ มีการวางแผนเชิงบูรณาการร่วมกัน มีการติดต่อประสานงานระหว่างภาคีเครือข่าย มีมาตรฐานในการดำเนินงานและการติดตามประเมินผล โดยมีเป้าหมายหลักที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
- พัฒนาระบบการบริหารจัดการงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ ที่สมดุลเหมาะสมและชัดเจน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคอย่างจริงจัง
- การพัฒนาระบบการบริหารจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจุบัน สถานบริการเครือข่ายสามารถเชื่อมโยงข้อมูลการดำเนินงานได้ทั่วประเทศ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์ กำหนดกลยุทธ์ และวางแผนการดำเนินงานเพื่อการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องและเหมาะสมกับปัญหาของพื้นที่

- พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในทุกกระดับ สร้างความเข้มแข็งด้านวิชาการให้แก่บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขที่เป็นเครือข่าย โดยเฉพาะผู้รับผิดชอบด้านแผนงาน/โครงการ ยุทธศาสตร์ และการติดตามประเมินผลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

- พัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ช่องทางการรับรู้และสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญ ความจำเป็น และเกิดความเข้าใจตรงกันเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรค ตลอดจนให้ประชาชนได้เรียนรู้ทักษะเบื้องต้น และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ที่ติดตามและประเมินผลมีศักยภาพเพียงพอในการติดตามประเมินผล ผลการประเมินสามารถสะท้อนกลับมายังพื้นที่เพื่อนำผลไปปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพในประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการประเมิน

การประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยของพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1-12 ปีงบประมาณ 2556 มีวัตถุประสงค์ เพื่อ (1)ประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (2)ศึกษาความคาดหวังต่อแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอีก 10 ปีข้างหน้า (3)ศึกษาปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และ(4)ศึกษาความต้องการได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขต่อกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้บรรลุผลสำเร็จ มีประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยคณะอนุกรรมการประสานการบริหารแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัย 8 คณะ ซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงได้จำนวนทั้งสิ้น 117 คน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2556 - มกราคม พ.ศ.2557 มีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากเอกสารรายงานการประเมินผลกระบวนการและการบริหารจัดการแผนงานตามกลุ่มวัยของคณะอนุกรรมการฯ 8 แผนงาน ปีงบประมาณ 2556 และรายงานการประชุมการประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2556 และข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปีงบประมาณ 2556 แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย สำหรับการศึกษานี้สามารถสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ได้ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

- 1) ผลการประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2556
- 2) ผลการศึกษาความคาดหวังต่อแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอีก 10 ปีข้างหน้า
- 3) ผลการศึกษาปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- 4) ผลการศึกษาความต้องการได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขต่อกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้บรรลุผลสำเร็จ

5.1.1 ผลการประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2556

1) กระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูลระดับจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นการเสนอข้อมูลสถานะสุขภาพทั่วไป รวมทั้งผลงานตามตัวชี้วัดนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ขาดการนำเข้าสู่ข้อมูลที่บ่งชี้สาเหตุของปัญหาหรือวิเคราะห์เหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานที่ผ่านมา ทุกจังหวัดมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา แต่จัดทำเป็นภาพรวมทั้งจังหวัด มากกว่าการวิเคราะห์ปัญหาที่สำคัญในแต่ละกลุ่มวัย ทำให้เกิดจุดอ่อนในการกำหนดแนวทางแก้ไข ปัญหา นอกจากนี้ยังพบว่ายังมีปัญหาของข้อมูลบางส่วนที่นำมาวิเคราะห์ ไม่สะท้อนปัญหาที่ชัดเจนเพียงพอในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์

2) แผนบูรณาการเชิงรุก

แผนยุทธศาสตร์จังหวัดจะมีลักษณะเป็นยุทธศาสตร์ที่ระบุทิศทางอย่างกว้างๆ ไม่เจาะจง อาจมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานบ้าง แต่ถ้าเป็นแผนงาน/โครงการจะระบุมาตรการ/กิจกรรมซึ่งส่วนใหญ่ จะเป็นแบบสั่งการจากบนลงล่าง (Top Down) โดยจังหวัดจัดทำกรอบงานให้ระดับอำเภอดำเนินการ แต่เมื่ออำเภอจัดทำแผนปฏิบัติมักจะทำหนดกิจกรรมที่คุ้นเคยและปฏิบัติเป็นประจำ โดยไม่เชื่อมโยงกับแผนสุขภาพจังหวัด แผนสุขภาพของจังหวัดส่วนใหญ่ จะนำตัวชี้วัดที่เป็นนโยบายของกระทรวงมาเป็นกรอบในการจัดทำแผนงานมากกว่าที่จะนำปัญหาสุขภาพในพื้นที่เป็นตัวตั้ง เมื่อพิจารณาแผนงาน/โครงการในแต่ละปัญหาของจังหวัด จะพบว่าแผนส่วนหนึ่งยังแยกส่วนเป็นโครงการๆ ตามความรับผิดชอบของแต่ละกลุ่มงาน ขาดบูรณาการร่วมกัน เช่น ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพกับศูนย์เด็กเล็กปลอดโรค รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในคลินิกไร้พุง (Diet & Physical Activity Change Clinic : DPAC) กับแนวทาง 3 อ 2 ส (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่) หรือโครงการตำบลจัดการสุขภาพ กับโครงการหมู่บ้านปลอดโรคเรื้อรัง เป็นต้น มาตรการที่ปรากฏในแผนสุขภาพจังหวัด พบว่ายึดตามกรอบของกระทรวงฯ เป็นหลัก นอกจากนี้ยังพบว่า หลายโครงการเป็นงานเดิมที่เคยทำในปีก่อน และจัดทำโครงการซ้ำในปีใหม่ ขาดการทบทวนแนวทางหรือมาตรการใหม่ๆ เพื่อบรรลุเป้าหมายและผลลัพธ์ที่ต้องการ กระบวนการจัดทำแผนส่วนใหญ่ ถึงแม้ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการ และเปิดโอกาสการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ แต่เป็นการร่วมประชุมและให้ข้อคิดเห็นส่วนตัวมากกว่าข้อมูลเชิงประจักษ์ การดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานอื่นมีเพียงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมักจะจัดประชุมชี้แจงและขอความร่วมมือหรือขอการสนับสนุน กรณีแผนพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น พบว่าการขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ร่วมกับสถานศึกษาหรือหน่วยงานอื่นอยู่บ้างแต่ยังมีน้อย ต่างฝ่ายต่างทำ การจัดทำแผนของบางจังหวัด พบว่า เนื้อหาที่ปรากฏในแผนไม่แตกต่างจากเดิม และไม่ได้สะท้อนปัญหาที่แท้จริงในพื้นที่ และจังหวัดไม่มีการรวบรวมแผนอำเภอมาวิเคราะห์ภาพรวมของการขับเคลื่อนงานทั้งจังหวัด ทำให้แผนสุขภาพระดับจังหวัดไม่สามารถสะท้อนภาพรวมที่แท้จริงของทั้งจังหวัดได้

3) การบริหารงบประมาณ

งบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคส่วนใหญ่จังหวัดได้รับจาก สปสช. มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ งบประมาณจากกระทรวงฯ งบสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล ตลอดจนงบโครงการพิเศษขององค์กรต่างๆ พบว่า แผนของจังหวัดส่วนใหญ่ยังไม่สามารถแจกแจงข้อมูลงบดำเนินการที่ครบถ้วนจากทุกแหล่งทั้งกระทรวงสาธารณสุข สปสช. และแหล่งอื่นๆ และการจัดสรรงบประมาณตามกลุ่มวัย งบประมาณที่ปรากฏในแผนยังจำกัดเฉพาะงบบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการ ปัญหาการจัดสรรและโอนงบประมาณไปจังหวัดยังมีความล่าช้าไม่ครอบคลุมทั้ง 8 Flagships พื้นที่ไม่สามารถบริหารงบประมาณได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เนื่องจากไม่มีสิทธิ์ขาดทั้งหมดในการบริหารงบประมาณเพื่อการดำเนินงานที่มาจากหลายๆ กองทุนซึ่งมีข้อจำกัดและหลักเกณฑ์แตกต่างกัน และบางพื้นที่ไม่มีการนำงบประมาณมาดำเนินการแก้ไขปัญหอย่างแท้จริง มีการนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรมากกว่าการนำไปใช้เพื่อการส่งเสริมและป้องกันโรคในกลุ่มประชากรเป้าหมาย

4) กระบวนการนำแผนสู่การปฏิบัติ

แผนงาน/โครงการส่วนใหญ่ของแต่ละกลุ่มวัย ยังขาดมาตรการที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งไม่มีการกำหนดกลุ่มเสี่ยงที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการ เช่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่ฝากครรภ์ช้า หรือฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ และกลุ่มที่มีความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ หรือกลุ่มเด็กในพื้นที่ที่ยังมีปัญหาฟันผุสูง หรือกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เป็นต้น จังหวัดมีการถ่ายทอดแผนผ่านเวทีการประชุมชี้แจงมากกว่าการทำ ความเข้าใจปัญหาและวิธีการทำงานที่เหมาะสม จังหวัดมีการติดตามผลการดำเนินงานโดยการนิเทศงาน และการรายงานผลตามตัวชี้วัดเป็นรายไตรมาสในที่ประชุมระดับจังหวัด บางจังหวัดยังใช้ผลงาน KPI พิจารณาความดี ความชอบ กระบวนการทำงานถูกกำหนดมาจากส่วนกลาง และถ่ายทอดลงมาสู่พื้นที่ เน้นการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัด เพื่อตอบตัวชี้วัดตามประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงาน การชี้แจง/ประสานงานเรื่องตัวชี้วัดล่าช้า ส่งผลให้พื้นที่ต้องดำเนินงานแบบเร่งรีบ ไม่มีเวลาคิดอย่างรอบคอบ เน้นการทำงานเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ภาระ งานเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมทั้งๆ ที่ภาระงานปกติมีมากอยู่แล้ว รวมทั้งขาดการกระจายภารกิจที่เหมาะสมให้กับ บุคลากรเกิดความซ้ำซ้อนในการทำงานและดำเนินงานตาม Flagship ในรูปแบบเดิมๆ ที่เคยทำ

5) กระบวนการติดตาม ประเมินผล

จังหวัดส่วนใหญ่ใช้รูปแบบและกลไกเดิมที่ใช้อยู่ปกติในการติดตามประเมินผล ได้แก่ การ นิเทศงานอำเภอ การติดตามความก้าวหน้าในที่ประชุมจังหวัด การรวบรวมผลงานตามตัวชี้วัดตามนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการประชุมนำเสนอผลงานและการประกวดนวัตกรรม เป็นต้น การรายงานผลงาน ตามตัวชี้วัดของจังหวัดส่วนใหญ่ ยังมีความคลาดเคลื่อนค่อนข้างมาก ขาดข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพที่ สะท้อนกระบวนการทำงานจริงในระดับปฏิบัติ การบริหารจัดการระบบข้อมูลของจังหวัด (Data Center) มี การดำเนินการในทุกจังหวัด แต่ข้อมูลที่ได้ยังไม่ครบถ้วนและขาดการตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้อง โดยเฉพาะ ข้อมูลจาก ๒๑/๔๓ แพ้ม เนื่องจากจังหวัดเพิ่งเริ่มดำเนินการ

5.1.2 ผลการศึกษาความคาดหวังต่อแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอีก 10 ปีข้างหน้า

ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งทางกายและทางใจ อายุเฉลี่ยมากกว่า 82 ปี ใช้ชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ อัตราการป่วยและตายในทุกกลุ่มอายุและอัตราการพิการและทุพพลภาพลดลง และผู้ป่วยที่ป่วยรุนแรงจนต้อง พึ่งพาผู้อื่นมีอัตราเพิ่มลดลง ทุกกลุ่มวัยมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเบื้องต้นในการประเมินความเสี่ยงด้าน สุขภาพที่ถูกต้อง การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว (Self care) และชุมชนได้ตามมาตรฐานขั้นพื้นฐานที่กำหนด สามารถควบคุมโรคในระดับครัวเรือนได้ด้วยตนเอง กลุ่ม โรคที่สามารถป้องกันได้มีอัตราการเพิ่มลดลง ตลอดจนสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่สะดวก รวดเร็ว มี คุณภาพ ครบถ้วน ต่อเนื่อง และเหมาะสมตามวัย รวมทั้งสถานบริการสาธารณสุขสามารถให้บริการได้อย่าง ครอบคลุมทั่วถึง มีการร่วมมือ ช่วยเหลือกันระหว่างเครือข่าย เช่น ท้องถิ่น อบต. รพ.สต. ชุมชน และโรงเรียน อย่างมีประสิทธิภาพ บุคลากรได้รับการพัฒนาความรู้และศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค อย่างต่อเนื่อง มีความเข้าใจยุทธศาสตร์และแผนงาน สามารถวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ ระบบ ข้อมูลงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีการพัฒนา มีการบริหารจัดการข้อมูลที่ดี สามารถนำมาใช้ประโยชน์ใน

การกำหนดนโยบาย วางแผนจัดการปัญหาในพื้นที่และเชื่อมโยงงานได้ในทุกระดับทั่วประเทศ มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วน มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ กลยุทธ์ เป้าหมาย มาตรการ และกระบวนการต่างๆ สำหรับการดำเนินการในพื้นที่ที่ชัดเจน ต่อเนื่อง มีแผนที่สามารถปฏิบัติได้จริง มีการนำแผนไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง และเกิดผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอโดยมองเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพประชาชนให้ดีขึ้นเป็นหลัก ผู้ประเมินมีศักยภาพในการประเมิน และเครือข่ายสามารถนำผลการประเมินไปปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการสื่อสารเผยแพร่ประชาสัมพันธ์แนวทางการปฏิบัติงานให้ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีความเข้าใจอย่างชัดเจน และทั่วถึงกัน

5.1.3 ผลการศึกษาปัจจัยความสำเร็จที่จะส่งเสริมให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ

จากการประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยของพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1-12 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 พบว่ามีปัจจัยที่ส่งเสริมให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จดังต่อไปนี้

1) ผู้บริหารในทุกระดับเห็นความสำคัญของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีการกำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงและกรมฯ รวมทั้งผู้บริหารระดับเขต จังหวัด และอำเภอต้องให้ความสำคัญอย่างจริงจัง ให้การสนับสนุนที่เป็นรูปธรรมและต่อเนื่องสม่ำเสมอ การขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคตามกลุ่มวัยมีการบูรณาการงานในระดับกรมวิชาการ จังหวัด และพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม มีความเชื่อมโยงของงานร่วมกัน

2) การวางแผนเพื่อการบูรณาการงานร่วมกันอย่างแท้จริงระหว่างกรมฯ ที่เกี่ยวข้องทุกๆ เรื่อง ตั้งแต่แผนงาน งบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี โดยมองกลุ่มเป้าหมายในแต่ละกลุ่มวัย เช่น สตรี เด็ก วัยรุ่น เป็นต้น การจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนโดยมีเป้าหมายเป็นหนึ่งเดียวกันที่มีความชัดเจน และเป็นแผนที่มีประสิทธิภาพ มีการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สอดคล้องกับบริบทของประชากรในแต่ละกลุ่มวัย นโยบายจากส่วนกลางมีความชัดเจนและต่อเนื่อง ผู้ตรวจราชการควรแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติให้ชัดเจน โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานสภาพปัญหาที่แท้จริงของเขตบริการสุขภาพ

3) การกำหนดเป็นตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และถูกบรรจุเป็นประเด็นในการตรวจราชการ การกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน ตัวชี้วัดมีความชัดเจน การกำหนดมาตรการที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

4) กลไกการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อให้การทำงานของส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการจัดทำแผนปฏิบัติการที่เหมาะสมกับพื้นที่

5) การมีส่วนร่วมของบุคลากรในระดับพื้นที่ รพ.สต. อปท. ชุมชน และ อสม. เพื่อร่วมกันเป็นทีมที่เข้มแข็งในการวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่ตั้งแต่ระดับอำเภอและตำบล เพื่อจัดทำตัวชี้วัดที่สอดคล้อง รวมทั้งมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

6) การสื่อสารถ่ายทอดยุทธศาสตร์จากกระทรวงสู่กรม สู่เขต และสู่จังหวัดในแต่ละระดับที่ชัดเจนและครอบคลุม รวมทั้งมีการสื่อสารภายในองค์กรที่ชัดเจนสู่การปฏิบัติได้จริง ตลอดจนการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงภาคประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ

7) ผู้ปฏิบัติงาน มีความตั้งใจ ตระหนัก และมีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงาน เห็นความสำคัญของการจัดการปัญหาตามสภาพที่แท้จริงในพื้นที่

8) การพัฒนาในทักษะที่เกี่ยวข้องให้ผู้ปฏิบัติงาน เช่น สมรรถนะด้านการจัดทำแผน และการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนในการทำงานแบบบูรณาการ

9) การจัดการเรื่องฐานข้อมูลซึ่งเป็นข้อมูลในพื้นที่ที่สะท้อนปัญหาที่แท้จริงและมีความถูกต้องสามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัยในพื้นที่

5.1.4 ผลการศึกษาความต้องการได้รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุขต่อกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้บรรลุผลสำเร็จ

การสื่อสารและทำความเข้าใจเรื่องนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมป้องกัน และควบคุมโรคที่ชัดเจนจากผู้บริหารลงไปสู่พื้นที่อย่างทันเวลาตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนอย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานอย่างต่อเนื่องจริงจังเป็นความต้องการมากที่สุด รองลงมาที่เป็นความต้องการจากมากไปหาน้อยดังต่อไปนี้คือ แนวทางกระบวนการและรูปแบบการติดตามประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ชัดเจน ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ มีการแบ่งโครงสร้างผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจน การจัดสรรงบประมาณสำหรับการดำเนินงานมีความชัดเจนและเพียงพอต่อการดำเนินงาน รวมทั้งการจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานส่วนกลางที่สอดคล้องกับแผนงานของพื้นที่ การสนับสนุนด้านวิชาการ องค์ความรู้ที่สำคัญ มาตรการ ประเด็นจุดเน้นของแต่ละกลุ่มวัย ภูมิภาค และสิ่งสนับสนุนทางวิชาการต่างๆ สำหรับนำไปใช้ปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อลดปัญหาโรคและภัยสุขภาพ การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ความก้าวหน้าในสายวิชาชีพสาธารณสุข การเพิ่มอัตรากำลังในส่วนงานที่มีภาระงานเพิ่มขึ้น และการพิจารณาเรื่องค่าตอบแทนให้มีความเหมาะสมแก่ผู้ปฏิบัติงาน ระบบข้อมูลสารสนเทศเชิงระบบที่มีประสิทธิภาพและเป็นปัจจุบัน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลและการวิเคราะห์ผลทางสถิติมาประกอบการวางแผนการดำเนินงาน โดยไม่เป็นภาระของพื้นที่ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริง การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับต่างๆ เพื่อการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน หรือการมีพี่เลี้ยง และการพัฒนาศักยภาพทีมประเมินอย่างต่อเนื่อง การบูรณาการงานร่วมกันระหว่างกรม กองและสำนักให้มีความชัดเจนตั้งแต่ระดับนโยบายก่อนลงมาสู่พื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีเป้าหมายร่วมกันที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มิใช่ต่างคนต่างปฏิบัติงานของตน ตลอดจนการสื่อสารประชาสัมพันธ์การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและภัยสุขภาพ ทั้งภายในองค์กรและสื่อสารณะแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง

ข้อค้นพบสำคัญจากการดำเนินงานตามแผนงานกลุ่มวัย ๘ แผนงาน

กลุ่มเด็ก สตรี และเด็กปฐมวัย

ข้อค้นพบ

- การดำเนินงานแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหา จะเป็นการดำเนินงานโดยนำนโยบายและตัวชี้วัดของกระทรวง กรมฯ สำนักตรวจราชการ เป็นสิ่งสำคัญในการจัดทำโครงการ
- ระบบข้อมูลเชิงปริมาณ บางตัวชี้วัดขาดความสอดคล้อง ไม่น่าเชื่อถือ
- การเชื่อมโยงนโยบายขาดความต่อเนื่องจากระดับบนสู่ระดับพื้นที่

ปัญหาและอุปสรรค

- ผู้รับผิดชอบขาดทักษะในการดำเนินงาน/ การบันทึกข้อมูล
- ปัญหาเฉพาะในบางพื้นที่ การโยกย้ายถิ่นที่อยู่เป็นความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา ยังไม่ครอบคลุมทุกประเด็น ไม่สะท้อนถึงปัญหาจริงในพื้นที่
- บุคลากรบางระดับ/ บางแห่งมีภาระงานมาก
- สถานบริการบางแห่งขาดเครื่องมือ/ อุปกรณ์สนับสนุนการให้บริการ/ การเผยแพร่ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

- จัดให้มีการประเมินผลโดยหน่วยงานภายนอก
- การพัฒนาศักยภาพผู้ประเมินให้มีมาตรฐานระดับมืออาชีพ
- รูปแบบแนวทางมาตรฐานการประเมินเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

กลุ่มวัยรุ่น และวัยเรียน

ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มวัยรุ่นและวัยเรียน พบว่าหน่วยงานในพื้นที่เช่นจังหวัดพิจิตรมีการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ โดยมีมาตรการในการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ

- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตรวจเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง
- โรงพยาบาลชุมชนและโรงเรียนร่วมกันสอนเพศศึกษา
- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียนสนับสนุนกิจกรรมสร้างสรรค์
- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกระจายถุงยางอนามัย

การดำเนินงานทั้ง 4 ขั้นตอน เป็นไปตามปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับนานาชาติ เช่น ในประเทศอังกฤษเน้นเรื่องให้การศึกษาและความรู้ด้านเพศศึกษาในโรงเรียน แต่ในประเทศไทยยังไม่มีเจ้าภาพที่แน่นอนในการดำเนินการด้านนี้ ต้องมีการจำแนกหรือตีโจทย์ให้ได้ว่าหน่วยงานใดควรเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน เช่น หน่วยงาน

สาธารณสุข หรือหน่วยงานการศึกษา หรือบางพื้นที่อาจมีปฏิริยาไม่ยอมรับเรื่องเพศศึกษาสามารถทดแทนด้วยการสอนเรื่องทักษะชีวิต ซึ่งตรงตามข้อเสนอแนะในระดับนานาชาติที่ให้อสอนทักษะชีวิตแก่วัยรุ่น เนื่องจาก การสอนทักษะชีวิตสามารถลดปัญหาหลายๆ เรื่องให้แก่วัยรุ่นได้

