



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕
ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่
อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๙ ลงวันที่ ๒๒ มกราคม ๒๕๖๙
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางเอี่ยมพร จันทรทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ด้านบริการทางวิชาการ	ภารกิจด้านบริหารจัดการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไข
ที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล
หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่
อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙

(ลงชื่อ)

(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

ตำแหน่งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี</u> <u>ภารกิจด้านสนับสนุนระบบสุขภาพ</u> <u>กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่าย</u> <u>สุขภาพ</u> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ด้านบริการทางวิชาการ	๕๖๑๑	<u>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี</u> <u>ภารกิจด้านบริหารจัดการ</u> <u>กลุ่มงานประกันสุขภาพ</u> นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ ด้านบริการทางวิชาการ	๖๒๔๓	เลื่อน ระดับ ๑๐๐ %
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การสังเคราะห์นโยบายและกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดนนทบุรี”				
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

Handwritten signature

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การสังเคราะห์นโยบายและกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดนนทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ พฤษภาคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑. มีความรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ วางแผนกลยุทธ์ การบริหารจัดการ วิเคราะห์ นโยบายและข้อกฎหมายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๒. มีความรู้เข้าใจถึงระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับการบริหารงานด้านสาธารณสุข และสามารถนำไปประยุกต์เพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามข้อสงสัยต่าง ๆ ในการปฏิบัติหน้าที่ราชการให้แก่หน่วยงานหรือบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้อง

๓. มีความสามารถในการบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ เรียงลำดับความสำคัญก่อนหลังตามความสำคัญและสถานการณ์เร่งด่วน เพื่อให้งานสำเร็จได้ตรงตามเป้าหมายที่กำหนด โดยสามารถตรวจสอบความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และพร้อมแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้

๔. มีความสามารถวางแผนจัดระบบงานในการบริหารงานสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้คำปรึกษา แนะนำและถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ รวมถึงร่วมสอนและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ทีมงานได้

๕. มีความสามารถใช้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีในการสื่อสารได้เป็นอย่างดี

๖. มีความสามารถในการนำผลสัมฤทธิ์ของการทำงาน พัฒนางานต่างๆ และทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ทำให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์สูงสุดในการรับบริการสุขภาพ

๗. มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ทันเวลา ประสานงานภาคีเครือข่าย รวมทั้งให้ข้อมูลและข่าวสารที่เป็นประโยชน์กับผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง

๘. มีทักษะความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ตลอดชีวิต มีความรู้ในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบการบริหารงานสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพ และศาสตร์ด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข การตลาด ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม

๙. มีทักษะในการทำงาน การประสานงานในทีมสุขภาพและวิชาชีพอื่นๆ ได้ มีความเอาใจใส่ กระตือรือร้น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการให้บริการ ติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๑๐. มีทักษะในการปรับตัว ยอมรับการเปลี่ยนแปลง ค้นหาข้อมูลพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลา เปิดกว้าง เพื่อให้มีข้อมูลที่เป็นปัจจุบันในการทำงานและให้บริการกับประชาชน

๑๑. มีความสามารถในการสื่อสาร นำเสนอ และถ่ายทอดความรู้ให้แก่ทีมงาน เครือข่าย และประชาชน

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานในครั้งนี้ เป็นการดำเนินงานในรูปแบบของการศึกษาวิจัย โดยมี สาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน ดังนี้