การตั้งศูนย์เยาวชนและครอบครัวในชุมชนเป็นสิ่งสำคัญลำดับถัดมา เนื่องจากเป็น โปรแกรมสำหรับการพัฒนาเยาวชน โดยเฉพาะเรื่องสุราและยาเสพติด การดำเนินการในกลุ่มวัยรุ่นจำเป็นต้อง มีบริการเชิงรุกในครอบครัวหรือเยาวชนกลุ่มเสี่ยง แต่การดำเนินงานในกลุ่มวัยรุ่นยังไม่มีตัวชี้วัดในเรื่องดังกล่าว เป็นหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลางในการวางแนวทางให้พื้นที่ตามปัจจัยความสำเร็จของระดับนานาชาติที่ สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับประชากรของประเทศได้อย่างเหมาะสม

กรมสุขภาพจิตได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานบูรณาการแผนการดำเนินงานในกลุ่มวัยรุ่นและ วัยเรียน ต้องทำการประสานการดำเนินงานร่วมกับ 3 กรมวิชาการ ซึ่งควรจำแนกออกเป็นการดำเนินงานร่วมกันในหน่วยงาน ส่วนกลางด้วยการมีกรอบการทำงาน (Frame Work) ร่วมกันระหว่างกรมวิชาการ ซึ่งปัจจุบันมีการดำเนินงานในแต่ละ Setting ได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน ชุมชน และสถานประกอบการ แต่ยังไม่มีการบูรณาการงานร่วมกัน จำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงงาน วิชาการในแต่ละ Setting หลังจากทำงานอย่างต่อเนื่อง ควรจะมีศูนย์วิชาการในพื้นที่เพื่อประสานการดำเนินงาน และพิจารณา ความเหมาะสมของแต่ละ Setting เพื่อจัดสรรงบประมาณลงไปยังพื้นที่ และการดำเนินงานในส่วนในพื้นที่ที่เป็นการทดลอง รูปแบบการดำเนินงานตามที่ส่วนกลางเสนอแนะในการดำเนินงาน

กลุ่มวัยทำงาน

- 1) การเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

ข้อค้นพบ

- ตัวชี้วัดเป็นตัวชี้วัดใหม่ทำให้การถ่ายทอดล่าช้า พื้นที่ปรับแผนฯ ไม่ทันสำหรับการ ดำเนินการ
- ระบบรอคอยเพื่อรับการรักษาล่าช้า (Waiting Time) ในกรณีที่ตรวจคัดกรอง พบว่าเป็นมะเร็ง
- รูปแบบการจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดในพื้นที่ไม่ชัดเจนและตัวชี้วัดไม่สามารถ จัดเก็บจากระบบรายงานได้ ต้องใช้การสำรวจ

ปัญหาและอุปสรรค

- งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจาก P&P กรณีผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญ จะไม่ได้ถูก นำมาใช้สำหรับการดำเนินงานเรื่องมะเร็งในสตรี และการรณรงค์ป้องกันโรค

ข้อเสนอแนะ

- ผู้บริหารและพื้นที่ควรให้ความสำคัญในการคัดกรองในเรื่องมะเร็งทั้งสองชนิดให้ มากขึ้น
- กรมวิชาการวางระบบเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็ว และวางระบบ ประเมินผลเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM&HT)

ข้อค้นพบ

- แผนปฏิบัติการ (Action Plan) สำหรับแก้ปัญหาเล็กน้อย เช่น แผนเกี่ยวกับการลดความอ้วนต้องทำอะไร อย่างไร

- ขาดข้อมูลสถานะสุขภาพที่ชัดเจน
- ขาด Evidence-Based ที่ระบุสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง
- ขาดปัจจัยทางสังคม/วัฒนธรรมที่เป็นสาเหตุของปัญหา
- ขาด Individual Health Promotion
- คู่มือและ แนวทางงานควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาจากหลายกรมที่เกี่ยวข้องขาดการบูรณาการทำให้ผู้ปฏิบัติในพื้นที่เกิดความสับสน

- ระดับจังหวัดนำแผนยุทธศาสตร์และมาตรการจากส่วนกลางไปใช้แบบคัดลอก (copy) ไม่ได้ประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องตามสถานการณ์จริงในพื้นที่

- ขาดการวิเคราะห์ประเด็นที่ยังเป็นปัญหา (Gap) จากการดำเนินงานในแผนที่ผ่านมาเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขที่เหมาะสม

- ผลการติดตามประเมินผลไม่ได้นำมาใช้ปรับปรุงการดำเนินงาน
- การดำเนินงานมุ่งเพื่อรายงานตัวชี้วัดมากกว่าแก้ไขปัญหาที่แท้จริงในพื้นที่

ปัญหา/อุปสรรค

- ไม่สามารถแก้ปัญหาในสาเหตุที่แท้จริงได้
- ผู้ปฏิบัติงานสับสน และเป็นการเพิ่มภาระงาน
- แผนยุทธศาสตร์และมาตรการไม่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของพื้นที่
- จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อรายงานตัวชี้วัดที่กำหนดมาจากส่วนกลาง (KPI) แต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้และปัญหาที่แท้จริงไม่ถูกแก้ไข

ข้อเสนอแนะ

- การจัดทำแผนฯ ควรให้ความสำคัญกับข้อมูลทางระบาดวิทยาและข้อมูลปัจจัยทางสังคมที่เป็นสาเหตุของปัญหามากกว่าข้อมูลการคัดกรองโรค

- กรมวิชาการที่รับผิดชอบแผนงานแต่ละกลุ่มวัยควรจัดทำมาตรการการดำเนินงานตามกลุ่มวัยแบบบูรณาการและมีความชัดเจนเป็นรูปธรรม เช่น กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เสี่ยง รวมทั้งควรมีการประเมินผลมาตรการต่างๆ เพื่อทราบประสิทธิผลและประสิทธิภาพของมาตรการ มาตรการใดที่ดำเนินการแล้วได้ผลไม่คุ้มค่าควรยกเลิก

- จัดทำคู่มือ แนวทางการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น คู่มือ/แนวทางการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของกระทรวงฯ ควรมีการบูรณาการระหว่างกรมวิชาการในส่วนกลางให้เป็นชุดเดียวกันเพื่อให้ส่วนภูมิภาคใช้เป็นแนวทางดำเนินงานได้สะดวกมากขึ้นและไม่เกิดความสับสนในทางปฏิบัติจริงในการดำเนินงานในพื้นที่

- การจัดทำแผนปฏิบัติการพื้นที่ควรใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริงเพื่อหามาตรการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
- ควรพัฒนาแผนการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลตามกลุ่มวัยที่ชัดเจน

กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ

ข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ

ปัจจุบันคนไทยมีอายุเฉลี่ยที่ 71 ปี และคาดว่าในอีก 10 ปี ข้างหน้าอายุเฉลี่ยของคนไทยจะอยู่ที่ 80 ปี โดยอายุ 72 ปี ผู้สูงอายุยังคงมีสุขภาพที่ดี สิ่งเหล่านี้ล้วนขึ้นอยู่กับลักษณะการดำเนินชีวิตทั้งสิ้น โรคที่เป็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง (Chronic Conditions) เช่น โรคหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardio Vascular Disease) โรคเบาหวาน (Diabetes) โรคสมองเสื่อม (Dementia) โรคซึมเศร้า (Depression) และตาเสื่อมสภาพ (Poor Vision) รวมทั้งโรคมะเร็ง การช่วยเหลือตนเองในผู้สูงอายุ และแผลกดทับ

พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาการเกิดโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ สารเสพติด แอลกอฮอล์ ยาต่างๆ ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบในกลุ่มผู้สูงอายุ ควรมีการทำงานในการสนับสนุนป้องกันโรคเชิงรุกมากขึ้น ได้แก่ การลดเสียงดัง การแก้ปัญหาการนอนไม่หลับ เน้นเรื่องอาหารและการออกกำลังกาย ดูแลเรื่องระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด การกระตุ้นสมอง การได้รับการฉีดวัคซีน เป็นต้น

ปัญหาหลักที่สำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2556

1) ด้านการจัดทำแผน

กรมวิชาการต่างๆ ขาดการบูรณาการระหว่างกรมฯ อย่างเป็นรูปธรรม มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง/แผนงานบ่อยครั้งส่งผลให้การทำงานขาดความต่อเนื่อง และขาดความชัดเจนของทิศทาง การดำเนินงานใช้มาตรการเดิมและเป็นมาตรการกว้างๆ จึงเป็นเหตุให้กิจกรรมไม่ตอบสนองต่อปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย มีการปรับปรุงตัวชี้วัดระหว่างปีทำให้พื้นที่ที่ต้องปรับแผนการดำเนินงาน การดำเนินงานในพื้นที่ที่มีการใช้ข้อมูลในพื้นที่เพื่อการจัดทำแผนงานค่อนข้างน้อย ขาดการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา ส่วนใหญ่ยึดนโยบายจากระดับกระทรวงฯ เป็นแนวทางหลักแล้วจึงเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ปัญหาที่ไม่ตรงกับนโยบายกระทรวงฯ มักถูกละเลย เน้นตัวชี้วัดที่กำหนดมาจากส่วนกลางจึงไม่สามารถตอบสนองปัญหาได้อย่างแท้จริง นอกจากนี้การสื่อสารแผนฯจากส่วนกลางล่าช้า ไม่สอดคล้องกับระยะเวลาที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ การถ่ายทอดแผนมักเป็นลักษณะหนังสือชี้แจงทำให้พื้นที่ไม่เข้าใจกระบวนการทำงาน เกิดความสับสน และมีเวลาจำกัดในการจัดทำแผนงาน ส่งผลให้พื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ทันเวลา มีการจัดสรรงบประมาณแบบแยกส่วนทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนงานตามแผนได้ เนื่องจากแต่ละกองทุนมีข้อจำกัดและหลักเกณฑ์ในการดำเนินงานและใช้จ่ายเงินตามวัตถุประสงค์ของแต่ละกองทุน

2) ด้านบุคลากร

บุคลากรมีภาระงานมากทำให้ไม่สามารถดำเนินงาน P&P ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขาดผู้รับผิดชอบหลัก ผู้รับผิดชอบโดยตรงรับทราบข้อมูลไม่ทั่วถึง บุคลากรปฏิบัติงานโดยยึดติดกับกรอบเดิมๆ

บางครั้งทำงานซ้ำซ้อนกัน ขาดทักษะการบริหารงานในรูปแบบเครือข่าย ขาดความรู้ด้านกระบวนการติดตาม ประเมินผล การรายงานข้อมูลจำนวนมากทำให้บุคลากรมีเวลาในการดำเนินการเพื่อประชาชนน้อยลง และมีการปรับโครงสร้างและเปลี่ยนแปลงตัวบุคลากรในการปฏิบัติงาน ทำให้ต้องใช้เวลาเรียนรู้และศึกษางานที่ได้รับใหม่

3) ด้านการติดตามงาน

ให้ความสำคัญกับการติดตามงานตามนโยบายและตัวชี้วัดของกระทรวงฯ มากกว่าปัญหา โรคและสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่ โดยให้ความสำคัญกับผลลัพธ์และผลผลิตมากกว่ากระบวนการ เป็นการติดตามรายงาน ตัวชี้วัดที่ใช้ในการติดตามงานไม่มีความชัดเจน พื้นที่เข้าใจว่าเป็นการติดตามเฉพาะด้านงบประมาณ การติดตามงานไม่สม่ำเสมอ ขาดความต่อเนื่อง ระยะเวลาในการติดตามงานมีจำกัด ขาดทีมงานสำหรับการกำกับและติดตามเชิงคุณภาพ เป็นเพียงการรายงานผลการดำเนินงานในการตรวจราชการ ซึ่งเป็นการติดตามงานแบบปกติ (Routine) ที่กำกับติดตามงานไม่สามารถมองภาพแบบองค์รวมได้

4) ด้านการประเมินผลงาน

ระบบและวิธีการประเมินยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ไม่มีการกำหนดแนวทางการประเมินไว้ตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ ไม่มีความสม่ำเสมอ ระยะเวลาในการประเมินผลน้อย และกระชั้นชิด ความเข้าใจรอบการประเมินผลไม่ตรงกัน ขาดการประเมินผลเชิงคุณภาพ ส่งผลให้การประเมินเป็นภาพกว้างๆ ไม่มีการเจาะลึกลงไปประเด็นปัญหาที่แท้จริงเท่าที่ควร ส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลตามตัวชี้วัด หรือการสรุปผลการดำเนินงาน ไม่มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลการดำเนินงาน ไม่ได้นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลมาใช้พัฒนาต่อยอด และไม่สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานได้

ระดับความสำคัญที่มีส่วนผลักดันให้กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagships Project) มีการบูรณาการและบรรลุความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagships Project) มีสิ่งที่มีส่วนผลักดันให้มีการบูรณาการ และบรรลุความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ เรียงลำดับตามความสำคัญได้ดังนี้

1) การแต่งตั้งคณะกรรมการฯ และคณะอนุกรรมการฯ ประสานการบริหารแผนงานฯ ที่ประกอบด้วย ผู้บริหารและนักวิชาการจากทุกกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้ง 8 แผนงาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน

2) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแผนงานยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพฯ (8 Flagships Project) ต้องมีการกำหนดหน่วยงานและผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจน

3) การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานระดับกระทรวงฯ ควรสอดคล้องกับตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- 4) มีกลไกการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ผ่าน การตรวจราชการและนิเทศงานของสำนักตรวจราชการ โดยมีศูนย์วิชาการต่างๆ ร่วมในการตรวจราชการ
- 5) การมีกระบวนการจัดทำแผนและกำหนดเป้าหมายความสำเร็จทั้ง 8 Flagship อย่างมีส่วนร่วม จากกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องรวมทั้งหน่วยงานในระดับพื้นที่ทุกภาคส่วน
- 6) ผู้บริหารให้ความสำคัญโดยมีการติดตามประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
- 7) มีการประเมินกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กลยุทธ์ ประเด็น หรือแนวทางที่ต้องดำเนินการให้บรรลุความคาดหวังในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

- 1) การถ่ายทอดนโยบาย ทิศทาง และตัวชี้วัดที่จะถ่ายทอดลงสู่พื้นที่ที่มีความชัดเจน หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก (focal point) จะต้องสามารถบริหารจัดการยุทธศาสตร์ได้ตั้งแต่การวิเคราะห์ การผลักดัน เป้าประสงค์สู่การปฏิบัติ
- 2) การบูรณาการงานระหว่างเครือข่ายและทุกภาคส่วนร่วมกันอย่างแท้จริง ทุกภาคส่วน มีบทบาทและร่วมมือกันทำงานอย่างเข้มแข็ง มีคุณภาพ ร่วมเป็นเจ้าของระบบ มีการวางแผนบูรณาการงานร่วมกัน มีมาตรฐานในการดำเนินงาน โดยมีเป้าหมายหลักที่ประชาชนมีสุขภาพที่ดี
- 3) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการข้อมูล พัฒนาระบบฐานข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและให้สถานบริการและเครือข่ายสามารถเข้าถึงและเชื่อมโยงการดำเนินงานได้ทั้งประเทศ
- 4) พัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ช่องทางการรับรู้และเข้าถึงข่าวสารและองค์ความรู้ เพื่อให้ประชาชนเรียนรู้ทักษะเบื้องต้น และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 5) พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ ทึ่ติดตามและประเมินผลมีศักยภาพ ผลการประเมินสามารถสะท้อนกลับมาถึงพื้นที่เพื่อนำผลไปปรับปรุงกระบวนการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 6) พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในทุกระดับ สร้างความเข้มแข็งด้านวิชาการให้แก่บุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขที่เป็นเครือข่าย
- 7) พัฒนาระบบการบริหารจัดการงบประมาณให้มีประสิทธิภาพ มีการจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ ที่สมดุล มีการกำหนดสัดส่วนงบประมาณให้เหมาะสมและชัดเจน เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และควบคุมโรคอย่างจริงจัง

5.1.5 สรุปผลภาพรวมการประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2556

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปัจจุบันเริ่มมีการดำเนินงานไปในทิศทางที่ถูกต้อง ประกอบกับการปฏิรูปกระทรวงที่เอื้ออำนวยต่อการปรับรูปแบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ผลการดำเนินงานยังไม่สำเร็จตามความคาดหวัง บางพื้นที่ยังประสบปัญหาเรื่องโรคและปัญหาที่มีแนวโน้ม

เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่อาจจะยังแก้ปัญหาไม่ตรงประเด็น หน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลางคือการชี้เป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง/พื้นที่เสี่ยงหรือให้ข้อเสนอแนะ (Recommendation) แก่พื้นที่ การบูรณาการงานระหว่างกรมวิชาการต่างๆ ยังไม่มีการบูรณาการอย่างแท้จริง ทำให้ต่างกรมต่างทำงาน มีการกำหนดกรอบการทำงานกว้างๆ ให้หน่วยงานในพื้นที่ แต่พื้นที่ยังไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้การที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการดำเนินงานตามกลุ่มวัย เพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพที่ดีตลอดช่วงอายุ ซึ่งการดำเนินการเช่นนี้มีข้อดีคือ สามารถเห็นกลุ่มปัญหาได้ชัดเจน แต่มีข้อเสียคือ บางประเด็นเป็นปัญหาร่วมกันระหว่างกลุ่มวัย ดังนั้น แต่ละกรมฯ และหน่วยงานต่างๆ ที่รับผิดชอบแต่ละกลุ่มวัยควรต้องมีการบูรณาการงานร่วมกัน และการกำหนดตัวชี้วัดแต่ละตัวนั้นต้องดูเรื่องความเป็นไปได้ของการดำเนินการด้วย โดยตัวชี้วัดต่างๆ ที่กำหนดมานั้น เป็นเพียงตัวชี้วัดการทำงานเท่านั้น เนื่องจากการทำงานที่เห็นผลการดำเนินการในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนจริงๆ นั้นอาจจะเห็นผลในอีก 3-5 ปีข้างหน้า โดยในขณะเดียวกันนั้น การดำเนินงานอื่นที่นอกเหนือจากที่กำหนดเป็นตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุข การประเมินผลความสำเร็จเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อนำผลมาพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป

ความท้าทายของการติดตาม กำกับ และประเมินผล (M&E) จากการปฏิรูปกระทรวง ไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง กลไก หรือวิธีการทำงาน ส่งผลให้มีการแบ่งอำนาจหน้าที่อย่างชัดเจนของกระทรวงฯ กรมฯ และเขต เช่น เขตจะต้องมีการวางแผนการดำเนินงานและมีการบริหารงบประมาณ วัฒนธรรมการทำงานที่เป็นอยู่ในระดับต่างๆ ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง เช่น การจัดทำโครงการในรูปแบบเดิม ซึ่งการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจำเป็นต้องคิดมาตรการเพื่อการดำเนินงานที่เหมาะสม ระบบบริหารจัดการ การจัดสรรงบประมาณ และกลไกต่างๆ ที่มีอยู่ในระบบ ควรปรับปรุงเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยเพิ่มการติดตาม กำกับ และประเมินผลในระดับพื้นที่มากขึ้น และมีการใช้ทรัพยากรที่คุ้มค่ากับการดำเนินงาน สร้างกระบวนการ/ความเข้าใจเรื่องการติดตาม กำกับ ประเมินผล และการชี้ให้เห็นความสำคัญแก่กลุ่มต่างๆ ทั้งระดับผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติตั้งแต่ส่วนกลางลงไปยังเขต จังหวัด และอำเภอที่ล้วนมีส่วนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ระบบการทำงานในอนาคตกับการติดตาม กำกับ และประเมินผล (M&E) ยึดกรอบแนวทางการทำงานเป็น “กลุ่มอายุ” ทั้งนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ความสำคัญที่จะดำเนินการตามกลุ่มวัย โดยกระทรวงฯ มีบทบาทกำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัดซึ่งครอบคลุมการดำเนินงานของกรมฯ เขต จังหวัด และอำเภอ กรมเจ้าภาพหลักต้องกำหนดแนวปฏิบัติของแต่ละกลุ่มวัยสำหรับจังหวัด การติดตาม กำกับ ประเมินผล โดยทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินภายนอก (External Audit) ที่สามารถพิจารณาประเด็นหรือเรื่องที่มีความสำคัญและจัดทำข้อเสนอแนะต่อเขตสุขภาพซึ่งถือว่าเป็นการจัดรูปแบบ (Body) ใหม่ จากเดิมที่เป็นเพียงผู้ตรวจฯ จะต้องเป็นผู้นาองค์กรในการขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติ มีการตรวจสอบภายใน (Internal Audit) และมีศูนย์วิชาการเป็นผู้สนับสนุนวิชาการในการติดตาม กำกับ และประเมินผล โดยสาธารณสุขนิเทศก์จะทำหน้าที่ในการ Regulate และการติดตาม กำกับ และประเมินผลในภาพรวม และจังหวัดควรมีบทบาทในการบริหารจัดการงบประมาณและทรัพยากร เพื่อให้พื้นที่สามารถดำเนินงานได้ผลผลิต (Output) และผลลัพธ์ที่แท้จริง (Outcome) ที่มีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จ

ข้อควรปฏิบัติในการติดตามประเมินผล ควรเน้นการติดตามกระบวนการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริง (Monitoring) เช่น ติดตามว่าหน่วยปฏิบัติได้ดำเนินงานอย่างไร มุ่งเน้นกิจกรรมหรือมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของงาน ควรยึดปัญหาในพื้นที่และมาตรการการแก้ไขเป็นตัวตั้งและพิจารณาโครงการหรือตัวชี้วัดเป็นองค์ประกอบหรือข้อสังเกตในการติดตาม เรียนรู้ความพยายามของจังหวัดและหน่วยงานพื้นที่ในการตอบสนองปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน จำเป็นต้องบูรณาการกับหลายภาคส่วน และการแก้ไขจะส่งผลกระทบระยะยาวมากกว่าระยะสั้น ศักยภาพจริงเชิงประจักษ์ด้วยหลักฐานต่างๆ และด้วยการซักถามข้อมูลมากกว่ารับฟังเพียงการบรรยายสรุป ผู้ประเมินไม่ควรแสดงบทบาทผู้แทนหน่วยงานของตน หรือสวมบทบาทผู้นิเทศสอนงาน แต่ควรหลอมรวมเป็นหนึ่งเดียวกับคณะทำงานติดตามประเมินผลระดับเขต

ภาพของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอนาคตนั้น ไม่ว่าจะโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขหรือเขตจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างไร สิ่งที่ต้องดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายด้านงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคยังคงดำเนินต่อไป เพื่อตอบสนองกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนแต่ละกลุ่มวัย หลักการของการติดตามประเมินผล คือ สะท้อนข้อเท็จจริง และสิ่งที่ควรที่จะเปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้น การทำงานในแต่ละระดับ (ส่วนกลาง - เขต - ศูนย์วิชาการ - พื้นที่) ควรสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานร่วมกัน ซึ่งการพัฒนาต้องใช้เวลา และการวางแผนอาจจะยังไม่สมบูรณ์ทั้งหมด แต่ต้องมีการพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานปรับแผนการดำเนินงานเพื่อส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชนตามวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข คือ **“เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี”**

5.2 การอภิปรายผล

จากผลการประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยของพื้นที่เครือข่ายบริการที่ 1-12 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 สามารถอภิปรายผลได้ตามหัวข้อดังต่อไปนี้

5.2.1 กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในภาพรวมได้มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล มีกระบวนการจัดทำแผนและกำหนดเป้าหมายความสำเร็จทั้ง 8 แผนงานอย่างมีส่วนร่วมจากกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง มีการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติด้วยการประชุมชี้แจงถ่ายทอดแผนงาน โครงการและกิจกรรมจากส่วนกลาง จังหวัด ไปสู่พื้นที่ และมีการติดตามประเมินผลโดยกลไกปกติของพื้นที่ เช่น การนิเทศงานอำเภอ การติดตามความก้าวหน้าในที่ประชุมจังหวัด สอดคล้องกับผลการศึกษาของรักใจ บุญระดม ที่พบว่าผลการประเมินผลการดำเนินงานนโยบายสร้างสุขภาพ จังหวัดจันทบุรี ตามโครงการเมืองจันทบุรีสุขภาพดี เป็นการดำเนินงานภายใต้การพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) และยุทธศาสตร์ “เมืองจันทบุรีสุขภาพดี” ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์หลักของการสร้างสุขภาพที่ตอบสนองต่อวิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาจังหวัดจันทบุรีที่มุ่งหวังให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ โดยมีการดำเนินงานตามตัวชี้วัดและถูกบรรจุเป็นคำรับรองการปฏิบัติราชการของจังหวัดจันทบุรีกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ

(ก.พ.ร.) ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินการบรรลุตามนโยบายเมืองจังหวัดสุขภาพดี ในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอและจังหวัด มีการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติดำเนินการภายใต้แนวคิดและหลักการ “ใช้พื้นที่เป็นฐานบูรณาการทุกภาคส่วนสร้างกระบวนการเรียนรู้วิถีชุมชน” เน้นการบริหารจัดการเพื่อประสานความร่วมมือในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพรวมทั้งสอดคล้องกับผลการประเมินกระบวนการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคปีงบประมาณ พ.ศ.2555 ที่พบว่ากระบวนการจัดทำแผนบูรณาการงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของทุกเขตส่วนใหญ่จะมีการกำหนดตัวชี้วัด มีระบบการกำกับ ติดตาม มีการรายงานผลตามระยะเวลาที่กำหนด มีการนิเทศงานที่ชัดเจนได้รับงบประมาณจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีบางจังหวัดเท่านั้นที่มีการระบุงบประมาณจากแหล่งอื่น เช่น งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น งบประมาณจังหวัด และมีกระบวนการวางแผนยุทธศาสตร์ของทุกเขตมีหลายภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งภาครัฐที่เป็นหน่วยงานราชการอื่นๆ ในพื้นที่ ภาคประชาชน ภาคเอกชนและท้องถิ่น

5.2.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

ปัจจัยความสำเร็จของกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคคือ มีโครงสร้างการบริหารงานในรูปแบบคณะกรรมการและอนุกรรมการที่มาจากผู้บริหารที่ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และมีผู้ปฏิบัติงานที่มีสมรรถนะเพียงพอต่อการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติและสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้ตามตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข และตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งมีงบประมาณที่เพียงพอและทันต่อเวลา สอดคล้องกับผลการศึกษาของรักใจ บุญระดม ที่พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานนโยบายสร้างสุขภาพ จังหวัดจันทบุรี ตามโครงการเมืองจังหวัดสุขภาพดีได้แก่การได้รับแรงผลักดันในเชิงนโยบายการได้รับความรู้อย่างสม่ำเสมอการได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานและการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ปฏิบัติงานหน่วยงานภาคีและชุมชน รวมทั้งสอดคล้องกับผลการประเมินกระบวนการทำงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.2555 ที่พบว่าปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผนคือ ผู้บริหารของพื้นที่ ทั้งผู้ว่าราชการจังหวัดและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หากให้ความสำคัญแผนปฏิบัติการจะสามารถบูรณาการการแก้ไขปัญหาได้ดี

5.2.3 การนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมาย

แนวทางสำคัญที่ต้องดำเนินการให้บรรลุความคาดหวังในการดำเนินงานของแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคคือการถ่ายทอดนโยบาย ทิศทาง และตัวชี้วัดที่จะถ่ายทอดลงสู่พื้นที่อย่างชัดเจน มีการแบ่งงานตามภารกิจ โดยมุ่งเน้นที่เป้าหมายการส่งเสริม ป้องกัน การสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี และลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมาย การทำงานไม่เกิดความซ้ำซ้อนโดยเฉพาะหน่วยงานที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักจะต้องสามารถบริหารจัดการยุทธศาสตร์ให้เป้าประสงค์ไปสู่การปฏิบัติได้ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของประภาส อนันตา ที่ได้พบต้นแบบการทำงานที่ดีในการนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ด้วย PIES 4 ขั้นตอน ดังนี้ (1)การวางแผนเป็นขั้นตอนการกำหนดนโยบายให้เป็นรูปธรรมและมีความพร้อมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ (2)การนำแผนไปปฏิบัติเป็นขั้นตอนการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย (3)การติดตามประเมินผล ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนการประเมินผลโดยประเมินที่ตัวชี้วัดที่เป็นผล(results or lag indicators) และ (4)ปรับมาตรฐานเป็นขั้นตอนที่ควร

กำหนดให้มีคณะทำงานเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน หากพบว่าผลการดำเนินงานต่ำกว่าเป้าหมายต้องพยายามปรับแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้หากพบว่าผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายแต่เป้าหมายที่ตั้งไว้ต่ำ ก็ต้องพยายามยกระดับเกณฑ์หรือระดับเป้าหมายให้สูงขึ้น

5.3 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระยะต่อไป

5.3.1 ด้านนโยบายและแผน

1) ผู้บริหารมีการกำหนดนโยบายในระดับประเทศที่ชัดเจน มีความต่อเนื่องอย่างน้อย 2 - 3 ปี กรณีที่เป็นนโยบายเร่งด่วน ต้องกำหนดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและทันเวลาต่อการนำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ผู้บริหารระดับสูงควรให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างจริงจัง เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง

2) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคให้เป็นผลสำเร็จนั้น ผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ ต้องมีความเข้าใจต่อสภาพปัญหาในเรื่องนั้นๆ ต้องมีข้อมูลสารสนเทศที่สามารถสะท้อนสภาพปัญหานั้นๆ ในพื้นที่ หรือในกลุ่มประชากรเป้าหมายได้อย่างรอบด้าน เพื่อสามารถนำข้อมูลมากำหนดเป้าหมายที่จะเข้าไปดำเนินการได้ถูกต้อง และวางแผนแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) แผนบูรณาการเพื่อแก้ปัญหาพื้นที่ จะต้องยึดปัญหาเป็นตัวตั้ง (Problem-oriented approach) แผนบูรณาการที่ดีและจัดว่ามีคุณภาพ ให้พิจารณาจากความชัดเจนใน ๓ องค์ประกอบ คือ การวิเคราะห์สภาพปัญหาที่ชัดเจนทั้งด้านกว้างและด้านลึก การระบุกลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยง การกำหนดกลยุทธ์และมาตรการที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหานั้นๆ ที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพต่อการแก้ไขปัญหา ดังนั้น แผนบูรณาการเชิงรุกจึงประกอบด้วยแผนงานย่อยๆ ตามจำนวนปัญหา จากนั้นจำแนกเป็นโครงการต่างๆ เพื่อรองรับกิจกรรมของกลุ่มงาน หรือหน่วยปฏิบัติ เช่น การรณรงค์ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การจัดบริการเชิงรุก การให้ความรู้ การอบรมผู้นำชุมชน อสม. ฯลฯ แผนบูรณาการย่อมไม่ใช่การรวบรวมโครงการต่างๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งทำให้เกิดความซ้ำซ้อนและผู้ปฏิบัติเกิดความสับสนได้ง่าย

4) แผนพัฒนาสุขภาพของจังหวัดที่ดี ควรเป็นแผนที่เกิดจากการบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นภายในจังหวัด รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคมซึ่งเริ่มมีบทบาทด้านสุขภาพมากขึ้น เพื่อกำหนดทิศทางที่เป็นเอกภาพในการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคภายในจังหวัด การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด จะต้องบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์ระหว่างนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับประเทศ และสอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพในพื้นที่ คุณภาพของแผนงาน/โครงการ ปัจจุบันพบว่าแผนส่วนใหญ่ยังมีปัญหาด้านคุณภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากปัจจัยต่างๆ ดังนี้

การวิเคราะห์สภาพปัญหา : การนำเสนอข้อมูลบ่งชี้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างชัดเจนนั้น มีความจำเป็นต่อการจัดทำแผนอย่างยิ่ง โดยจะต้องมีความชัดเจนในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่แท้จริง และสามารถครอบคลุมปัญหาสุขภาพในทุกด้าน ตลอดจนค้นหาสาเหตุของปัญหาเหล่านั้น มิใช่เน้นการเสนอเพียงปัญหาเรื่องโรค หรือเสนอข้อมูลตามตัวชี้วัดเท่านั้น จนอาจทำให้ไขว้เขวไปว่าข้อมูลตามตัวชี้วัด คือ

ปัญหาจริงในพื้นที่ เช่น ข้อมูลอุบัติการณ์ของโรค หรือรายงานกิจกรรม หรือผลงานการคัดกรอง ซึ่งเป็นเพียงรายงานข้อมูลเบื้องต้นโดยที่ยังไม่ทราบสาเหตุหรือที่มาของปัญหาเหล่านั้น

การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย : การกำหนดกลุ่มเป้าหมายต้องชัดเจน โดยวิเคราะห์ จำแนกกลุ่มประชากรให้ทราบชัดเจนว่ากลุ่มเสี่ยงเป็นใครและอยู่ในพื้นที่ใด มีความแตกต่างแยกย่อยตามกลุ่มอายุ เพศ และระดับเศรษฐฐานะ ฯลฯ

กลยุทธ์การแก้ปัญหา : แนวทางและมาตรการต่างๆ มีผลโดยตรงต่อความสำเร็จของการแก้ไขปัญหา มาตรการจะมีความจำเพาะต่อปัญหาในแต่ละพื้นที่ ซึ่งมีบริบทสังคมวัฒนธรรมที่แตกต่างกันที่ผ่านมามาตรการที่ระบุในแผนของจังหวัด อำเภอ และตำบลส่วนใหญ่ยังยึดตามกิจกรรมที่กำหนดมาจากส่วนกลางเหมือนกันทั่วประเทศ ทำให้มาตรการแก้ไขไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ในกระบวนการวางแผนภาพรวม จังหวัดจะต้องจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดยุทธศาสตร์หรือ กลยุทธ์ หรือแนวทางที่ใช้ในการแก้ปัญหา ประเมินโอกาสและความเสี่ยงต่อความสำเร็จของการแก้ปัญหา คาดการณ์ผลหรือการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ตลอดจนการบริหารจัดการงบประมาณจากแหล่งต่างๆ การวางแผน “ยุทธศาสตร์” ระดับจังหวัด เพื่อเป็นแนวทางการทำงานให้กับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แผนยุทธศาสตร์จังหวัดต้องมีลักษณะบูรณาการ ตั้งแต่บูรณาการเชิงยุทธศาสตร์กับสภาพปัญหาพื้นที่ บูรณาการเชิงการบริหารจัดการทรัพยากร และบูรณาการการกำกับติดตามประเมินผล เป็นต้น

5) สื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งระดับประเทศ กรมวิชาการ เขตสุขภาพ และจังหวัดรับทราบอย่างทั่วถึงในหลายช่องทาง กรมวิชาการกำหนดมาตรการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนโดยร่วมคิด ร่วมทำ และผลักดันงานไปพร้อมๆ กับผู้ปฏิบัติในพื้นที่ เนื่องจากพื้นที่เป็นผู้ดำเนินการตามนโยบาย และควรให้ศูนย์วิชาการเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพ และผลักดันให้เกิดการบูรณาการแบบร่วมคิด ร่วมวางแผน มีการตั้งเป้าหมายและกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จร่วมกัน เพื่อให้แต่ละกรมฯสามารถวางแผนงานเพื่อตอบสนองเป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนสนับสนุนงบประมาณให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของพื้นที่ รวมทั้งทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินงานโดยมุ่งเป้าหมายที่ประชาชนยึดกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มอายุเป็นตัวตั้งในการดำเนินงาน ตลอดจนควรมีเชื่อมโยงสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ(Promotion and Prevention Excellence Strategic Plan) ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข

5.3.2 ด้านการติดตามและประเมินผล

ควรมีการควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผลกระบวนการทำงานและผลงานเชิงคุณภาพทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง และมีการเก็บข้อมูลอย่างสม่ำเสมอทั้งก่อนการดำเนินงาน ระหว่างการดำเนินงานและเสร็จสิ้นการดำเนินงาน (ต้นน้ำ กลางน้ำ ปลายน้ำ) มีการชี้แจง/ประชุมเรื่องการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้รับผิดชอบในทุกระดับเกิดความเข้าใจตรงกัน ควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมเป็นกรรมการประเมินและการใช้ตัวชี้วัดเรื่องระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) เป็นตัวชี้วัดร่วมกันและควรมีการกระตุ้นในการติดตามงานเป็นระยะๆ ทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน ควรจัดทีมติดตามประเมินผลโดยเฉพาะ และมีการฝึกทักษะการติดตามประเมินผลอย่าง

ต่อเนื่อง ส่วนกรมวิชาการดำเนินการประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเชิงคุณภาพ และที่สำคัญอย่างยิ่งก็คือควรการนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนา ปรับปรุงแผนงาน โครงการ และมาตรการการดำเนินงานส่งผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพมากขึ้น

5.3.3 ด้านการพัฒนาบุคลากร

ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือนำ Best Practice มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนาบุคลากรให้เห็นความสำคัญของการประเมินผล เพื่อนำผลการประเมินมา พัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2552. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126 ตอนที่ 98ก. ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2552.

กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2552. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 126 ตอนที่ 98ก. ลงวันที่ 28 ธันวาคม 2552.

กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการประเมินกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของจังหวัด ปีงบประมาณ 2555**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555.

วิพุธ พูลเจริญ, สมศักดิ์ ชุณหรัศม์, สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. **สู่การปฏิรูประบบสุขภาพคนไทย**. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์; 2543.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2550.

พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พุทธศักราช 2542. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 116 ตอนที่ 114 ก. ลงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2542.

รักใจ บุญระดม, เกศรินทร์ ไทยศรีวงศ์, บัญชา พร้อมดิษฐ์ และกุมารี ศรีจันทร์. **การประเมินผลการดำเนินงานนโยบายสร้างสุขภาพจังหวัดจันทบุรี ตามโครงการเมืองจันทสุภาพดี**. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 2553; 21:10 – 21.

ประภาส อนันดา, เสถียรพงษ์ ศิวินา, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และโรงพยาบาลเกษตรวิสัย. **รูปแบบการนำแผนเชิงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติของหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด**. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น 2556; 20:9 – 18.

อติญาณ์ ศรีเกษตริณ, รสติกร ขวัญชุม, ชลชีพ เอกรัตน์, รุ่งนภา จันทรา, อัจริยา วัชรวิวัฒน์, สุมาลี สุวรรณภักดี, ปนิตา พุ่มพุท. **การประเมินผลการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2554 ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรณีศึกษา**. วารสารรามานิติพยาบาลสาร 2558; 21:275 – 287.

ภาษาอังกฤษ

World Health Organization. **Macroeconomics and health: investing in health for economic development**. Geneva: World Health Organization; 2001.

Carvalho SR, Compose GW. **Health care models: organization of Reference Teams in the health basic network of Secretaria Municipal de Saude of Betim, Minas Gerais State, Brazil.** Cad SaudePublica 2000; 16:507-15.

ภาคผนวก ก

แบบสอบถามความคิดเห็นที่มีต่อการบริหารงาน
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2556

วัตถุประสงค์ : เพื่อสำรวจความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปี 2556 และนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนา/ปรับปรุงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และการบูรณาการการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคต่อไป

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ของแบบสอบถามที่แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ตำแหน่ง

- 1) ผู้บริหารในส่วนกลาง 2) ผู้บริหารส่วนภูมิภาค
 3) นักวิชาการในส่วนกลาง 4) นักวิชาการส่วนภูมิภาค
 5) อื่น โปรดระบุ

2. ประสบการณ์ทำงาน.....ปี

3. หน่วยงานที่ปฏิบัติ

- 1) สำนักตรวจราชการกระทรวงฯ 2) สำนักตรวจและประเมินผล
 3) สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 4) กรมการแพทย์
 5) กรมควบคุมโรค () ส่วนกลาง () สำนักงานป้องกันควบคุมโรค
 6) กรมสุขภาพจิต () ส่วนกลาง () ศูนย์สุขภาพจิต
 7) กรมอนามัย () ส่วนกลาง () ศูนย์อนามัย
 8) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 9) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 10) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ 2 ภาพความคาดหวังหรือความสำเร็จที่ต้องการให้เกิดขึ้น กลยุทธ์ ประเด็นหรือแนวทางที่ต้องดำเนินการ ให้บรรลุความคาดหวังในการดำเนินงานของแผนงานยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในอีก 10 ปีข้างหน้า

1. ภาพความคาดหวังหรือความสำเร็จที่ท่านต้องการให้เกิดขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า ในการดำเนินงานของแผนงานยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในมุมมองที่ท่านต้องการให้เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

2. กลยุทธ์ ประเด็นหรือแนวทางที่ต้องดำเนินการให้บรรลุความคาดหวังตามข้อ 1 ควรเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

3. ปัญหา/อุปสรรคที่ท่านพบในดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(8 Flagships) ที่ผ่านมา
ด้านการจัดทำแผน

.....

.....

.....

ด้านงบประมาณ

.....

.....

.....

ด้านกระบวนการทำงาน

.....

.....

.....

ด้านบุคลากร

.....

.....

.....

ด้านการติดตามงาน

.....

.....

.....

ด้านการประเมินผลงาน

.....

.....

.....

ด้านอื่นๆ

.....

.....

.....

4. ปัจจัยความสำเร็จ 3 อันดับแรกของการที่จะทำให้การดำเนินงานบรรลุตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagships) เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย

- 4.1
- 4.2
- 4.3

5. สิ่งที่ท่านต้องการรับการสนับสนุนที่สำคัญจากกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สามารถดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบรรลุผลสำเร็จ

- 5.1
- 5.2
- 5.3

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อการสื่อสารถ่ายทอดและการบูรณาการแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagship Project)

1.ความคิดเห็นในการสื่อสารถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagship Project)

1.1 ท่านรับรู้/รับทราบแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagship Project)

- รับรู้/รับทราบ
- ไม่เคยรับรู้/ไม่เคยรับทราบ
- อื่นๆ โปรดระบุ.....

1.2 ในกรณีที่ท่านรับรู้/รับทราบแผนงานยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากช่องทางใด

- ประชุม
- อบรม/สัมมนา
- หนังสือเวียน
- เอกสารเผยแพร่ต่างๆ
- อื่นๆ ระบุ.....

1.3 ท่านคิดว่าแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(8 Flagship Project)ที่มีการบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระหว่างกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นหรือไม่อย่างไร

- มีประสิทธิภาพ
- ไม่มีประสิทธิภาพ
- เนื่องจาก.....

2. ระดับความสำคัญ ที่มีส่วนผลักดันให้กระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปี 2556 ของแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagship Project) ไปสู่การบูรณาการและบรรลุความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

รายการ	ระดับความสำคัญ				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2.1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ และคณะอนุกรรมการประสานการบริหารแผนงานฯ ที่ประกอบด้วย ผู้บริหารและนักวิชาการจากทุกกรมวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้ง 8 แผนงาน เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน					
2.2 การกำหนดตัวชี้วัดกระทรวงฯ (Strategic Focus) ปี 56 สอดคล้องกับตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagship Project)					
2.3 มีกระบวนการจัดทำแผนและกำหนดเป้าหมายความสำเร็จทั้ง 8 Flagship อย่างมีส่วนร่วมจากกรมวิชาการที่เกี่ยวข้อง					
2.4 การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแผนงานยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพฯ (8 Flagship) มีการกำหนดหน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลักชัดเจน					
2.5 มีกลไกการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ผ่านการตรวจราชการและนิเทศงานของสำนักตรวจราชการ โดยมีศูนย์วิชาการต่างๆ ร่วมในการตรวจราชการ					
2.7 มีการประเมินกระบวนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง					
2.8 ประโยชน์ที่ท่านได้รับจากการบูรณาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแผนงานยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพฯ					

3. ความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆเพิ่มเติม

- ประเด็นอื่นๆ ที่จะช่วยให้เกิดการบูรณาการการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (8 Flagship) อย่างมีประสิทธิภาพ

.....

.....

- ข้อเสนอแนะอื่นๆ เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

.....

.....

เอกสารเพิ่มเติม

เรื่องที่ 2

การประเมินผลกระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพ

และป้องกันโรค ปี 2556

โดย

ฉันทนา เจนศุภเสรี

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	ก
สารบัญตาราง	ข
บทที่ 1 สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพ	1
1.1 สถานการณ์และปัญหาที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ	1
1.2 สถานการณ์ด้านโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญ	7
1.3 ประเด็นปัญหาสถานการณ์ที่จำเป็นต้องการแก้ไขเพื่อส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	15
บทที่ 2 กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	17
2.1 การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับส่วนกลาง	17
2.2 การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในส่วนภูมิภาค	22
บทที่ 3 สรุปสถานการณ์และข้อเสนอแนะกระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค	29
3.1 สรุปสถานการณ์ปัจจุบัน	29
3.2 ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนากระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค	32
บรรณานุกรม	40

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (รวม 3 รหัสโรค: DF, DHF, DSS) อัตราการป่วย ต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิต อัตราการป่วยตาย และอัตราตายต่อแสน ประชากร จำแนกรายปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-2560	9
ตารางที่ 2	อัตราป่วยคนไทยและต่างชาติ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2560	10

บทที่ 1

สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพ

โรคที่เป็นปัญหาสำคัญในอดีตคือโรคติดต่อ แต่ก็ยังมีปัญหาทางสุขภาพอย่างอื่นมากมายซึ่งมีสาเหตุจากการพัฒนาของระบบสาธารณสุขยังไม่ดีเพียงพอและความยากจน ซึ่งนำมาซึ่งปัญหาสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ในเรื่องต่าง ๆ ทำให้เกิดความชุกของโรคของแม่และเด็ก โรคขาดอาหารและโรคอื่น ๆ ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดโรค อย่างไรก็ตามการพัฒนาทางสาธารณสุขในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 ได้ช่วยให้โรคและภัยสุขภาพลดน้อยลง โดยเกิดจากการพัฒนาความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพและสาธารณสุข การพัฒนารักษาและวัคซีนป้องกันโรค รวมถึงการปรับปรุงสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ การพัฒนาดังกล่าวทำให้มีผู้คาดการณ์ว่าโรคติดต่อต่างๆจะหมดไปจากโลกและประชาชนจะมีสุขภาพะ มีอายุยืนยาวขึ้น

1.1 สถานการณ์และปัญหาที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ

1.1.1 สถานการณ์สุขภาพของประชาชนตลอดช่วงชีวิต

1) สถานการณ์สุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)

1.1) สุขภาวะของมารดา

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ จากการสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า ปี พ.ศ.2547, 2549, 2551, 2556 และ 2559 อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนเท่ากับ 44.5, 41.6, 38.5, 31.2 และ 24.06 ตามลำดับ และจากการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2560 (1 ตุลาคม 2559 – 30 มิถุนายน 2560) พบว่ามีมารดาตายจำนวน 88 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนเท่ากับ 23.75 (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ซึ่งเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2560 ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการเจริญพันธุ์รวมในอดีตและปัจจุบัน พบว่าในอดีตผู้หญิงไทยหนึ่งคนมีบุตรเฉลี่ยตลอดด้วยเจริญพันธุ์ 6 คน แต่ในปัจจุบันมีบุตรเพียง 1.6 คน โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการตายของมารดามาจากปัจจัยการตั้งครรภ์และการคลอด อีกส่วนหนึ่งเสียชีวิตจากสาเหตุโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม เช่น โรคหัวใจ, การติดเชื้อ, HIV เป็นต้น มารดาที่ขาดโภชนาการทั้งก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ในขณะที่มารดาที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม ในขณะที่กรมอนามัยได้ดำเนินการจัดทำนโยบายและ

ยุทธศาสตร์พัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดคุณภาพ เพื่อจะเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการเกิดของประชากร

1.2) พัฒนาการของเด็กปฐมวัย

จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 27.2 ซึ่งอาจมาจากหลายปัจจัย เช่น การขาดการกระตุ้นพัฒนาการตามวัยที่เหมาะสม การคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย การมีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดของทารก พฤติกรรมการเล่นที่นานเกินไปของพ่อแม่ หรือผู้ดูแลเด็ก ทั้งนี้ต้นเหตุนั้นมีหลายสาเหตุ รวมถึงสภาพสังคมที่เปลี่ยนเข้าสู่ยุคอุตสาหกรรม เกิดการเคลื่อนย้ายแรงงานจากเขตชนบทเข้าสู่เมืองใหญ่มากขึ้น ผู้คนในชนบทไม่สามารถเลี้ยงดูลูกด้วยตนเอง ส่วนผู้คนในเมืองใหญ่ก็ต้องทำงานมากขึ้นทำให้ไม่สามารถดูแลเด็กเล็กด้วยตนเองเช่นกัน นำไปสู่การขาดโอกาสกระตุ้นพัฒนาการให้กับเด็กอย่างเหมาะสมปัจจุบัน ผู้ปกครองนิยมนำเด็กไปฝากไว้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมากขึ้น มีหลายหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านศูนย์เด็กเล็กเพื่อเน้นกระตุ้นพัฒนาการที่สมวัยแต่ก็ยังคงพัฒนาในอีกหลายส่วน ดังนั้น การดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอย่างมีคุณภาพนั้นก็เป็นการบ่มเพาะเมล็ดพันธุ์ที่มีคุณภาพในอนาคตที่ดีต่อไป

แต่การสร้างเสริมพัฒนาการเด็กนั้นจำเป็นต้องเริ่มตั้งแต่การพัฒนาระบบบริการการฝากครรภ์ซึ่งถือว่าเป็นการดูแลเด็กในขั้นตอนแรกสุด การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีโอกาสได้เลี้ยงดูเด็กและกระตุ้นพัฒนาการอย่างเหมาะสมและถูกต้อง การส่งเสริมให้เด็กได้เข้ารับการตรวจประเมินพัฒนาการอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องรวมถึงการสร้างระบบส่งต่อเมื่อพบกับปัญหาพัฒนาการล่าช้าล้วนเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะทำให้พัฒนาการของเด็กไทยเป็นไปอย่างสมวัย

1.3) การเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย

จากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicators Cluster Survey: MICS) ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2549 (UNICEF Office for Thailand, 2007), ครั้งที่ 4 พ.ศ.2555 (สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) และครั้งที่ 5 พ.ศ. 2558 พบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยาว 6 เดือน เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ภาวะโลหิตจางในหญิงวัยเจริญพันธุ์ลดลง แต่อัตราน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม เพิ่มขึ้น ส่วนเด็กปฐมวัยมีภาวะเตี้ย ผอม อ้วน เพิ่มขึ้นในปี 2555 และลดลงในปี 2558 โดยภาวะเตี้ยยังคงมีความชุกสูงที่สุดผลกระทบของทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (low Birth Weight: LBW) และเด็กเตี้ย (เด็กที่ขาดอาหารสะสมเป็นเวลานานหรือแบบเรื้อรัง)นอกจากโครงสร้างด้านร่างกายแล้วยังเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและเสียชีวิต มีผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อลูกหลาน หากไม่ได้รับการแก้ไขเด็กจะมีภาวะเตี้ย แคระแกร็นและเกิดปัญหาเช่นนี้ในรุ่นต่อไปด้วย

เหตุนี้ จึงต้องส่งเสริมให้เด็กช่วงอายุ 0-5 ปีให้มีภาวะโภชนาการที่ดี เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตทั้ง ส่วนสูงและน้ำหนักเหมาะสมกับวัย (สูงดีสมส่วน) ซึ่งจะส่งผลดีทั้งในด้านสาธารณสุข สังคม การศึกษา และเศรษฐกิจ รวมทั้งยังทำให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ข้อ 2 ยุติความหิวโหยและขจัดปัญหาทุพโภชนาการทุกรูปแบบให้หมดไป จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข (1 ตุลาคม 2559 – 19 กรกฎาคม 2560) เด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการสมวัยคิดเป็นร้อยละ 94.63 และสูงดีสมส่วน เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 51 ใน ไตรมาสที่ 4 ภาพรวมทั้งประเทศยังต่ำกว่าเป้าหมาย ได้เพียงร้อยละ 49.71 (ข้อมูล ณ วันที่ 2 ตุลาคม 2560)

นอกจากนี้ ยังมีเด็กอีกร้อยละ 10.0 ที่เข้าไม่ถึงวัคซีนพื้นฐาน เด็กดังกล่าวแบ่ง ออกเป็น 3 กลุ่มคือ เด็กในพื้นที่ชนบทห่างไกลทุรกันดาร เด็กด้อยโอกาสในพื้นที่เขตเมือง และเด็กต่าง ด้าวทั้งในและนอกระบบ ซึ่งการรับวัคซีนเหล่านี้จะเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันสุขภาพให้กับเด็กไทยให้ลด ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่อันตรายต่อไป

1.4) สถานการณ์สุขภาพของเด็กไทย

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) มีภาวะเตี้ย ภาวะอ้วน ภาวะพอม และภาวะซีด การขาดอาหารเรื้อรัง ทำให้เด็กเตี้ย แคระแกร็น ภูมิต้านทานโรคต่ำ เจ็บป่วย บ่อย และมีสติปัญญาต่ำ แตกต่างจากปัญหาภาวะอ้วนที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ มากเกินความต้องการของร่างกาย มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีผลนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Chronic Diseases: NCDs)

จากการสำรวจปี พ.ศ. 2558 พบว่าเด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 7.5 ภาวะพอมร้อยละ 5.2 และภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 12. รวมถึงปัญหาภาวะซีดในเด็กวัยเรียน ปัญหาสุขภาพช่อง ปากของเด็กวัยเรียน ปัญหาการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาข้างต้นควรแก้ไขให้เด็กมี ความสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองและมีทักษะสุขภาพจะต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้มี พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และสามารถจัดการตนเองได้ ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กไทยที่พบว่า มีภาวะฟันผุในเด็กไทยอายุ 3 ขวบมีความชุกที่ร้อยละ 38.6 ในการสำรวจระดับประเทศครั้งที่ 6 ในปี 2551 จากข้อมูลรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข(ข้อมูล ณ 31 สิงหาคม 2560) พบว่าเด็กกลุ่มอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ 71.7 แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรในสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัยมีความ พยายามที่จะดำเนินมาตรการที่จะลดการบริโภคของหวานในเด็ก และมีมาตรการในการดูแลสุขภาพฟัน ของเด็กไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมการแปรงฟัน มีการจัดตั้งเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน ซึ่งมีการ ขับเคลื่อนสร้างภาคีไปทั่วประเทศโดยมีการจัดทำโครงการโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม การผลักดันเรื่อง เกี่ยวกับภาษีเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลเกินมาตรฐาน เป็นต้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่เน้นเรื่องการ ส่งเสริมป้องกันเป็นสำคัญ และในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ. 2555 – 2559 ก็

พบยุทธศาสตร์ที่พยายามขยายความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆในระดับท้องถิ่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะเข้าร่วมดูแลสุขภาพช่องปาก ซึ่งเป็นแนวทางที่น่าจะส่งผลในเชิงบวกต่อกระบวนการสร้างสุขภาพช่องปากโดยองค์กรในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม แต่จากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข (ตุลาคม 2559 – สิงหาคม 2560) พบว่าเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วน ร้อยละ 65.1 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้เล็กน้อย คือร้อยละ 66

1.5) ภาวะทุพโภชนาการในเด็กไทย

จากรายงานของ Global School-based Student Health Survey (GSHS) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ได้ทำการสำรวจเด็กนักเรียนไทยอายุ 13-17 ปีในปี 2008 และปี 2015 พบว่า เด็กไทยจำนวนไม่น้อย มีปัญหาเรื่องน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์และเกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยในปี 2008 มีเด็กที่เสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินอยู่ที่ร้อยละ 10.0 และร้อยละ 4 มีน้ำหนักเกิน ส่วนรายงานในปี 2015 พบว่าเด็กที่เสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกินเพิ่มเป็นร้อยละ 16.2 และสัดส่วนเด็กที่มีน้ำหนักเกินเพิ่มเป็นร้อยละ 5.5 นอกจากนี้ น้ำหนักเกินแล้วยังมีปัญหาเด็กไทยน้ำหนักน้อยด้วยเช่นกันโดยปี 2015 ได้มีการรายงานเด็กน้ำหนักน้อยอยู่ที่ร้อยละ 8.4 ปัจจุบันมีหลายภาคส่วนได้พยายามจัดการและดูแลปัญหาน้ำหนักของเด็ก โดยเฉพาะเด็กในวัยเรียน ตัวอย่าง เช่น การจัดโครงการต่างๆในโรงเรียน โครงการเด็กไทยไม่กินหวาน เป็นต้น ซึ่งแนวทางควบคุมป้องกันโรคอ้วนในเด็กได้กล่าวว่าการจัดการปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในเด็กวัยเรียนจะต้องดำเนินการอย่างมีระบบโดยได้ให้แนวทางการทำงานตั้งแต่ระดับผู้บริหารของโรงเรียน ครูประจำโรงเรียน ผู้ปกครอง นักเรียน ตลอดจนผู้ค้าขายรอบโรงเรียนและชุมชนรอบโรงเรียน เป็นต้น

1.6) การบาดเจ็บในเด็กไทย

รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนนพ.ศ.2558 ได้กล่าวถึงสถานการณ์การบาดเจ็บและเสียชีวิตของประเทศทั่วโลกนั้น ประเทศไทยมีอัตราเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรสูงเป็นอันดับ2ของโลก ซึ่งจากสถิติในปี 2558 มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากถึง 943 คน เป็นกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี 575 คน นอกจากสถิติข้างต้นที่พบว่าเด็กไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนแล้ว ยังพบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี คือการจมน้ำ ซึ่งสูงเป็นอันดับแรก ซึ่งแต่ละปีจะมีการเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 1,117 คน หรือวันละ 3.2 คน โดยเด็กผู้ชายในกลุ่มอายุ 5-9 ปีเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด จากข้อมูลการเฝ้าระวัง ยังพบว่าเด็กเล็กช่วงก่อนเข้าเรียนมักจะเสียชีวิตในพื้นที่ใกล้บ้านเนื่องจากอยู่อาศัยในพื้นที่ที่มีความเสี่ยง ส่วนในเด็กโตมักจะเสียชีวิตพร้อมกันหลายคนเนื่องจากไม่มีทักษะความปลอดภัยทางน้ำ เช่น การช่วยเหลือคนจมน้ำ การเอาชีวิตรอดจากการจมน้ำ และยังพบว่าเด็กไทยอายุน้อยกว่า 15 ปี วายน้ำเป็นร้อยละ 23.7 และวายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดได้เพียงร้อยละ 4.4 และยังมีรายละเอียดอีกมากมายเกี่ยวข้องกับการจมน้ำ เช่น สถานที่ช่วงเวลา ฯลฯ ซึ่งสามารถนำไปสู่การจัดการแก้ไข ป้องกัน เพื่อลดจำนวนเด็กที่จะจมน้ำได้

2) สถานการณ์สุขภาพวัยรุ่นไทย (กลุ่มอายุ 15-29 ปี)

ประชากรวัยรุ่นและวัยทำงาน หากเกิดความเจ็บป่วยสูญเสียในกลุ่มประชากรในช่วงอายุนี้ จะเกิดความสูญเสียเป็นอันมากต่อประเทศ สาเหตุหลักของการสูญเสียสุขภาพในเพศชายกลุ่มอายุ 15-29 ปี คือ อุบัติเหตุ ส่วนในเพศหญิง คือ ความผิดปกติทางจิต นอกจากนี้ยังมีโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมถึงโรคไม่ติดต่ออื่นๆ อาทิเช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุสำคัญของความสูญเสียในกลุ่มนี้เช่นกัน นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาสำคัญ ประเทศไทยจึงได้มีการดำเนินการให้มีพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยให้สถานศึกษาและสถานบริการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ให้ราชการส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่ดำเนินการให้วัยรุ่นในเขตราชการส่วนท้องถิ่นได้รับสิทธิ์สวัสดิการสังคมในด้านอื่นๆ เนื่องจากสภาพสังคมในปัจจุบันที่ไม่เอื้อให้พ่อแม่ผู้ปกครองมีเวลาในการดูแลบุตรหลานอย่างเต็มที่ ทำให้เด็กจำนวนมากไม่สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงของตนเองเมื่อก้าวเข้าสู่วัยรุ่นและไม่อาจปรับตัวให้เท่าทันสภาพแวดล้อมรอบตัวได้ ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงมากมาย พฤติกรรมความเสี่ยงทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ในอายุที่น้อยลง การตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นสามารถขจัดต้นสามารถสรุปได้เป็นประเด็นได้ดังต่อไปนี้

- พฤติกรรมความเสี่ยงทางอนามัยเจริญพันธุ์: พบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยในครั้งแรกของการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ แต่พบว่า การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายค่อยๆ ลดลง

- การคลอดมีชีพในวัยรุ่น: มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจาก จาก 31.1 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2543 เป็น 47.9 ในปี พ.ศ. 2557 และยังมีการมาคลอดซ้ำในกลุ่มวัยรุ่นในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 10.2 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 12.4 ในปี พ.ศ. 2557 จากข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข (ตุลาคม 2559 – มิถุนายน 2560) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี 36.5 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี (เกณฑ์ 42 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี)

จะเห็นได้ว่าสภาพของปัญหาของวัยรุ่นเป็นสภาพปัญหาที่มีความจำเพาะสูง ต้องการวิธีการจัดการที่แตกต่างไปจากกลุ่มวัยอื่นๆ ซึ่งการเพิ่มการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและลักษณะจำเพาะของวัยรุ่นจะช่วยให้เด็กวัยรุ่นสามารถมีความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

3) กลุ่มอายุ 30-59 ปี

กลุ่มประชากรในช่วงอายุนี้เป็นประชากรวัยทำงานทั้งหมด นอกจากนี้ยังถือเป็นช่วงก่อนวัยสูงอายุซึ่งโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของความสูญเสียในช่วงอายุนี้ โดยสาเหตุอันดับหนึ่งคือ โรคมะเร็ง รองลงมาคือ โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน ประชากรในช่วงอายุนี้ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุ 30-44 ปี และช่วงอายุ 45-59 ปี ซึ่งลำดับของสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะจะแตกต่างกัน สำหรับประชากรช่วงอายุ 45-59 ปี จะมีสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะจากโรคไม่ติดต่อที่มากกว่า จากข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข (ตุลาคม 2559 – 8 สิงหาคม 2560) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.31 (เกณฑ์ร้อยละ 2.4)

4) สถานการณ์ผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2558 (ราว 10 ล้านคน) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และอาจจะเกินหนึ่งในสี่ของประชากรไทยภายในปีพ.ศ.2573 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ในปี 2559 – 2560 รัฐบาลได้มุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้น รัฐบาลจึงสนับสนุนงบประมาณเพิ่มเติมจากงบเหมาจ่ายรายหัวปกติจำนวน 600 ล้านบาทให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดบริการทางการแพทย์ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ให้แก่ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมดำเนินการ เป้าหมายการดำเนินงานในปี 2559 คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 100,000 ราย ในพื้นที่ 1,000 ตำบลในทุกจังหวัดรวมกรุงเทพมหานคร และในปี 2560 ได้เพิ่มเป้าหมายผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 150,000 ราย ในพื้นที่ 5,000 ตำบลในทุกจังหวัดรวมกรุงเทพมหานคร โดยกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขมีพันธกิจในการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืนโดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี ภาคีเครือข่ายและเจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบอนามัยยั่งยืน” เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพลงอย่างยั่งยืน ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนอย่างทั่วถึง เท่าเทียม เสริมสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุเพื่อคนไทยมีสุขภาพที่ดี

ในปัจจุบันพื้นที่ตำบลทั่วประเทศมีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 7,255 ตำบล แต่การดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ตั้งแต่ ปี พ.ศ.

2559 จนถึงปัจจุบัน พบว่า มีจำนวนตำบลที่เข้าร่วมโครงการฯทั้งสิ้น 4,512 ตำบลและสามารถดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตำบล Long Term Care มีจำนวนทั้งสิ้น 3,718 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 82.4 ซึ่งในตำบลในโครงการมีจำนวนผู้สูงอายุเป้าหมายที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 150,000 คน และได้รับการดูแลตามโครงการฯ มีจำนวนทั้งสิ้น 172,078 คน คิดเป็นร้อยละ 98.63 มีการผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีภาวะพึ่งพิง โดยผลิต Care Manager ที่ผ่านหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เป้าหมายจำนวน 4,500 คน แต่ปัจจุบันสามารถผลิตได้ถึง 7,391 คน (มากกว่าร้อยละ 100) ผลิต Caregiver เป้าหมาย 18,000 คน ผลิตได้ 23,920 คน (มากกว่าร้อยละ 100) นอกจากนี้ในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนมีสิ่งที่เป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) เพื่อเกิดการดูแลผู้สูงอายุแบบมีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการ โดยมี Care Manager และ Caregiver ร่วมกันดูแลผู้สูงอายุโดยการจัดทำ Care Plan ในการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล ปัจจุบันพื้นที่ที่สามารถจัดทำ Care Plan เพื่อดูแลผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมายจำนวน 172,078 คน ในปี พ.ศ. 2559 - 2560 จัดทำ Care Plan ได้ จำนวน 140,577 คน คิดเป็นร้อยละ 81.6

1.2 สถานการณ์ด้านโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกและสำนักกระบวนวิทย์พบว่า โรคติดเชื้อยังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก รวมถึงในประเทศไทย และยิ่งไปกว่านั้นโรคติดเชื้อในยุคโลกาภิวัตน์ได้กลับมาเป็นภัยคุกคามสำคัญของมนุษยชาติในลำดับต้น ๆ อีกครั้งหนึ่ง เป็นผลมาจากการติดเชื้อโรคใหม่ ๆ รวมทั้งการอุบัติขึ้นมาของโรคเอดส์และโรคติดต่อมาจากสัตว์ (Zoonotic Disease) ซึ่งหลายโรคมีธรรมชาติที่ซับซ้อนยากต่อการจัดการและหากขาดระบบและเครื่องมือในการป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพแล้ว โรคเหล่านี้ย่อมบั่นทอนเสียชีวิตและสุขภาพของประชาชนสร้างภาระและความวุ่นวายขึ้นในสังคม ตลอดจนส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นับเป็นความท้าทายต่อวงการแพทย์และการสาธารณสุขอย่างยิ่งในการเตรียมพร้อมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อที่สร้างความสูญเสียมากมาย สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคติดต่อ กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค กลุ่มโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ กลุ่มโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

1.2.1 สถานการณ์โรคและภัยสุขภาพตามกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญ

1) กลุ่มโรคติดต่อ

โรคติดต่ออุบัติใหม่ ปัจจุบันภัยคุกคามจากการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ กำลังเป็นปัญหาที่ทั่วโลกหวั่นวิตก เนื่องจากทุกๆ ปี จะมีโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดขึ้นซึ่งล้วนแล้วแต่มีความซับซ้อน ส่วนใหญ่เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน และมักส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก โดยพบว่าในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา มีโรคติดต่อเกิดขึ้นใหม่จำนวนมาก โดยสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญในปัจจุบัน ได้แก่โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลางจำนวน 3 รายในปี 2558 จำนวน 1 รายและปี 2559 จำนวน 2 ราย (ชาวโอมาน 2 รายและคูเวต 1 ราย) ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการระบาด ได้แก่ ผู้ป่วยชาวต่างชาติจากประเทศในแถบตะวันออกกลางที่มารับบริการรักษาพยาบาลในประเทศไทย ชาวมุสลิมในประเทศไทยเดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ และอุมเราะห์ในประเทศแถบตะวันออกกลาง โรคไข้หวัดนก สถานการณ์ในประเทศไทยพบผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดนกตั้งแต่ปี 2547 จำนวน 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย จากการเฝ้าระวังโรคในคนยังไม่พบรายงานผู้ป่วยยืนยันโรคไข้หวัดนกตั้งแต่ปี 2549 จนถึงปัจจุบัน (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค ข้อมูล ณ 14 กันยายน 2560) ผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกส่วนใหญ่จะมีประวัติการสัมผัสกับไก่ป่วย/ไก่ที่ตายผิดปกติ ส่วนการแพร่จากคนสู่คนพบได้น้อย ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการระบาด ได้แก่ นกอพยพ โรคติดต่อไวรัสฮีโบล่า พบผู้ป่วยโรคติดต่อไวรัสฮีโบล่าในประเทศที่มีการระบาดในวงกว้าง 3 ประเทศได้แก่ กินี โลบิเรีย และเซียร์ราลีโอน องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศยกเลิกโรคติดต่อไวรัสฮีโบล่าจากภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ เมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2559 สำหรับในประเทศไทยยังไม่เคยพบรายงานผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อไวรัสฮีโบล่ามาก่อน ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการระบาด ได้แก่ ผู้เดินทางมาจากประเทศที่เกิดโรค เช่น ประเทศในแถบแอฟริกาใต้ โรคติดต่อไวรัสซิกาในปี 2559 พบผู้ป่วยโรคติดต่อไวรัสซิกาในทั่วทุกภาคของประเทศรวม 43 จังหวัด การระบาดดังกล่าวทำให้มีหญิงตั้งครรภ์และคลอดทารกที่มีภาวะศีรษะเล็กโดยมีหญิงเป็นพาหะที่อยู่ประจำถิ่น โรคนี้จึงกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขในระยะยาว

จะเห็นได้ว่า โรคติดต่ออุบัติใหม่ในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ หรือสัตว์ป่าและมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้แก่ การเคลื่อนย้ายของประชากร ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค เช่น ยุง ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกันควบคุมโรค การปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยหรือสุขลักษณะ การอยู่ร่วมกันอย่างหนาแน่น ประชาชนบางกลุ่มมีความเสี่ยงที่จะติดโรคเนื่องจากมีความต้านทานโรคต่ำ เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ ผู้มีภาวะอ้วน ประชาชนบางกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสโรคมก เช่น เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ คนทำงานในโรงฆ่าสัตว์ คนฆ่าและเนื้อสัตว์ สัตวบาล และสัตวแพทย์ ประชาชนบางกลุ่มมีโอกาสแพร่โรคหรือรับโรคได้ง่าย เช่นกลุ่มผู้เดินทางไปต่างประเทศ ดังนั้น ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมการเฝ้าระวัง ป้องกันการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมถึงประสานข้อมูลระหว่าง

ประเทศต่างๆ อย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันและสกัดกั้นการแพร่ระบาดของยุงที่ประกอบกับ คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบแผนปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อหรือโรคระบาด พ.ศ. 2559 – 2561 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 ซึ่งได้กำหนดให้กรมควบคุมโรคและ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ดำเนินการตามบทบาทภารกิจของแผนปฏิบัติการป้องกันโรคติดต่ออุบัติ ใหม่

โรคไข้เลือดออก สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ในปี พ.ศ. 2560 (ข้อมูลจากระบบ รายงานการเฝ้าระวังโรค 506 สำนักโรคบาตวิทยา ณ วันที่ 26 ธันวาคม 2560) มีรายงานผู้ป่วยโรค ไข้เลือดออก (Dengue fever: DF, Dengue haemorrhagic fever: DHF, Dengue Shock Syndrome: DSS) สะสมรวม 51,583 ราย อัตราป่วย 78.84 ต่อประชากรแสนคน มีการรายงาน จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2559 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ผู้ป่วยเสียชีวิต 60 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับ ร้อยละ 0.12 การกระจายการเกิดโรคไข้เลือดออกตามกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่พบใน กลุ่มอายุ 10-14 ปี มีอัตราป่วยสูงสุด รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 5-9 ปี และ อายุ 15-24 ปี ตามลำดับ พบผู้ป่วยสูงสุด คือนักเรียน รองลงมาได้แก่ อาชีพรับจ้าง

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (รวม 3 รหัสโรค: DF, DHF, DSS) อัตราการ ป่วยต่อแสนประชากร จำนวนผู้เสียชีวิต อัตราการป่วยตาย และอัตราตายต่อแสนประชากร จำแนกราย ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2555-2560

ปี	จำนวน ป่วย	อัตราป่วยต่อ ประชากร 100,000 คน	เสียชีวิต	อัตราป่วยตาย (Case Fatality Rate) (%)	อัตราตายต่อ ประชากร 100,000 คน
2560	51,583	78.84	60	0.12	0.09
2559	63,931	97.71	64	0.10	0.10
2558	144,952	222.58	148	0.10	0.23
2557	41,082	63.25	49	0.12	0.08
2556	154,444	241.03	136	0.09	0.21
2555	79,593	123.85	87	0.11	0.14

ที่มา: สำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค

ข้อมูลปี พ.ศ. 2560 ณ วันที่ 1 มกราคม 2560 - 26 ธันวาคม 2560

ไข้มาลาเรีย ปี พ.ศ. 2560 อัตราป่วยไข้มาลาเรีย 0.15 ต่อพันประชากร ส่วนใหญ่ เป็นคนไทยและเป็นในกลุ่มอาชีพเกษตรกร อัตราป่วยลดลงจากปี พ.ศ. 2559 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน โดย สัดส่วนเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นในกลุ่มเกษตรกร ติดเชื้อมาลาเรีย P.vivax อัตราป่วยมีแนวโน้ม ลดลง แต่ในอนาคตอาจมีแนวโน้มสูงขึ้นจากแรงงานอพยพในบางพื้นที่ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 อัตราป่วยคนไทยและต่างชาติ ณ ช่วงเวลาเดียวกัน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2560

ปี พ.ศ	จำนวนป่วย	อัตราป่วยต่อประชากร 1,000 คน
2560	11,686	0.15
2559	17,288	0.26
2558	19.827	0.30

ที่มา:สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค

ข้อมูล ปี2560 ณ วันที่ 1 มกราคม 2560 - 25 ธันวาคม 2560

2) กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค

โรคเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยจำแนกตามปัจจัยเสี่ยง พบว่าร้อยละ 90 ของการติดเชื้อฯ รายใหม่เกิดจากการรับและถ่ายทอดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย รองลงมาเป็นการฉีดสารเสพติดที่ไม่ปลอดภัยและจากแม่สู่ลูก และในช่วง 5 ปี (ปี2560 - 2564) คาดประมาณทิศทางการระบาดของเอดส์ มีผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ประมาณ 31,876 คน เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 53 กลุ่มคู่ผลเลือดต่าง (คู่อุยกิน/คู่ประจำ/คู่นอนชั่วคราว) ร้อยละ24 (ที่มา: AEM 2010 - 2030) สำหรับกลุ่มเยาวชน อายุ 15 - 24 ปี ในภาพรวมมีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ใน 12 เดือนที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 49.8 ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 66.1 ในปี พ.ศ. 2557 เมื่อพิจารณาในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษา ชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 (ปวช.2) ในปี พ.ศ. 2554 - 2558 พบว่า อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในกลุ่มนักเรียนอยู่ระหว่าง 14.7 - 17 ปี โดยนักเรียนให้ประวัติมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มาแล้วสูงในกลุ่มปวช. 2 ทั้งชายและหญิง นอกจากนี้ในกลุ่มทหารกองประจำการ พบว่า มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประเภทพนักงานบริการ หญิงอื่น และผู้ชายมีแนวโน้มสูงขึ้น (ปี 2558 คิดเป็นร้อยละ 87.1, 75.1 และ 67.7ตามลำดับ) ยกเว้นแฟนหรือคนรักมีแนวโน้มการใช้ถุงยางครั้งล่าสุดลดลง (ปี 2558 คิดเป็นร้อยละ 35.7)

โรควัณโรค วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลกและประเทศไทย แต่ละปีพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 120,000 คนหรือคิดเป็น 172 ต่อประชากรแสนคน (WHO, Global TB Report 2016) เสียชีวิตกว่า 13,800 คน ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ตรวจพบและรายงาน ปี 2560 เท่ากับ 68,258 คน คิดเป็นร้อยละ 56.89 (68,258 คน / 120,000 คน) และที่สำคัญมีผู้ป่วยวัณโรคื้อยาหลายขนานประมาณ 4,500 คน ซึ่งกลุ่มนี้ใช้งบประมาณในการรักษาสูงถึง 1.2 ล้านบาทต่อคน ข้อจำกัดในการควบคุมโรคคือความสามารถในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการเพียงร้อยละ 60 เท่านั้น การจะบรรลุเป้าหมายยุติวัณโรค ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2559 - 2578) นั้น ประเทศไทยต้องมีอัตราการดื่อบุติการณ้เฉลี่ยร้อยละ 12.5 ต่อปี แต่ระยะ 15 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2543 - 2558) มีอัตราการดื่อบุติการณ้เพียงร้อยละ 2.7 ต่อปี จากผลการดำเนินงานวัณโรคที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายสำคัญ เช่น ปีงบประมาณ 2557 มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 67,789 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรค (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ 59

ปีงบประมาณ 2558 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 62,154 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรค (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ 55.3 และในปีงบประมาณ 2559 มีรายงานผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา 67,193 ราย คิดเป็นอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรค (Treatment Coverage) เพียงร้อยละ 59.4 เพื่อลดการป่วยและตายจากวัณโรค กรมควบคุมโรคได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ ปี 2560 - 2564 ตั้งเป้าหมายลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเหลือ 88 ต่อประชากรแสนคนเมื่อสิ้นปี 2564 จากปัจจุบันอยู่ที่ 171 ต่อประชากรแสนคน โดยนำกลยุทธ์องค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ในการควบคุมโรค เน้นการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้สัมผัสโรคในเด็กเล็กในครอบครัวผู้ป่วย และปรับแนวทางการวินิจฉัยโรคให้มีความไวสูง คัดกรองโดยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก ร่วมกับการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อวัณโรคในเสมหะ

3) กลุ่มโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ

โรคไม่ติดต่อ ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จำนวน 4 โรคสำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวานและโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. 2555 กับ พ.ศ. 2558 จากข้อมูลทะเบียนการเสียชีวิตของสำนักบริหารทะเบียนกระทรวงมหาดไทย ให้สาเหตุการเสียชีวิตตามมาตรฐานทางการแพทย์แล้ว พบว่า อัตราตายในช่วงอายุ 30 - 69 ปี ของทั้ง 4 โรคมิแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น โดยโรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุด จาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด จาก 22.4 ต่อแสนประชากร เป็น 27.8 ต่อแสนประชากร โรคเบาหวาน จาก 13.2 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 17.8 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังจาก 3.8 ต่อแสนประชากร เป็น 4.5 ต่อแสนประชากร เมื่อพิจารณาความแตกต่างของอัตราการเสียชีวิตรายโรคระหว่างเพศ พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง พบในเพศชายพบสูงกว่าเพศหญิง 2 -3 เท่า ขณะที่โรคเบาหวานพบการเสียชีวิตในกลุ่มอายุ 30 - 69 ปี เพศหญิงสูงกว่าเพศชาย อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานภาพรวมทั้งประเทศยกเว้นกรุงเทพฯ คิดเป็นร้อยละ 2.31 (ข้อมูลเดือนตุลาคม 2559 - 8 สิงหาคม 2560) ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 2.4 ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมร่วมที่สำคัญของโรคดังกล่าวข้างต้น 4 ปัจจัยด้วยกันได้แก่ 1) การบริโภคยาสูบ 2) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม 4) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ

การบาดเจ็บจากการจราจร อุบัติเหตุจากการจราจร เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและอีกหลายประเทศทั่วโลก และเป็นอันดับหนึ่งในสามอันดับแรกของปัญหาสาธารณสุขมาโดยตลอด จำนวนผู้บาดเจ็บ ผู้เสียชีวิต และผู้พิการมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ข้อมูลจาก Global Status Report on Road Safety 2015 ขององค์การอนามัยโลก จัดให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นอันดับ 2 ของโลก จากสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน ในปี 2560

(ตุลาคม 2559 – มิถุนายน 2560) มีผู้เสียชีวิต จำนวน 9,746 ราย และอัตราผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 14.9 เป้าหมายทั้งปีไม่เกิน 18 ประชากรแสนคน (11,884 คน) จากข้อมูลบูรณาการ 3 ฐาน (สาธารณสุข ตำรวจ และบริษัทกลางฯ) พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนมากถึงปีละ 23,000 - 24,000 คน หรือชั่วโมงละ 3 คน บาดเจ็บไม่ได้นอนโรงพยาบาลนับล้านคนและนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเกือบสองแสนคนต่อปี พิกัดอีกปีละกว่า 7,000 คน คิดเป็นความสูญเสียทางเศรษฐกิจกว่า 2 แสนล้านบาทต่อปี โดยมีสาเหตุหลักจากการขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด ต้มแล้วขับ และพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญที่ทำให้อุบัติเหตุรุนแรงเพิ่มขึ้น ได้แก่ การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน ไม่สวมหมวกกันน็อก ไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ง่วง/หลับใน หรือถนนและสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้อุบัติเหตุมีความรุนแรงมากขึ้นและอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นบนถนนของ อบต. หมู่บ้าน กลุ่มผู้บาดเจ็บ เป็นกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงานที่มีการดื่มสุราก่อนขับขีรถยนต์และรถจักรยานยนต์

4) กลุ่มโรคจากประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

โรคและภัยสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากข้อมูลปริมาณการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ปี พ.ศ. 2551 - 2557 ของสำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร กรมวิชาการเกษตร พบว่า สารกำจัดวัชพืช (Herbicide) มีปริมาณการนำเข้าสูงสุด รองลงมา ได้แก่ สารกำจัดแมลง (Insecticide) และสารป้องกันและกำจัดโรคพืช (Fungicide) จากข้อมูลผู้ป่วยนอกของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557-2560 มีอัตราผู้ป่วยนอกโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเท่ากับ 12.25, 17.12, 14.47 และ 18.83 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยจากพิษสารออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต รองลงมา ได้แก่ สารกำจัดศัตรูพืชและสัตว์อื่นๆ และยาฆ่าหญ้าและยาฆ่าเชื้อรา จากผลการตรวจคัดกรองผู้เสี่ยงต่อพิษสารกำจัดศัตรูพืชเบื้องต้น โดยใช้กระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส ปี 2554 - 2558 พบว่าผู้ที่มีความเสี่ยงและไม่ปลอดภัย อยู่ระหว่างร้อยละ 31-34 ของผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองในแต่ละปี (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2554 - 2558)

โรคจากการประกอบอาชีพภาคอุตสาหกรรม (กลุ่มวัยทำงาน) ซิลิโคสิสเป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดขึ้น เนื่องจากการทำงานที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย เนื่องจากพบได้บ่อยและมีความรุนแรงทำให้เสียชีวิตได้โรคนี้อาจเกิดจากการหายใจเอาฝุ่นในสภาพแวดล้อม ปี 2560 อัตราป่วยโรคปอดฝุ่นหิน (Silicosis) ร้อยละ 0.34 ต่อประชากรแสนคน (ปี 2559 เท่ากับ 0.39) โรคจากพิษโลหะหนัก (Toxic Effect of Metals) เป็นโรคจากพิษโลหะหนักที่รวมถึงพิษจากตะกั่ว ปรอท โครเมียม แคดเมียม ทองแดง สังกะสี ดีบุก เบริลเลียม และอื่นๆ ข้อมูลผู้ป่วยนอกจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยนอกโรคจากพิษโลหะหนัก ปี 2559 เท่ากับร้อยละ 0.06 ต่อประชากรแสนคน อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยโรคอาจจะมีจำนวนน้อยกว่าความเป็นจริง (Under Reported) โรคปอดที่เกิดจากแร่ใยหิน แอสเบสตอสได้ถูกนำมาใช้ในประเทศไทยนานกว่า 30 ปี เพื่อนำมาเป็นฉนวนกันความร้อน อุตสาหกรรมหลักที่ใช้ คือ อุตสาหกรรมผลิตกระเบื้องหลังคาและ

ท่อซีเมนต์ ผ้าเบรคและผ้าครีซ การหายใจเอาเส้นใยแอสเบสตอสเข้าสู่ร่างกาย เมื่อเส้นใยสะสมในปอดเป็นเวลานานและจำนวนมากพอ จะทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อแล้วตามมาด้วยการเกิด Diffuse Interstitial Fibrosis ปี 2560 อัตราป่วยโรคปอดที่เกิดจากแร่ใยหินแอสเบสตอส ร้อยละ 0.12 ต่อประชากรแสนคน (ปี 2559 เท่ากับ 0.28) โรคจากสารทำลายอินทรีย์ เป็นสารที่มีคุณสมบัติในการละลายสารอื่นได้ดี ระเหยได้ง่าย มีความไวไฟสูงมักมีการใช้ในอุตสาหกรรมประเภทต่างๆ หรือมีการผสมอยู่ในผลิตภัณฑ์ที่ใช้กันโดยทั่วไป เช่น การผสมสี การพ่นสีแลคเกอร์ กาวยาง ฯลฯ เมื่อหายใจเข้าไปแล้วสารจะถูกดูดซึมเข้าสู่กระแสเลือดผ่านหัวใจแล้วถูกสูบฉีดเข้าไปสู่อวัยวะต่างๆ ภายในร่างกาย ทำให้เกิดเป็นอันตรายต่อสุขภาพขึ้น โดยสารจะเข้าไปทำอันตรายต่ออวัยวะนั้นๆ เช่น ตับ ไต สมอ เป็นต้น ปี 2560 โรคจากสารทำลายอินทรีย์ ร้อยละ 0.03 ต่อประชากรแสนคน (ปี 2559 เท่ากับ 0.12) (กรมควบคุมโรค, 2560)

1.2.2 ปัญหามลพิษทางอากาศที่กระทบกับสุขภาพ

ปัญหาไฟป่าและหมอกควันเป็นปัญหาสำคัญหนึ่งในอีกหลายปัญหาสาธารณสุขภัย ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีความซับซ้อน แนวนโยบายของคณะกรรมการป้องกันสาธารณสุขภัยแห่งชาตินั้น ต้องการลดความเสี่ยงจากสาธารณสุขภัยด้วยการป้องกัน ลดผลกระทบ และการเตรียมความพร้อมให้มีประสิทธิภาพ ความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการแก้ปัญหา ส่งเสริมมาตรฐานความร่วมมือระหว่างประเทศ และพัฒนาระบบการฟื้นฟูให้ตอบสนองต่อผู้ประสบภัยภาวะที่อากาศมีหมอกควันเป็นภาวะที่เกิดอากาศเสียที่เกิดจากการเผาในที่โล่งหรือเกิดจากไฟป่าที่มักเกิดขึ้นในช่วงฤดูแล้งหรือในช่วงเตรียมดินในการเพาะปลูกในช่วงเดือนมกราคมถึงเมษายนซึ่งอากาศส่วนมากแล้ง และร้อน โดยร้อยละ 44 ของปัญหาหมอกควันเกินค่ามาตรฐานที่กำหนดเกิดขึ้นในภาคเหนือของประเทศ โดยมีมลพิษที่สำคัญคือ ฝุ่นละอองที่มีขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน Particular Matter (PM10) และก๊าซคาร์บอนมอนนอกไซด์ Carbon Monoxide(CO) ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO2) เป็นต้น เป็นมลพิษหลักที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน ซึ่งจากการศึกษาของ Guo และคณะพบว่าภาวะหมอกควันเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการตายจากโรคที่ไม่เกี่ยวกับอุบัติเหตุมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากข้อมูลการปล่อยก๊าซเรือนกระจกนั้นพบว่า กรุงเทพมหานครเป็นเมืองที่มีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุดถึงร้อยละ 16 ของทั้งประเทศ ซึ่งน่าจะสอดคล้องกับปริมาณการใช้ยานยนต์ และพลังงานจากน้ำมันที่มากตามความเป็นเมืองด้วยปัญหาหมอกควันในช่วงฤดูแล้งก็ได้กลายเป็นปัญหาระดับภูมิภาคไปแล้วเนื่องจากการกระจายตัวของหมอกควันที่มีสาเหตุจากประเทศหนึ่งในอาเซียนส่งผลกระทบต่อพื้นที่กว้างครอบคลุมหลายประเทศ เช่นกรณีไฟป่าในสุมาตรา ซึ่งเกิดจากประเทศอินโดนีเซียให้สัมปทานน้ำมันปาล์มแก่กลุ่มธุรกิจจากสิงคโปร์ และมาเลเซีย โดยไม่มีมาตรการควบคุมที่ดีพอ หรือ ในกรณีภาคเหนือของไทยที่ปัญหาหมอกควันหลายกรณีเกี่ยวเนื่องกับการเผาป่าในประเทศเมียนมาร์ การควบคุมป้องกันหมอกควันจึงเป็นปัญหาที่ถูกยกไปเป็นปัญหาระดับภูมิภาคอาเซียน ซึ่งต้องมีความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างทันท่วงที ในปี 2560 กรมควบคุมมลพิษ ได้ติดตามสถานการณ์คุณภาพอากาศใน 9

จังหวัดภาคเหนือ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 15 พฤษภาคม 2560 พบว่า ปริมาณฝุ่นละอองเฉลี่ย 24 ชม. เริ่มเกินค่ามาตรฐานตั้งแต่ปลายเดือนมกราคม ที่ อ.แม่สอด จ.ตาก จนถึงวันที่ 4 พฤษภาคม 2560 ที่ อ.เมือง จ.เชียงราย ค่า PM_{10} เฉลี่ย 24 ชั่วโมง มีค่าสูงสุดเกินมาตรฐานมากที่สุดคือ 237 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตรที่ ต.บ้านดง อ.แม่เมาะ จ.ลำปาง

1.2.3 ปัญหาขยะ

ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยมีขยะรวมกันประมาณ 26.85 ล้านตัน แต่พบว่ามีขยะที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องไม่เกินหนึ่งในสาม โดยมีขยะที่ได้รับการจัดการไม่ถูกต้อง 13.59 ล้านตันต่อปี และพบว่ามีขยะตกค้างอยู่ในพื้นที่ 6.22 ล้านตันต่อปี ซึ่งเป็นปัญหาที่พบเห็นกันได้ทุกท้องถิ่นตั้งแต่ในเขตเทศบาลไปจนถึงระดับหมู่บ้าน ผลของการมีกองขยะขนาดใหญ่จนเกิดก๊าซภายในและเผาไหม้กองขยะเป็นภาวะที่เกิดขึ้นให้เห็นได้ตามเทศบาลขนาดใหญ่ เช่น กองขยะแพรกกระสา และกองขยะบางปลา จังหวัดสมุทรปราการ กองขยะของเทศบาลจังหวัดขอนแก่น เป็นต้น จากข้อมูลของกรมควบคุมมลพิษยังแสดงให้เห็นว่าร้อยละ 83 ของวิธีการกำจัดขยะทั่วประเทศทำด้วยวิธีไม่ถูกต้อง คือการใช้วิธีเทกองกันไว้ (2,075 แห่ง) มีเพียง 448 แห่งเท่านั้นที่ใช้วิธีการกำจัดที่ถูกต้อง เช่น การฝังกลบอย่างถูกสุขอนามัย เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ได้จัดทำโครงการเพื่อดูแลผู้ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่จัดเก็บขยะใน 8 จังหวัดเป้าหมาย แบ่งเป็นจังหวัดที่มีปริมาณขยะมากคือ จังหวัดสมุทรปราการ อุดรธานี กาญจนบุรี นครศรีธรรมราช และขอนแก่น และจังหวัดที่มีการแยกขยะอิเล็กทรอนิกส์ คือ จังหวัดบุรีรัมย์ อุบลราชธานี และกาฬสินธุ์ เพื่อป้องกันอันตรายจากโลหะหนัก เชื้อโรค กลิ่น ก๊าซพิษจากการเผาขยะ และสารก่อภูมิแพ้ นอกจากนี้ปัญหาขยะอิเล็กทรอนิกส์ก็ถูกยกขึ้นมาเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศเนื่องจากไม่มีมาตรการจัดเก็บและทำลายที่เหมาะสมทำให้เกิดการปนเปื้อนของโลหะหนักในประชากร โดยมีข้อเสนอเชิงนโยบายแก่ทั้งผู้ผลิตและภาครัฐในการจัดเก็บและนำไปทำลายอย่างถูกวิธี ซึ่งรัฐบาลเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาขยะและได้มีการจัดทำเรื่องปัญหาขยะนี้ให้เป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งมีแผนในการดำเนินการดังนี้ เช่น จัดทำ Roadmap การจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย ในปี 2557 จากนั้นในปี 2558 แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ ปี พ.ศ. 2559 – 2564 ก็ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีเมื่อ 3 พฤษภาคม พ.ศ. 2559 เนื้อหาในแผนแม่บทการจัดการขยะมูลฝอยของประเทศปี พ.ศ. 2559 – 2564 ตั้งบนกรอบคิดเรื่องความรับผิดชอบต่อส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ใช้หลัก 3Rs คือ Reduce Reuse & Recycle และมีระบบจัดการที่เหมาะสม ศูนย์รวม และแปรรูปพลังงาน โดยมีเป้าหมายของแผนแม่บทดังนี้คือ ขยะมูลฝอยในชุมชนได้รับการจัดการอย่างถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ภายในปี 2564 ขยะมูลฝอยตกค้างได้รับการจัดการอย่างถูกต้องร้อยละ 100 ภายในปี 2564 กากอุตสาหกรรมที่เป็นอันตรายเข้าสู่ระบบการจัดการ รวมถึงขยะติดเชื้อได้รับการจัดการอย่างถูกต้องร้อยละ 100 ภายในปี 2563 เป็นต้น มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อยของ

บ้านเมือง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 15 มกราคม 2560) การดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ตามแผนปฏิบัติการ “ประเทศไทย ไร้ขยะ” ตามแนวทาง “ประชารัฐ” ระยะ 1 ปี (พ.ศ. 2559– 2560) กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงาน โดยเน้นบทบาทด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อภายใต้แผนบูรณาการฯ ที่กำหนดไว้ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของคณะรัฐมนตรีที่ต้องการให้ท้องถิ่นเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ และได้ดำเนินการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดการมูลฝอยแล้วเสร็จ คือ กฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. 2560 (ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2560) และอยู่ระหว่างการพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดการมูลฝอย จำนวน 2 ฉบับ ได้แก่ 1) ร่างกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ..... 2) ร่างกฎกระทรวงกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ.... (ฉบับปรับปรุงจาก พ.ศ.2545)

โดยสรุปโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการป่วย/การตายอันดับ 4 ใน 5 ของประชาชนชาวไทย ได้แก่ โรคมะเร็ง กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง) โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง อย่างไรก็ตามควรจะมีกระบวนการควบคุมป้องกันปัญหาในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆที่กำลังเพิ่มความสำคัญ ได้แก่ กลุ่มโรคทางจิตประสาท (ซึมเศร้า) และกลุ่มโรคที่นำมาสู่ภาวะเรื้อรังของสังคมอื่นอีก ได้แก่ กลุ่มเบาหวาน เป็นต้น รวมทั้งโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญส่วนใหญ่มีโครงการเฝ้าระวังและกระบวนการควบคุมป้องกันโรคเกิดขึ้นในระดับประเทศอยู่แล้ว แต่แผนงานโครงการยังไม่ครบวงจรทั้งด้านกระบวนการและการบูรณาการปัจจัยความสำเร็จในการดำเนินการเพื่อให้การควบคุมป้องกันยั่งยืน ทำให้มีโรคที่มีแนวโน้มสูงขึ้นบางกลุ่ม อาทิเช่น กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก กลุ่มเบาหวานจากอุบัติเหตุจราจรและการจมน้ำรวมถึงกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาระดับนานาชาติและระดับประเทศและที่ยังไม่ได้ดำเนินการเป็นแผนงานควบคุมป้องกันโรคของประเทศ ได้แก่ โรคซึมเศร้า การบาดเจ็บที่เกิดจากความรุนแรง มะเร็งตับ โรคไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งควรได้รับการวิเคราะห์อย่างรอบด้าน เพื่อการวางแผนดำเนินการและกำกับประเมินผลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

1.3 ประเด็นปัญหาสถานการณ์ที่จำเป็นต้องแก้ไขเพื่อส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1.3.1 ประชาชนที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองมีจำนวนน้อย แต่มีช่องทางการสื่อสารกันเองเป็นวงกว้างมากขึ้น ทำให้มีข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นจำนวนมากจากหลากหลายช่องทาง ขาดระบบการคัดกรองและการยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ทำให้ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

1.3.2 หน่วยงานที่ทำหน้าที่การสื่อสารมีมากตามความชำนาญของประเด็น แต่ขาดกลไกบริหารจัดการให้มีการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและเป็นไปเพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีร่วมกัน

1.3.3 ขาดหน่วยงานหลักในการจัดการข้อมูลข่าวสาร ช่องทางและวิธีการสื่อสารที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

บทที่ 2

กระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2.1 การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับส่วนกลาง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน ตลอดจนรวมถึงการสนับสนุนให้หน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้า ส่วนกรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการพัฒนาวิชาการเพื่อการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพ โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา รวมทั้งการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีเพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม วินิจฉัย และรักษาโรค และภัยที่คุกคามสุขภาพ หน่วยงานที่ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข คือเครือข่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งกระจายอยู่ทุกจังหวัดทั่วประเทศโดยปฏิบัติตามกรอบแนวทางและมาตรฐานที่กำหนดโดยส่วนกลาง คือกรมอนามัยและกรมควบคุมโรคเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้รับการผสมผสานและดำเนินการโดยองค์กรสุขภาพทุกระดับของระบบสาธารณสุขในจังหวัด ได้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเครือข่าย อสม. ซึ่งกระจายครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ในการประชุมวิชาการของสถาบันวิจัยระบบในปี 2541 ได้เกิดข้อสรุปสำคัญ ซึ่งระบุว่า “สังคมไทยจะต้องจินตนาการใหม่เกี่ยวกับสุขภาพและจะต้องเปลี่ยนยุทธศาสตร์จากการตั้งรับเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุก โดยจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคกับความเป็นประชาสังคมให้มากที่สุดโดยเคลื่อนไหวสังคมทั้งหมดเข้ามาร่วมสร้างสุขภาพดีทั้งในระดับปัจเจกบุคคล องค์กร และนโยบาย” กล่าวกันว่า ข้อสรุปนี้ได้กลายเป็นแนวคิดและการเคลื่อนไหวในการปฏิรูประบบสุขภาพบนเส้นทางใหม่แห่งการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ในเวลาต่อมาความเคลื่อนไหวที่สำคัญคือ การเกิดองค์กรอิสระภาครัฐเกิดขึ้นหลายองค์กร โดยองค์กรที่มีบทบาทสำคัญเกี่ยวกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปัจจุบันได้แก่

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

2.1.1 การดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเกิดขึ้นในปี 2544 เป็นองค์กรหลักที่สำคัญของการส่งเสริมสุขภาพเท่าที่ผ่านมาได้ดำเนินการและสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพในทุกด้านตามแนวทางของกฎบัตรอตตาวา โดยมีพันธกิจหลักคือการจุดประกาย กระตุ้น สาน และเสริมพลังบุคคล และองค์กรทุกภาคส่วนให้มีขีดความสามารถและสร้างสรรค์ระบบสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะ การดำเนินงานของ สสส.จะมุ่งเน้นในการสนับสนุนการดำเนินงานของภาคีตามหลักสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขาคือภาคินโยบาย ภาควิชาการและภาคีประชาสังคม โดยมุ่งหวังที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนให้สามารถมีสุขภาพะในการดำรงชีวิต โดยเป้าหมายปัจจุบัน (2555-2564) มุ่งไปที่ 10 เป้าหมายคือ

1. ลดอัตราการสูบบุหรี่
2. ลดอัตราการดื่มสุรา
3. ลดอุบัติเหตุการติดเชื้อเอชไอวี
4. เพิ่มอัตราการบริโภคผักและผลไม้อย่างเพียงพอ
5. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายประจำ
6. ลดความชุกของภาวะน้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วนในเด็ก
7. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน
8. เพิ่มสัดส่วนของคนไทยที่มีความสุขในการดำรงชีวิต
9. เพิ่มสัดส่วนของครอบครัวอบอุ่น
10. ชุมชนและท้องถิ่นเข้มแข็ง

2.1.2 การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

งานสำคัญที่สุดของ สปสช. คือการเป็นหลักประกันสำหรับประชาชนที่เจ็บป่วยให้สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลอย่างถ้วนหน้า ดังนั้น งบประมาณส่วนใหญ่ของ สปสช. จึงมุ่งไปที่การรักษาพยาบาลผู้ป่วย แต่สปสช.ยังมีงานสำคัญและมีบทบาทในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งานดังกล่าวนี้ เรียกว่า งาน P&P หรือ Promotion and Prevention โดยกำหนดให้เป็นสิทธิประโยชน์ของคนไทยทุกคนที่จะได้รับบริการสาธารณสุขเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครัวเรือน ซึ่งหากบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ผลดี ก็จะลดโอกาสของประชาชนจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ สปสช. ครอบคลุมบริบทสำคัญ 3 ประการคือ

- 1) การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเสียสุขภาพและศักยภาพที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

- 2) การสร้างเสริมให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้คำปรึกษา แนะนำ และการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย
- 3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การใช้ยา และการทำหัตถการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

กิจกรรมบริการจำแนกออกตามกลุ่มวัย ปัจจุบันแบ่งเป็น 5 กลุ่มคือ

- 1) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์
- 2) กลุ่มเด็กเล็ก (อายุ 0 – 5 ปี)
- 3) กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่น (อายุ 6 – 24 ปี)
- 4) กลุ่มผู้ใหญ่ (อายุ 25-59 ปี)
- 5) กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)

ทั้งนี้ สำคัญของกิจกรรมบริการประกอบด้วย

- 1) การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด
- 2) การตรวจและการบริหารสุขภาพ พัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็กและเยาวชน
- 3) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามแผนงานการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ รวมทั้งวัคซีนไขหวัดใหญ่
- 4) การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพและศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง
- 5) การวางแผนครอบครัว
- 6) การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
- 7) การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
- 8) การให้คำปรึกษาแนะนำการสร้างเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยแก่ผู้รับบริการทั้งระดับบุคคลและครอบครัวตลอดจนสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ
- 9) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก

ปัจจุบันงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสปสช.ประสบปัญหาความครอบคลุมประชากรซึ่งยังไม่สูงพอที่จะเกิดผลกระทบในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในสังคมได้อย่างชัดเจน ขณะเดียวกันความพยายามที่จะเพิ่มความครอบคลุมและกิจกรรมบริการด้านอื่นๆเพิ่มเติมก็ประสบกับปัญหาการขาดแคลนงบประมาณซึ่งไม่สามารถเพิ่มให้เพียงพอกับความต้องการในการขยายบริการดังกล่าว

2.1.3 การดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

งานสำคัญของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติคือการผลักดันกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นกลไกหรือกระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม กลไกนี้ ดำเนินการมาแล้วเป็นเวลา 9 ปี ได้มีการกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างกว้างขวางกว่า 70 รายการ ครอบคลุมประเด็นต่างๆมากมาย โดยประเด็นนโยบายส่วนใหญ่เป็นด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังตัวอย่างต่อไปนี้

- ยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- บทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการจัดการสุขภาพ และทรัพยากรธรรมชาติสิ่งแวดล้อม
- สุขภาวะทางเพศ: ความรุนแรงทางเพศ การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม
- เรื่องเพศกับเอดส์/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาวะของแรงงานนอกระบบ
- ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ
- การจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน
- การแก้ไขปัญหามลพิษทางถนน
- มาตรการในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพด้านยาสูบ
- การแก้ปัญหายาเสพติดกับการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

อย่างไรก็ตาม การกำหนดนโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วม แม้จะเป็นประโยชน์ในการให้โอกาสภาคส่วนต่างๆ ในการกำหนดนโยบายสุขภาพ แต่ก็มีปัญหาด้านการขับเคลื่อนงานเพราะเท่าที่ผ่านมานโยบายส่วนใหญ่ยังไม่มีการขับเคลื่อนให้เกิดผลกระทบที่เป็นรูปธรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชน

นอกเหนือจากหน่วยงานต่างๆ ที่กล่าวมา ยังมีองค์กรอื่นๆ ที่มีบทบาทสำคัญในงานส่งเสริมสุขภาพของประเทศ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่สำคัญได้แก่

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ประชาชน ทั้งนี้ โรคทางจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการที่ประชาชนแก้ปัญหาด้วยการเสพยาเสพติด นับเป็นเรื่องที่พบได้บ่อยในสังคมปัจจุบัน การส่งเสริมสุขภาพจิตและสร้างความแข็งแกร่งด้านจิตใจนับเป็นงานสำคัญเกี่ยวข้องโดยตรงกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการควบคุมคุณภาพ และออกกฎระเบียบเพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงในผลิตภัณฑ์อาหารและยา จึงเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคให้ปลอดภัยจากภัยที่มาจากผลิตภัณฑ์อาหาร เครื่องสำอาง และเวชภัณฑ์ต่างๆ

3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นผลผลิตที่มีการพัฒนาการควบคุมกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น โดยมีเป้าหมายในการให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อวันที่ 5 มิถุนายน 2560 มติของนายกรัฐมนตรีและที่ประชุมคณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์เห็นชอบข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขมีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการสร้างเสริมความแข็งแกร่งในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนระดับพื้นที่ เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลางในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

4. ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) เป็นการรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอบริการครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอบริการครอบครัว 1 ทีม ให้การดูแลประชาชนประมาณ 10,000 คนคลินิกหมอบริการครอบครัวเป็นจุดเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการและชุมชน สำหรับการจัดตั้งคลินิกหมอบริการครอบครัวปี 2560 สามารถเปิดดำเนินการได้ 590 แห่งซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตามมีประเด็นในเชิงคุณภาพที่ควรให้ความสำคัญคือการพัฒนาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและการเน้นบทบาทด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

5. กระทรวงศึกษาธิการ มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานอนามัยโรงเรียน ซึ่งเป็นงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กวัยเรียน

6. องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่ทำงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค รวมถึงภาคีเครือข่ายของ สสส. ที่ร่วมกันรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพของประชาชนและชุมชน

7. องค์กรอื่นๆ อีกจำนวนมากที่ทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบริบทต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ สถานประกอบการต่างๆ เป็นต้น โดยส่วนใหญ่เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับบริการสุขภาพ งานที่น่าสนใจประการหนึ่งก็คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนโดยใช้กิจกรรมทางศาสนาและการตั้งสมาธิ เป็นแนว “วิถีธรรม วิถีไทย” ซึ่งมีการใช้อยู่ในหลายท้องที่ และสามารถหนุนเสริมได้เป็นอย่างดีกับแนวทางของ “ยุทธศาสตร์

สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย” ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติที่พัฒนาโดยสำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขและมหาวิทยาลัยมหิดล

2.2 การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในส่วนภูมิภาค

2.2.1 ประเด็นข้อสังเกตและข้อค้นพบมีดังนี้

1) ด้านโครงสร้างการบริหารงานภาพรวมจังหวัด

จังหวัดแบ่งโครงสร้างโดยมีกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและกลุ่มงานควบคุมโรค มีการบูรณาการทำงานร่วมกันภายใต้คำสั่งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรค มีการแต่งตั้งผู้ทำหน้าที่เป็น Program Manager กลุ่มวัยระดับจังหวัดและอำเภอ แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อบริหารจัดการในแต่ละกลุ่มวัย เช่น MCH Board , NCD Board และคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุ มีการประสานเชื่อมโยงการทำงานร่วมกับคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ตามสาขาที่เกี่ยวข้อง

2) การวิเคราะห์สภาพปัญหาสุขภาพ

จังหวัดมีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ เช่น ข้อมูลสถานการณ์ความเจ็บป่วยจากรายงานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผลงานตามนโยบายที่ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สถานการณ์โรคทางระบาดวิทยา รวมทั้งนโยบายเน้นหนักที่ต้องดำเนินการ วิเคราะห์ และจัดอันดับความสำคัญโดยใช้เกณฑ์ขนาดปัญหาความรุนแรงของปัญหาความยากง่ายในการแก้ไขและการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการจัดอันดับส่วนใหญ่มักเป็นปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตและโรคมะเร็งตับท่อน้ำดี เป็นต้น

3) การจัดทำแผนสุขภาพระดับเขต

จังหวัดและอำเภอบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคภาพรวมจังหวัดจากทุกแหล่งงบประมาณ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์จังหวัดที่มีความเชื่อมโยงให้เห็นตั้งแต่ระดับกระทรวง มีแผนยุทธศาสตร์ระดับเขตและจังหวัด มีการนำแผนยุทธศาสตร์มาเป็นกรอบในการจัดทำแผนปฏิบัติราชการประจำปีระดับจังหวัดและอำเภอ ระดับอำเภอจะใช้งบประมาณจากทุกแหล่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่ใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล ระดับอำเภอมีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่ายแบบบูรณาการ มีกิจกรรมส่งเสริมป้องกันเชิงรุกเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและมีแนวทางที่มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการตามนโยบายการพัฒนาบริการปฐมภูมิกับ Service Plan

4) การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ

ทุกจังหวัดมีการประชุมชี้แจงกรอบแผนยุทธศาสตร์ระดับเขต/จังหวัดให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติทราบ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ตรวจสอบแผนปฏิบัติการระดับอำเภอให้สอดคล้องกับแผนระดับจังหวัดและเขต มีการถ่ายระดับแผนยุทธศาสตร์ออกมาเป็นแผนปฏิบัติการและจัดทำคำรับรองปฏิบัติราชการระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งโดยผสมผสานกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ/ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ รวมถึงการปรับแผนเพื่อดำเนินการในประเด็นที่เป็นนโยบายเร่งด่วนและปัญหาสำคัญ

5) การกำกับติดตามการประเมินผลการดำเนินงาน

มีการกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดต่างๆ และติดตามการใช้จ่ายงบประมาณโดยติดตามในที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลของแต่ละจังหวัดทุกเดือน มีการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานระดับจังหวัดปีละ 2 ครั้ง มีการประเมินผลการดำเนินงานและจัดอันดับการพัฒนา (Ranking) และมีการกำหนดประเด็นการประเมินผล ในบางจังหวัดที่มีจำนวนผู้รับผิดชอบงานติดตามประเมินผลน้อยไม่สามารถนิเทศติดตามกำกับในเชิงลึกได้ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาหรือความเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) (สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

2.2.2 จากการศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาบทบาทภารกิจ โครงสร้าง และกลไกการทำงานในระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยมีกรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานกลางผู้อภิบาลระบบ ได้ดำเนินการทบทวน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1) ปัจจัยด้านกลยุทธ์ (Strategy)

1.1) กระบวนการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ รวมทั้งการติดตามประเมินผล แม้จะมีความพยายามพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังพบว่า ยังไม่ครอบคลุมประเด็นปัญหาสุขภาพได้เท่าที่ควร

1.2) กลไกระดับประเทศในการประสานการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การควบคุมโรคอันเป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่ง ที่ผ่านมานั้นมีการประสานและการพัฒนานโยบายเป็นรายประเด็นแต่ละโรค แต่ยังไม่มีการประสานการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์เชิงระบบในภาพรวมที่ชัดเจน

1.3) มีกฎหมาย ระเบียบที่สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเช่น พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR) พ.ศ. 2548 เป็นต้น เป็นเครื่องมือสำคัญในการจัดการป้องกันควบคุมโรค

และภัยสุขภาพตลอดจนควบคุม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2) ปัจจัยด้านโครงสร้างระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (Structure)

โครงสร้างระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพประกอบด้วยหน่วยงานส่วนกลาง (กรม เขต) / ภูมิภาค ท้องถิ่นและมีหน่วยงานจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่ร่วมดำเนินงานเป็นจำนวนมาก มีประเด็นพิจารณาที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านโครงสร้างระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ดังนี้

2.1) ปัจจุบันหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันโรคกระจายกันในส่วนต่างๆ เช่น กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา ส่วนราชการอื่นๆ และหน่วยงานของต่างประเทศ ได้มีการประสานความร่วมมือการดำเนินงานในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ดีในระดับหนึ่ง แต่ยังคงขาดการประสานงานกันอย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพเพียงพอ

2.2) โครงสร้างและการบริหารจัดการระบบการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดที่ไม่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาได้อย่างเต็มที่

2.3) การบูรณาการประสานระหว่างหน่วยงานต่างสังกัดและระหว่างภาคส่วนยังทำได้ไม่ดีพอ ซึ่งในปัจจุบันยังต้องพัฒนาระบบการประสานงานและกำหนดบทบาทที่สนับสนุนกันอย่างเป็นระบบ เช่น การดำเนินงานของภาคีต่างๆ ในระบบป้องกันควบคุมโรค รวมถึงองค์กรอิสระในระบบสุขภาพ

2.4) ช่วงการถ่ายทอดงานป้องกันควบคุมโรคลงสู่ท้องถิ่น ยังไม่มีความชัดเจนเพียงพอในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะการประสานและกำหนดบทบาทในแต่ละภาคส่วน ทำให้แต่ละภาคส่วนยังทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังต้องการพัฒนาเสริมความเข้มแข็งในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

2.5) โครงสร้างระบบบริการสาธารณสุข ครอบคลุมกว้างขวางทั่วประเทศ มีภาคีเครือข่ายถึงระดับพื้นที่ ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และได้มีการผสมผสาน (Integration) งานป้องกันและควบคุมโรคจากเดิมซึ่งเป็นโครงการในแนวตั้ง (Vertical program) ให้เป็นโครงการในแนวราบ (Horizontal Program) มากขึ้น เข้าไปในสถานบริการทุกระดับ รวมทั้งเสริมบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างไรก็ตามแม้จะขยายโครงข่ายไปจนถึงระดับชุมชน แต่เนื่องจากสังคมชุมชนเมืองมีการขยายตัวไปอย่างรวดเร็ว มีลักษณะเป็นแนวตั้ง และกระจุกตัวในบางจุด จึงพบว่าในพื้นที่บางพื้นที่ไม่ครอบคลุม โดยเฉพาะที่อยู่อาศัยบนตึกสูง พื้นที่แฟลต Condotown และหมู่บ้านจัดสรรขนาดใหญ่ รวมทั้งชุมชนที่เกิดขึ้นใหม่และชุมชนทุรกันดารห่างไกล

3) ปัจจัยด้านรูปแบบการบริหารจัดการ (Style)

3.1) ระบบราชการที่ใช้หน่วยงานรัฐ ภูมิภาคเป็นฐาน และระบบการรายงาน สั่งการ เป็นลำดับชั้น ในรูปแบบเดิมที่ใช้มานานมากมีขั้นตอนมาก เป็นลักษณะรวมศูนย์อำนาจ ทำให้เกิดการ พัฒนาที่แยกส่วน (Fragmentation) ใช้ประโยชน์ท้องถิ่นและเอกชนน้อย ส่งผลให้ไม่คล่องตัวและมีความ ยืดหยุ่นน้อย การปรับตัวให้ตอบสนองต่อการแก้ปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ยังมีข้อจำกัดอยู่ มาก

3.2) การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ทั้งในส่วนของงบประมาณและสินทรัพย์ ยังไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ ยังจำเป็นต้องบูรณาการทรัพยากรในระบบการป้องกันควบคุมโรคให้ดีขึ้น ยังคงพบว่ามี การจัดสรรงบประมาณงานป้องกันควบคุมโรคที่ซ้ำซ้อนกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4) ระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (System)

4.1) การจัดการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในระบบบริการสุขภาพถูกจัดลำดับ ความสำคัญน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

4.2) ระบบเฝ้าระวังโรค มีรากฐานที่มั่นคง เนื่องจากได้รับการพัฒนาต่อเนื่องมากกว่า 5 ทศวรรษ และมีเครือข่ายทั่วประเทศ มีระบบการวางแผนและระบบงานระบาดวิทยาที่เข้มแข็งโดยวาง ระบบงานให้เป็นมาตรฐานตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก แต่อย่างไรก็ตาม ระบบเฝ้าระวังของ ประเทศไทยมีลักษณะเชิงรับมากกว่าเชิงรุก มีปัญหาความล่าช้า ไม่ทันการณ์ของระบบรายงานและการ ออกสอบสวนโรค ปัญหาการประสานงานและการมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่นในระบบเฝ้าระวังโรคทำให้ การเฝ้าระวังไม่ครบวงจร นอกจากนี้ยังมีปัญหาทั้งการแยกส่วนและความซ้ำซ้อนของระบบรายงานโรค รวมทั้งขาดการประเมินการเฝ้าระวังโรคอย่างเป็นระบบ

4.3) การเตรียมความพร้อมและตอบโต้ต่อโรคและภัยสุขภาพ ยังทำได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ขาดระบบเชื่อมประสานที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วย ป้องกันควบคุมโรคและหน่วยสนับสนุนอื่นๆ

4.4) การจัดการความรู้ งานวิชาการ วิจัยและพัฒนาส่วนใหญ่ยังตอบสนองและ แก้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพได้ไม่เต็มที่ และไม่ใช่ออกภพในภาพรวมของประเทศ ทำให้การพัฒนาไม่ ต่อเนื่องและยังยั้งการพัฒนาองค์ความรู้ในปัจจุบันยังเป็นลักษณะแยกส่วน

4.5) ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ (Management Information System: MIS) ยังมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาอุปกรณ์คอมพิวเตอร์เป็นหลัก และการวางรากฐานการจัดการข้อมูล รวมทั้ง การใช้ศาสตร์สารสนเทศสุขภาพ (Health Informatics) เพื่อพัฒนาระบบยังเกิดขึ้นไม่มากนัก แม้ว่า ฐานข้อมูลหลักของการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งได้แก่ระบบเฝ้าระวังโรคจะมีความครบถ้วนและต่อเนื่อง แต่ที่ยังขาดการเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

4.6) ระบบงบประมาณมีความคล่องตัวน้อย ทำให้การบริหารจัดการไม่เอื้อต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

4.7) มีการดำเนินการวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของประเทศ (Disease Control Financing) ไม่มากนัก และการวิเคราะห์ผลกระทบในเชิงเศรษฐศาสตร์จากการเกิดโรครักมีเพียงเป็นบางกรณีเท่านั้นโดยที่ข้อมูลส่วนนี้มีความจำเป็นต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อนำไปสู่การป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4.8) มีการวางรากฐานระบบป้องกันควบคุมโรคของประเทศ และได้มีการพัฒนามาอย่างยาวนาน ทำให้ระบบงานป้องกันควบคุมโรคมีความครอบคลุมและทั่วถึง โดยบูรณาการไปกับระบบบริการสุขภาพ

5) บุคลากร (Staff)

5.1) ระบบจูงใจให้นักวิชาการและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านระบาดวิทยา และในสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ทั้งในกลุ่มโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ยังต้องได้รับการพัฒนาให้ได้ตามมาตรฐานที่ควรจะเป็นทั้งระบบ ทั้งในกระทรวงสาธารณสุขและภายนอก เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ รวมทั้งมีข้อจำกัดในการพัฒนานักวิจัยและนักวิชาการให้มีศักยภาพสูง อีกทั้งไม่สามารถดึงดูดและพัฒนานักวิชาการในสาขาอื่นๆ ที่เชื่อมโยงกับงานป้องกันควบคุมโรคเข้ามาในระบบเพื่อร่วมกันพัฒนางานด้านต่างๆ ได้

5.2) ในระดับชุมชน มีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกำลังสำคัญ แต่ยังคงขาดองค์ความรู้ในงานเฝ้าระวังและงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

5.3) มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับงานป้องกันโรคหลากหลายสาขา เช่น ระบาดวิทยา การสาธารณสุข การวิจัยพัฒนาสาขาต่างๆ กีฏวิทยา แต่ยังมีจำนวนจำกัด

5.4) มีสถาบันและหน่วยงานที่มีศักยภาพในการพัฒนาบุคลากรระดับสูงสำหรับงานป้องกันควบคุมโรค โดยมีหลักสูตรพัฒนาบุคลากรด้านระบาดวิทยาเป็นหลักสูตรพื้นฐาน

6) ทักษะ (Skill)

6.1) จุดเด่นบุคลากรมีทักษะ ความสามารถเฉพาะทางด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค และระบาดวิทยาในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ขณะเดียวกันก็มีจุดที่จำเป็นต้องพัฒนาสมรรถนะและทักษะในด้านการป้องกันควบคุมโรค เช่น โรคจากการประกอบอาชีพสิ่งแวดล้อม โรคไม่ติดต่อ การประเมินผลทางสุขภาพ การจัดการสารสนเทศและเทคโนโลยี การจัดการสุขภาพเขตเมือง ภาวะโรค และการจัดการสุขภาพผู้อพยพ

6.2) บุคลากรในระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพยังขาดทักษะและความเชี่ยวชาญในการวิเคราะห์สถานการณ์เชิงระบบและการวิเคราะห์สภาพปัญหาเชิงบริบทในกลุ่มประชากรและพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งการสังเคราะห์มาตรการเพื่อพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง

6.3) บุคลากรในส่วนกลางและระดับเขตยังขาดความรู้ความเข้าใจและขาดทักษะการดำเนินงานในฐานะผู้อภิบาลระบบ (National and Regional Health Authority) การปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ควบคุมกำกับ (Regulator) ในระบบบริการสุขภาพ และการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานสู่พื้นที่บุคลากรในระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับพื้นที่ที่มีทักษะในการดำเนินงานด้านแผนงานควบคุมโรค และทักษะในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพเฉพาะโรคไม่เพียงพอและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม

ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประเทศ สามารถวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ในการปฏิรูประบบการบริหารจัดการเพื่อเสริมสร้างเครือข่ายขยายความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ การพัฒนากฎหมายและการบังคับใช้เพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนให้ปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพ ในยุคสมัยปัจจุบันมีความจำเป็นอย่างมากที่ต้องอาศัยกฎหมายมาเป็นเครื่องมือหนึ่งที่สำคัญในการทำงาน นอกจากนี้ยังมีประชาชนอีกเป็นจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อ และโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เป็นประชากรวัยแรงงานในภาคเกษตรและอุตสาหกรรมที่มีส่วนสำคัญต่อการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า ซึ่งยังไม่มีเครื่องมือทางด้านกฎหมายที่จำเป็นในการจัดการกับปัญหาเช่น การกำหนดมาตรฐานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องในโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การสอบสวนโรคเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงและแหล่งกำเนิดโรค ซึ่งต้องได้รับความร่วมมือจากสถานประกอบการต่างๆ ตลอดจนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยเหตุดังกล่าวจึงได้มีความพยายามยกร่างกฎหมายใหม่ 2 ฉบับ ได้แก่ (ร่าง) พระราชบัญญัติโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. ... และ (ร่าง) พระราชบัญญัติโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. ... ซึ่งในขณะนี้อยู่ในระหว่างการผลิตต้นร่างกฎหมายทั้งสองฉบับและยังพบอีกว่างานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มักถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของภาคสาธารณสุข ซึ่งโดยข้อเท็จจริงแล้วองค์กรอื่นๆ ด้านสังคมมีบทบาทสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าภาคสาธารณสุข โดยเฉพาะองค์กรด้านการศึกษา ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการสร้างความฉลาดรู้แก่ประชาชน รวมถึงความฉลาดรู้เรื่องสุขภาพ แต่ในสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันยังมีการดำเนินงานน้อยมากในด้านที่เกี่ยวกับการจัดบริการสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น ภาคการศึกษา ภาคสวัสดิการสังคม เป็นต้น

โดยสรุป งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปัจจุบันดำเนินการโดยองค์กรหลักดังกล่าวมาแล้ว โดยมีลักษณะงานหรือบทบาทที่แตกต่างกัน กล่าวคือ

1) การกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งดูแลรับผิดชอบตามภาระหน้าที่ที่กำหนดในกฎหมายและมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการกำหนดนโยบายแบบมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

2) การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นบทบาทของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งได้รับงบประมาณโดยตรงเพื่อการนี้ โดยมีสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับดำเนินการ และเครือข่ายบริการที่ใหญ่ที่สุดคือสถานบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

3) การสร้างกระแสขับเคลื่อนและส่งเสริมสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดำเนินการโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีองค์กรที่หลากหลายทั้งภาคบริการ ภาควิชาการ และภาคประชาสังคมรับการสนับสนุนงบประมาณไปดำเนินการ

4) การเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน ดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเครือข่ายองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์กลุ่มต่างๆ

5) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน เป็นบทบาทของภาคการศึกษา ซึ่งในปัจจุบัน ยังให้ความสนใจต่องานส่งเสริมสุขภาพค่อนข้างน้อย

บทที่ 3

สรุปสถานการณ์และข้อเสนอแนะ กระบวนการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3.1 สรุปสถานการณ์ปัจจุบัน

3.1.1 งานส่งเสริมสุขภาพ

สภาวะของมารดา จากการดำเนินงานที่ผ่านมาอัตราส่วนการตายมารดาของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ จากการสำรวจของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย พบว่า ปี พ.ศ. 2547, 2549, 2551, 2556 และ 2559 อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนเท่ากับ 44.5, 41.6, 38.5, 31.2 และ 24.06 ตามลำดับ และปี 2560 (1 ตุลาคม 2559 – 30 มิถุนายน 2560) พบว่ามีมารดาตายจำนวน 88 ราย คิดเป็นอัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพแสนคนเท่ากับ 23.75 (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) ซึ่งเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการเจริญพันธุ์รวมในอดีตและปัจจุบัน พบว่าในอดีตผู้หญิงไทยหนึ่งคนมีบุตรเฉลี่ยตลอดวัยเจริญพันธุ์ 6 คน แต่ในปัจจุบันมีบุตรเพียง 1.6 คน โดยสาเหตุส่วนใหญ่ของการตายของมารดา มาจากปัจจัยการตั้งครรภ์และการคลอด อีกส่วนหนึ่งเสียชีวิตจากสาเหตุโรคทางอายุรกรรมและศัลยกรรม เช่น โรคหัวใจ, การติดเชื้อ, HIV เป็นต้น

สถานการณ์สุขภาพของเด็กไทย จากการสำรวจปี พ.ศ. 2558 พบว่าเด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 7.5 ภาวะผอมร้อยละ 5.2 และภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 12.5 รวมถึงปัญหาภาวะซีดในเด็กวัยเรียน ปัญหาสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน การออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาข้างต้นควรแก้ไขให้เด็กมีความสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเองและมีทักษะสุขภาพจะต้องสร้างความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และสามารถจัดการตนเองได้ และ จากผลการสำรวจการพัฒนาด้านสติปัญญา ในปี 2559 ในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีระดับสติปัญญาเฉลี่ยในเกณฑ์ปกติ แต่ค่อนข้างต่ำกว่าค่ากลางของมาตรฐานสากล การสำรวจระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) สะท้อนสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับเด็กไทย ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมป้องกันตั้งแต่มารดาตั้งครรภ์ กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) ส่วนใหญ่ปัญหาสำคัญของเด็กวัยเรียนเกิดจากภาวะโภชนาการ มีแนวโน้มภาวะทั้งขาดและโภชนาการเกิน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต ซึ่งเป็นความท้าทายที่ต้องการสร้างเยาวชนคนรุ่นใหม่ที่เก่ง ดี มีสุขในอนาคต การบาดเจ็บในเด็กไทย ซึ่งจากสถิติในปี 2558 มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนมากถึง 943 คน เป็นกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี 575 คน นอกจากสถิติข้างต้นที่พบว่าเด็กไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนแล้ว ยังพบว่าสาเหตุการเสียชีวิต

ของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี คือการจมน้ำ ซึ่งสูงเป็นอันดับแรก ซึ่งแต่ละปีจะมีการเสียชีวิตเฉลี่ยปีละ 1,117 คน หรือวันละ 3.2 คน โดยเด็กผู้ชายในกลุ่มอายุ 5-9 ปีเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุด จากข้อมูลการเฝ้าระวัง ยังพบว่าเด็กเล็กช่วงก่อนเข้าเรียนมักจะเสียชีวิตในพื้นที่ใกล้บ้าน เนื่องจากอยู่อาศัยในพื้นที่ที่มีความเสี่ยง ส่วนในเด็กโตมักจะเสียชีวิตพร้อมกันหลายคนเนื่องจากไม่มีทักษะความปลอดภัยทางน้ำ เช่น การช่วยเหลือคนจมน้ำ การเอาชีวิตรอดจากการจมน้ำ และยังพบว่าเด็กไทยอายุน้อยกว่า 15 ปี วายน้ำเป็นร้อยละ 23.7 วายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดได้เพียงร้อยละ 4.4 และจากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (ตุลาคม 2559 – สิงหาคม 2560) พบว่าเด็กวัยเรียนสูงที่สุดมีส่วนร้อยละ 65.1 ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้เล็กน้อย คือร้อยละ 66

กลุ่มวัยรุ่นไทย (15-20 ปี) ส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพคือดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นยังเป็นปัญหาและมีความรุนแรงมากขึ้นในสังคมไทย จากข้อมูลHealth Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข (ตุลาคม 2559 – มิถุนายน 2560) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี 36.5 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี (เกณฑ์ 42 ต่อพันประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี) รวมถึงปัญหาอุบัติเหตุในวัยรุ่นซึ่งนำมาความสูญเสียของสังคมโดยรวม

กลุ่มวัยทำงาน (21-59 ปี) มีปัญหาเรื่องสุขภาพที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และการเกิดอุบัติเหตุ สำหรับสาเหตุการตายที่สำคัญคืออุบัติเหตุทางถนน รองลงมาคือการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคมะเร็งตับ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคเบาหวาน ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจำนวนมาก จากข้อมูลHealth Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข (ตุลาคม 2559 – 8 สิงหาคม 2560) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.31 (เกณฑ์ร้อยละ 2.4)

กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) มีปัญหาหลักคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและโรคสมองเสื่อม รวมถึงปัญหาผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรืออยู่ตัวคนเดียวที่เพิ่มมากขึ้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการจัดระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่จะสามารถที่จะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีชีวิตที่ช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุด และมีรายได้พอที่สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรี ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.2 ของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2553 เป็นร้อยละ 16 ในปี พ.ศ. 2558 (ราว 10 ล้านคน) และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 และอาจจะเกินหนึ่งในสี่ของประชากรไทยภายในปี พ.ศ. 2573 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ในปี 2559 – 2560 รัฐบาลได้มุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญ คือการป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

3.1.2 งานป้องกันควบคุมโรค

ค่านิยมของระบบสุขภาพในด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพยังให้ความสำคัญ การควบคุมมากกว่าการป้องกัน และมุ่งเน้นโรคติดต่อและภัยสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากการให้ความสำคัญต่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพต่างๆ ที่ครอบคลุมถึงโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่อ ร้ายแรงและเฉียบพลัน ที่จะส่งผลกระทบต่อประชาชนเป็นวงกว้าง เช่น โรคติดต่อเชื้อไวรัสอีโบล่า โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์ส ไข้เลือดออก เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีโรคและภัยสุขภาพ ที่สำคัญอีกหลายโรค เช่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัจจัยเสี่ยงจากการบริโภคแอลกอฮอล์และยาสูบ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และโรคติดต่อเรื้อรังอื่นๆ บางชนิดเช่น วัณโรค ที่สมควรได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น เพื่อให้การดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคเหล่านี้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย นอกจากนี้ สถานการณ์ในภาพรวมปัญหาโรคและภัยสุขภาพยังคงมีปัญหายังต่อเนื่องเกิดจาก กระบวนการที่ผ่านมามีการทำงานแยกส่วนเป็นไปตามหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน ขาด การบูรณาการกลไกที่ชัดเจนต่อเนื่องในการกำหนดทิศทาง ขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับนโยบายของ ประเทศ รวมถึงกลไกที่มีอยู่ดำเนินการเป็นประเด็นในด้านบริการสุขภาพและการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก ด้านปัจจัยเสี่ยงและการสร้างความตื่นตัวของประชาชนกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการรณรงค์ที่ไม่ต่อเนื่อง การคิดในเชิงยุทธศาสตร์ไม่ชัดเจน ขาดการประเมินผลที่เหมาะสม ทำให้ข้อมูลไม่เพียงพอนำมาพัฒนา มาตรการการดำเนินงาน มีข้อจำกัดเกี่ยวกับการจัดการด้านงบประมาณ ระบบการเงินเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคยังเป็นระบบที่แยกส่วนหลากหลายรูปแบบทำให้กลไกทางการเงินด้านการป้องกันควบคุม โรคมีความซับซ้อนทำให้การขับเคลื่อนนโยบายและการบริหารงานมักประสบปัญหา การกำหนด เป้าหมายและการสั่งการเป็นการสั่งการจากหน่วยงานส่วนกลาง ยังไม่มีระบบที่ชัดเจนในการ บูรณาการในมาตรการหลักที่ทำงานกับเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น สถานประกอบการ รวมทั้งการประสานงานกับองค์กรต่างๆ อาทิ สสส. สปสช. เครือข่าย วิชาชีพ ยังไม่มีแผนร่วมกันที่ชัดเจน ดังนั้นแนวทางการดำเนินงานควรปรับให้มีกลยุทธ์ที่เหมาะสม ปฏิรูประบบการจัดการให้บูรณาการ เสริมความเข้มแข็งในระบบเฝ้าระวังและการป้องกันควบคุมโรคที่มี อยู่ สร้างภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งในทุกกระดับ เพื่อให้แผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุม โรคและภัยสุขภาพต่างๆรวมถึงการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินได้บรรลุตามเป้าประสงค์ต่อไป

3.2 ข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนากระบวนการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

3.2.1 งานส่งเสริมสุขภาพ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัย การลดความเหลื่อมล้ำของประชากรในแต่ละกลุ่มอายุ รวมถึงการเสริมพลังและความสามารถในการเรียนรู้เพื่อให้ประชาชนรวมถึงผู้บริหารหน่วยงานและองค์กร เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำไปสู่องค์กรและสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะสามารถกำหนดหรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีให้กับประชาชนที่มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ ตั้งคำถามกับสิ่งที่รับรู้ ทบทวนและโต้แย้งเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ที่ชัดเจนและเกิดนวัตกรรมใหม่ๆ ในการดูแลสุขภาพตนเอง ชุมชนและสังคมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนไทยทุกกลุ่มวัยมุ่งเน้นในการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต โดยให้มีความเชื่อมโยงกับกระทรวงหลักที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยประเด็นสำคัญต่อไปนี้

1) การพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยเพื่อให้เด็กทุกคนที่อยู่ในประเทศไทยไม่ว่าจะมีสถานะต่างกันอย่างไร ได้รับโอกาสในการพัฒนาไปถึงขีดสูงสุดของศักยภาพที่มีอยู่

1.1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการเตรียมพร้อมก่อนคลอด

- พัฒนาบริการการเตรียมความพร้อมของบุคคลวัยเจริญพันธุ์ก่อนตั้งครรภ์ที่เป็นมิตรและครอบคลุม
- พัฒนาบริการฝากครรภ์ การคลอด และการดูแลหลังคลอดที่ปลอดภัย เป็นมิตรและครอบคลุม การป้องกันภาวะชืดและการเสริมเกลือไอโอดีนแก่มารดา

1.2) ทารกแรกคลอดและเด็กปฐมวัยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

- การส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งเสริมภาวะโภชนาการตามวัย และพัฒนาสถานเลี้ยงดูเด็กที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และปลอดภัย
- ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็นและมีประสิทธิภาพ

1.3) เด็กไทยมีพัฒนาการด้านสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ให้สมวัยของเด็ก

- พัฒนาระบบสวัสดิการสังคมเพื่อสร้างสวัสดิภาพสำหรับเด็กปฐมวัย
- ส่งเสริมการเลี้ยงดูเด็กให้มีพัฒนาการด้านสติปัญญาและความฉลาดทางอารมณ์ให้สมวัยของเด็ก เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการคัดกรองกระตุ้นพัฒนาการและดูแลอย่างต่อเนื่อง
- เด็กที่มีข้อบกพร่องทางกาย จิต และ สังคม (ยากจน หรือ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม) ได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม

- พัฒนาระบบสวัสดิการสังคมเพื่อเด็กปฐมวัยที่มีความต้องการพิเศษและจัดสิ่งแวดลอมที่ปลอดภัยต่อเด็กปฐมวัย

2) การพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

2.1) ส่งเสริมและพัฒนาโรงเรียนรอบรู้สุขภาพเพื่อสร้างทักษะชีวิตและทักษะสุขภาพของกลุ่มวัยเรียน

2.2) ส่งเสริมบริการอนามัยเจริญพันธ์ที่เป็นมิตรสำหรับกลุ่มวัยเรียน วัยรุ่น

2.3) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคมของกลุ่มวัยรุ่นเปราะบาง

2.4) สร้างพื้นที่สาธารณะที่ปลอดภัยในชุมชนและสังคมสำหรับเด็กทุกกลุ่มเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการแสดงออกได้อย่างเหมาะสม

2.5) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคที่จำเป็น

2.6) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาทางสุขภาพสำหรับวัยรุ่น

2.7) ส่งเสริมการค้นหาศักยภาพของเด็กวัยเรียนและการอ่านออกเขียนได้ทำให้เด็กรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อพัฒนาสุขภาวะทางสังคมและจิตใจแก่เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น

3) การพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน

3.1) สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในสถานประกอบการ การเป็นสถานประกอบการรอบรู้สุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานสากล

3.2) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนด

3.3) ส่งเสริมการเข้าถึงระบบการออมระยะยาวเพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพ

3.4) ส่งเสริมบริการอาชีวอนามัยเพื่อส่งเสริมสุขภาพของคนในวัยทำงาน

3.5) พัฒนาระบบควบคุมป้องกันอุบัติเหตุในการดำรงชีวิตประจำวันของประชาชน

4) การพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

4.1) ส่งเสริมให้เกิดการสร้างเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ (Active Aging) และการนำศักยภาพของผู้สูงอายุมาใช้ในการพัฒนาชุมชนและสังคม (Engagement)

4.2) ส่งเสริมให้เกิดบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

4.3) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนด

4.4) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมความตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง

4.5) ส่งเสริมการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

3.2.2 งานป้องกัน ควบคุมโรค

1) การป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ

โรคติดต่อยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศ อันเป็นผลมาจากการอพยพเคลื่อนย้ายแรงงานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ หากพิจารณาในระดับประเทศควรเน้นปัญหาโรคที่สำคัญ แนวโน้มรุนแรงขึ้นและมีผลกระทบต่อโรคของประเทศ อาทิเช่น เอชไอวีและวัณโรค พิจารณาโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนซึ่งต้องอาศัยความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนทั่วประเทศ หรือโรคติดต่อที่เกิดขึ้นใหม่ๆ สำหรับในพื้นที่ซึ่งมีความหลากหลายและบริบทที่แตกต่างกัน ควรมีการพิจารณาลำดับความสำคัญของโรคที่สำคัญให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่มีในแต่ละพื้นที่ในการวิเคราะห์ให้มีประสิทธิภาพและชัดเจนยิ่งขึ้น มาตรการที่จะดำเนินงานได้แก่

1.1) พัฒนาระบบการนำดำเนินนโยบายและยุทธศาสตร์บูรณาการการจัดการป้องกัน ควบคุมโรค รวมถึงการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมาย อาทิเช่น กำหนดมาตรการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมเพื่อลดภาวะเชื้อดื้อยา มาตรฐานในการป้องกันควบคุมโรคภายในสถานพยาบาล และการกำจัดขยะติดเชื้อที่เหมาะสม เป็นต้น

1.2) สร้างความร่วมมือมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับทั้งภายในประเทศและนานาชาติ ในการควบคุมป้องกันโรค

1.3) เสริมสร้างพลัง (Empower) ในทุกภาคส่วน รวมถึงส่งเสริมกระบวนการ (Appreciation) เป็นกลไกสร้างคุณค่า ติดตามประเมินผลกระบวนการพัฒนาและนวัตกรรมของภาคีสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม

1.4) พัฒนาบริการรวมถึงเทคโนโลยีในการวินิจฉัยและชันสูตรโรคติดต่อที่ยังเป็นปัญหา

1.5) สนับสนุนงบประมาณ ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ บุคลากรที่จำเป็นในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชน และในสถานพยาบาล รวมถึงการกำจัดขยะติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน

1.6) พัฒนาการวิจัย การผลิต และการกระจายวัคซีน เพื่อป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญของประเทศไทย

1.7) พัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์เพื่อการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคให้คนในสังคม และผู้เกี่ยวข้องได้เข้าใจ ไม่ตื่นตระหนก สามารถนำไปปฏิบัติ หรือผลักดันในเกิดนโยบายและความร่วมมือที่ดี

1.8) เสริมสร้างทักษะ ความเข้มแข็งของบุคลากรและทีมในทุกระดับในการเฝ้าระวัง สอบสวน รายงาน สื่อสารสาธารณะในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice)

1.9) พัฒนานวัตกรรม มาตรการ มาตรฐาน และวิชาการ ระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูลเพื่อการควบคุมโรคติดต่อให้มีประสิทธิภาพ

1.10) เตรียมความพร้อมและการจัดการรวมถึงการวิเคราะห์ติดตามประเมินผลในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล

2) การควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

แนวโน้มของโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพที่เพิ่มขึ้น อันเนื่องจากปัจจัยที่ซับซ้อนที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของมนุษย์นั้น จำเป็นต้องมีการวางแผนมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างรอบด้าน บูรณาการกับหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน สำหรับมาตรการที่ควรดำเนินการในการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพควรเน้นการสร้างภาคีความร่วมมือเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มาตรการด้านกฎหมายและการเสริมสร้างองค์ความรู้ในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

2.1) พัฒนานโยบายสาธารณะและกฎหมายที่สนับสนุนการควบคุม ป้องกันโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ รวมถึงการบังคับใช้มาตรการทางกฎหมายและกฎระเบียบต่างๆ

2.2) สร้างนโยบายเพื่ออุดหนุนสินค้าและผลิตภัณฑ์ที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ

2.3) ส่งเสริมให้การออกนโยบายและผลิตภัณฑ์ของทุกภาคส่วนคำนึงถึงสุขภาวะของประชาชน

2.4) สร้างความร่วมมือร่วมของทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน และประชาชน ในทุกระดับในการป้องกันโรคไม่ติดต่อตามแนวสุขภาพวิถีชีวิตไทยหรือวิถีสุขภาพ

2.5) เสริมสร้างพลัง (Empower) ในทุกภาคส่วน รวมถึงส่งเสริมกระบวนการ (Appreciation) เป็นกลไกสร้างคุณค่า ติดตามประเมินผลกระบวนการพัฒนา และ นวัตกรรมของภาคีสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม

2.6) พัฒนาและสนับสนุนระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง

2.7) พัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อบูรณาการการดำเนินงานกับภาคีเครือข่ายทั้งในระดับ

2.8) พัฒนาระบบและกลไกส่งเสริมการรอบรู้สุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อ

2.9) ส่งเสริมแรงขับเคลื่อนทางสังคม สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องให้คนในสังคมและผู้เกี่ยวข้องได้เข้าใจ ไม่ตื่นตระหนก สามารถนำไปปฏิบัติหรือผลักดันในเกิดนโยบายและความร่วมมือที่ดี

2.10) เสริมสร้างความเข้มแข็งของบุคลากรและทีมในทุกระดับในการเฝ้าระวัง สอบสวน รายงาน สื่อสารสาธารณะในการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based Practice)

2.11) สร้างและพัฒนาศูนย์ข้อมูลสุขภาพและส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องร่วมกับหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาศักยภาพชุมชน/ท้องถิ่น รวมถึงภาคีเครือข่าย

2.12) เตรียมความพร้อมและการจัดการรวมถึงการวิเคราะห์ติดตามประเมินผลในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพตามมาตรฐานสากล

2.13) ส่งเสริมให้มีข้อมูล นวัตกรรม เพื่อการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3.2.3 การพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเป็นระบบที่สำคัญที่ต้องมีเพื่อความมั่นคงของประเทศ ลดผลกระทบและความเสียหายจากการเจ็บป่วยรวมถึงความสูญเสียทางสังคม เศรษฐกิจที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมหาศาล ที่ผ่านมามองเห็นได้ว่าจุดแข็งของประเทศไทย คือ การมีโครงสร้างระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็งของภาครัฐนั้นช่วยให้ระบบสั่งการตอบโต้ได้อย่างเป็นระบบ แต่ในขณะเดียวกันการที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่ต้องเผชิญกับภัยที่ท้าทายใหม่ๆ จากการเปิดเสรีและการพัฒนาการท่องเที่ยว จึงจำเป็นต้องมีระบบที่ตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว บูรณาการเบ็ดเสร็จในระดับจังหวัดหรือระดับอำเภอ เพื่อการตอบโต้และควบคุมภัยอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และสอดคล้องทันกับสถานการณ์มากยิ่งขึ้น หรืออาจบูรณาการหลายแผนงานภายใต้กลยุทธ์เดียวกันเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน กรมควบคุมโรคมีนโยบายพัฒนาระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศให้ได้มาตรฐานสากล สามารถตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติได้รวดเร็วและสามารถตอบโต้สถานการณ์ได้ทันที ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรมควบคุมโรค (Emergency Operations Center: DDC's EOC) โดยพัฒนาทีมตระหนักรู้สถานการณ์สาธารณสุข (Situation Awareness Team: SAT) และทีมสอบสวนควบคุมโรค ร่วมกันปฏิบัติงานตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติ ตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคและภัยสุขภาพ และประสานงานกับทีมอื่นๆ โดยรายงานข้อมูลการระบาดของโรคและภัยสุขภาพตามระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านการระบาดของโรคและภัยสุขภาพแบบ Real Time โดยสนับสนุนให้ทุกจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง ผ่านกลไกการกำกับติดตามจากหน่วยงานทั้งในส่วนกลาง และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ร่วมกันจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM) รองรับการทำงานในศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรม

ควบคุมโรค ซึ่งต้องมีการพัฒนาบุคลากรจากหลายหน่วยงานร่วมกันปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงการปฏิบัติงานครอบคลุมเขตสุขภาพ

มาตรการที่ควรดำเนินงานมีดังนี้

- 1) การจัดทำแผนเตรียมความพร้อมรับมือโรคและภัยสุขภาพที่อาจก่อให้เกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างประเทศสำหรับทุกภัย รวมทั้งการซ้อมการปฏิบัติกาฯต้องมีการบูรณาการร่วมมือกันทั้งในส่วนกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นอย่างสม่ำเสมอ
- 2) ปรับปรุงกฎระเบียบให้เจ้าหน้าที่มีอำนาจหน้าที่ที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้ระบบการตอบโต้ภัยสุขภาพฉุกเฉินได้ประสิทธิภาพสู่ระดับสากล
- 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและทุกภาคส่วนในสังคมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินสร้างความร่วมมือและสนับสนุนทั้งบุคลากร เครื่องมือ ข้อมูลหรือองค์ความรู้ต่างๆ จากภาคีเครือข่ายภายในประเทศ รวมถึงเครือข่ายนานาชาติ
- 4) เร่งรัดการจัดทำเอกสารและคู่มือการทำงานที่สำคัญๆตามระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินเช่น EOC Manual มาตรฐานที่ระบุวิธีการและขั้นตอนการประสานงาน กิจกรรมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น
- 5) ประสานให้เกิดการเข้าถึงระบบเฝ้าระวังและการฟื้นฟูครอบครัวและชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
- 6) พัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กรที่รับผิดชอบต่อการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ
- 7) การเตรียมแผนสำรองหรือแผนรองรับสถานการณ์สำหรับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการในสถานการณ์การระบาดขนาดใหญ่ที่จะมีจำนวนตัวอย่างส่งเข้ามาเพื่อรับการตรวจเป็นจำนวนมาก
- 8) การพัฒนาระบบงานที่ทำให้สามารถสถาปนาศูนย์ปฏิบัติงานภาวะฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วภายใน 2 ชั่วโมงตามเกณฑ์มาตรฐาน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แม้ว่าจะมีแนวทางที่ดี หากไม่สามารถขับเคลื่อนไปได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ความสำเร็จก็คงเกิดขึ้นได้ยาก อุปสรรคของการขับเคลื่อนการดำเนินงานคือการดำเนินการให้ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงหลัก 4 กระทรวง(กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์และกระทรวงมหาดไทย) ร่วมกันดำเนินการและประสานตามบทบาทขององค์กร ในขณะเดียวกันก็ให้การสนับสนุนองค์กรอื่นที่เป็นภาคีเครือข่ายให้ร่วมสนับสนุนงานในระดับชุมชนหรือท้องถิ่น มีการบูรณาการงานของกระทรวงต่างๆอย่างเหมาะสม มีการส่งต่อข้อมูลสถานการณ์ให้ซึ่งกันและกันขององค์กรหลักต่างๆและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง ก็สามารถป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้

การขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างได้ผล จำเป็นต้องประกอบด้วยกลไกต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) กำหนดให้มีคณะกรรมการระดับชาติและระดับอื่นๆที่เหมาะสมเพื่อควบคุมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ควรกำหนดให้มีในทุกระดับ คือระดับชาติ ระดับกระทรวง (ระหว่างกรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง) ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น มีการจัดทำแผนประจำปี และแผนระยะกลาง ซึ่งผนวกกิจกรรมต่างๆไว้และกำหนดบทบาทขององค์กรต่างๆที่จะขับเคลื่อนแผนรวมทั้งกำหนดแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติตามแผนงาน / โครงการ

2) ส่งเสริมบทบาทขององค์กรนอกภาคสาธารณสุขในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเรื่องที่ประชาชนทุกคนต้องรับผิดชอบ การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพเป็นกุญแจสำคัญของงานเพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ และเลือกปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีและไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การกำหนดให้ทุกนโยบายใส่ใจสุขภาพ (Health in All Policy) เป็นการกำหนดว่า ทุกหน่วยงานที่กำหนดนโยบายสาธารณะ ผู้กำหนดนโยบายจะต้องใส่ใจว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพมาก-น้อยเพียงใดและหลีกเลี่ยงที่จะกำหนดนโยบายที่เป็นภัยต่อสุขภาพของประชาชน หรือส่งเสริมส่วนที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพในชุมชน เป็นต้น

3) ส่งเสริมให้มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้มีความครอบคลุมและมีการนำไปใช้ในการพัฒนานโยบาย ระบบข้อมูลข่าวสารที่ดีย่อมช่วยให้เห็นถึงความก้าวหน้าของการดำเนินงาน การจัดให้มีข้อมูลสุขภาพสำหรับประชาชนก็จะเป็นการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพซึ่งก็จะเอื้อประโยชน์ต่องานมากขึ้น

4) จัดระบบพัฒนาบุคลากรให้มีศักยภาพในการดำเนินการและประสานงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงการประเมินศักยภาพบุคลากร งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย การพัฒนาบุคลากรจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นและสอดคล้องกับข้อกำหนดทั้งในกฎบัตรอตตาวาและกฎบัตรกรุงเทพฯ บทบาทในการพัฒนาบุคลากรเป็นขององค์กรทุกระดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรที่เป็นกระทรวงหลักของงานส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 กระทรวง ขณะเดียวกัน ควรมีกิจกรรมในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างองค์กรและชุมชนต่างๆ เพื่อที่จะสามารถประยุกต์แนวทางที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลดีในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับต่างๆ

5) ควรเน้นการพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมความรู้ ทักษะด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างทั่วถึง เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

6) ส่งเสริมการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งทรัพยากรจากท้องถิ่นและภาคเอกชน ทรัพยากรมีความสำคัญในการขับเคลื่อนงาน โดยทั่วไปงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาโรค และเมื่อดำเนินการได้ผล

ความจำเป็นในการใช้จ่ายเงินในการรักษาโรคก็จะน้อยลง จึงเป็นหลักการสำคัญในการจัดหางบประมาณมาใช้ในการขับเคลื่อนงาน

7) สนับสนุนให้มีการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมในการควบคุม ป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย พัฒนามาตรการและควบคุม กำกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ด้วยหลักการพัฒนางานที่มุ่งดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมาย Thailand 4.0 ทำให้เห็นความจำเป็นในการมุ่งส่งเสริมงานวิจัยเพื่อให้มีการค้นคว้านวัตกรรมที่ได้ผลดีในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนั้น แผนปฏิบัติการจึงควรกำหนดให้งานการศึกษาค้นคว้าวิจัยเป็นส่วนประกอบหนึ่งของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเพิ่มความมีส่วนร่วมของมหาวิทยาลัยต่างๆ ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเพื่อผลักดันให้งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความเป็นเลิศตามพันธกิจที่กำหนดไว้

8) การควบคุมกำกับ และประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การนิเทศ ติดตามความก้าวหน้าของงานเป็นเรื่องจำเป็นเพื่อให้หน่วยงานที่รับการนิเทศสามารถปฏิบัติได้ครบถ้วนตามกิจกรรมที่ระบุไว้ ย่อมจะเกิดผลในการลดความเจ็บป่วยของประชาชน ลดภาระโรคของครอบครัวและภาครัฐ และทำให้ประชาชนมีความสุข มีอายุขัยเฉลี่ยยาวขึ้นตามวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ในทางตรงข้าม หากมีปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการดำเนินงาน ซึ่งหากปฏิบัติตามกิจกรรมแล้ว ไม่เกิดผลกระทบที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น การนิเทศและประเมินผลงานก็จะช่วยให้ได้ข้อมูลไปปรับปรุงการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น สิ่งจำเป็นในการควบคุมกำกับงานคือการมีระบบรายงานที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับต่างๆ ใช้ระบบรายงานเป็นการติดตามความก้าวหน้าของงาน และนำเสนอผลงานสู่การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับชาติ

สำหรับประเทศไทย แผนการพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) มีการปฏิรูปประเทศเพื่อแก้ปัญหาพื้นฐานหลายด้าน ท่ามกลางสถานการณ์โลกที่มีการเปลี่ยนแปลงและการแข่งขันที่สูง รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่และการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก ดังนั้นในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 นับเป็นช่วงเวลาที่ทำนายเป็นอย่างมากสำหรับการพัฒนาประเทศไทยได้สถานะดังกล่าว ดังนั้นเพื่อการพัฒนาที่มีความยั่งยืนจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อให้เป็นประชากรที่มีความสมบูรณ์ในทุกช่วงวัย ตลอดจนยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขให้ทั่วถึง ดังนั้นเพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาประเทศไทยได้กรอบยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศนั้น จึงต้องมุ่งเน้นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเน้นความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีการพัฒนาทุกภาคส่วน เพื่อมุ่งสู่ “ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” ต่อไป

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ(พ.ศ. 2560 -2579). กรุงเทพฯ :สำนักพิมพ์อักษรกราฟิคแอนดี้ดีไซน์, 2560.

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. แผนปฏิบัติการเชิงยุทธศาสตร์ระยะ 5 ปี(พ.ศ.2560-2564)กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. 2560.

กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2560 กรมควบคุมโรค. 2561.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการศึกษาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนาบทบาทภารกิจ โครงสร้าง และกลไกการทำงานกรมควบคุมโรค. 2556.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ร่างยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. 2560 -2579. 2560.

กองตรวจราชการ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. ผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2561.

กองตรวจราชการ สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ. 2561.

ปรีชา เปรมปรี. แนวทางในการเฝ้าระวังสุขภาพในเขตพื้นที่เสี่ยงมลพิษสิ่งแวดล้อม ปีงบประมาณ 2559 ในการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในพื้นที่เสี่ยง ปีงบประมาณ 2559 วันที่ 10 – 11 กุมภาพันธ์ 2559 ณ โรงแรมทีเคพาเลส กรุงเทพฯ. 2559.

ปรีชา เปรมปรี. สรุปการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำแผนที่เสี่ยงภัยการปนเปื้อนสารเคมีในห่วงโซ่อาหารและการบริหารจัดการ: การจัดทำแผนที่ความเสี่ยงการปนเปื้อนมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยงเพื่อการเฝ้าระวังทางสุขภาพ โดย ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดระยอง สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ โรงแรมแกรนด์ไฮน่า กรุงเทพมหานคร วันที่จัดประชุม: วันที่ 14-15 มกราคม 2559. 2559.

วิจารณ์ สิมานายา. แผนแม่บทการบริหารจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ (พ.ศ.2559 - 2564) จากการศึกษา
ฝึกรอบรรม “เทคโนโลยีการฝังกลบขยะมูลฝอยแบบกึ่งใช้อากาศ (Fukuoka Method)” ระหว่าง
วันที่ 1- 2 กันยายน 2559 ณ โรงแรมดุสิต ปริ๊นเซส โคราช. 2559.

ศูนย์กฎหมาย กรมควบคุมโรค. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558.

สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. สรุปผลการตรวจราชการกรณีปกติระดับกระทรวงสาธารณสุข
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ครั้งที่1 การพัฒนาสุขภาพตามกลุ่มวัยและระบบควบคุมโรค.
2559.

โสภณ เมฆธน. นโยบายการดูแลสุขภาพประชาชนและคนทำงานคัดแยกขยะและรีไซเคิลขยะในพื้นที่
เสี่ยงสูง การนำเสนอของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ปี 2558. 2558.

ภาษาอังกฤษ

Gloria Coe and Joy de Beyer.The imperative for health promotion in universal health
coverage Global Sciences and Practice 2014Volume 2 number 1 p 10 - 22.

Guo Y, Li S, Tawatsupa B, Punnasiri K, Jaakkola JJK, & Williams G. The association between
air pollution and mortality in Thailand. Scientific reports 4:5509, DOI:
10.1038/srep05509.

SukitpaneenitM.,&Oanh NTK. Satellite monitoring for carbon monoxide and particulate
matter during forest fire episodes in Northern Thailand. Environ Monit Assess
(2014) 186: 2495–2504.

World Health Organization.Ottawa Charter for Health Promotion in Milestone in Health
Promotion: Statement from Global Conferences. Geneva: WHO Press. 2009