๑. หลักการและเหตุผล

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) และแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ แผนงานที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) กำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ร้อยละของอำเภอมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๘๕ เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคม และการเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในและภายนอกที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต เช่น การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากรไทย การเปลี่ยนแปลงฐานเศรษฐกิจไปสู่ยุคดิจิทัล การเกิดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติธรรมชาติ และภัยก่อการร้าย เป็นต้น โดยมีความสอดคล้อง เชื่อมโยงและสนับสนุนการดำเนินการตามเป้าหมายของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ นโยบายของคณะรัฐมนตรีที่แถลงต่อรัฐสภา โดยเฉพาะการดูแลยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้สูงขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเน้นการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ การพัฒนาคนในทุกมิติและทุกช่วงวัย ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่มีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อกำหนดนโยบายและขับเคลื่อนการดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของ อสม. ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขระดับชุมชน ส่งเสริมชุมชนเข้มแข็งให้สามารถจัดการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาพที่ดีในทุกพื้นที่ เป็นแหล่งบ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดีของประชาชน ผ่านการจัดการความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์และสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างสุขภาพที่ดีที่ประสงค์ระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยหน่วยงานภาครัฐจะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกที่สำคัญให้ชุมชนสามารถสร้างและบริหารจัดการการมีสุขภาพที่ดีของตนเองแต่ละพื้นที่ได้ ช่วยลดรายจ่ายด้านสุขภาพ ลดความเสี่ยง ลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคที่ป้องกันได้ ส่งผลให้อัตราการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นด้วยภาวะที่ควบคุมได้ลดลง ลดความแออัดของบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายให้ประชาชนได้รับการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ลดความเหลื่อมล้ำ ลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย และลดภาระค่าใช้จ่ายของประชาชนส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม สามารถยกระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว ชุมชน รวมถึงการพัฒนาประเทศ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และรวมบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมายที่ ๓ คือ การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นรูปธรรม (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๖)

การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ เป็นกลไกเชื่อมประสานให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวทางสำคัญตามมาตรการหลักคือ ๑) มาตรการสร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ๒) มาตรการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม และ ๓) มาตรการเสริมสร้างศักยภาพ พขอ. อย่างมั่นคงและยั่งยืน ผลการดำเนินงานตามมาตรการดังกล่าว ทำให้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ครอบคลุมทั่วประเทศ จำนวน ๘๗๘ อำเภอ ๕๐ เขตของกรุงเทพมหานคร มีการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามบริบทในพื้นที่ ระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โครงการที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ร่วมกันเลือกเป็นประเด็นปัญหาตามบริบทของพื้นที่ โดยตัวชี้วัดความสำเร็จขึ้นอยู่กับประเด็นปัญหาหรือการขับเคลื่อนที่แต่ละพื้นที่ร่วมกันตั้งโจทย์ขึ้นมา และมีการดำเนินงานครบตามองค์ประกอบตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ (กองตรวจราชการ, ๒๕๖๖)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) เป็นกลไกบูรณาการงานสร้างสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในระดับพื้นที่ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีการบริหารงบประมาณดำเนินงานในพื้นที่ที่มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ในระดับพื้นที่จังหวัด (area based) แผนพัฒนาอำเภอ และแผนชุมชน เช่น ระดับตำบลโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีงบประมาณสำหรับแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน เช่น การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ด้อยโอกาสและครอบครัวผู้มีรายได้น้อย การสงเคราะห์ผู้ป่วยที่ยากไร้ การให้ทุนการศึกษานักเรียนนักศึกษา การส่งเสริมอาชีพประชาชน การป้องกันและแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร การรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยในพื้นที่ให้ถูกสุขลักษณะ การกำจัดขยะ สิ่งปฏิกูล น้ำเสียเพื่อควบคุมและกำจัดภาวะมลพิษที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชน เป็นต้น

จังหวัดนนทบุรี เป็นพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานขับเคลื่อนการนำนโยบายกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พขอ.) ไปใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ที่อำเภอเมืองนนทบุรี ในปี พ.ศ.๒๕๕๙ และขยายผลการดำเนินงานครอบคลุมทั้ง ๖ อำเภอ ในปี พ.ศ.๒๕๖๐ และเมื่อระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๑ และมีผลบังคับใช้ จังหวัดนนทบุรีได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ทุกอำเภอมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีประเด็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ ประเด็น และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดประเด็นใหม่ตามสภาพของปัญหาในพื้นที่สอดคล้องกับนโยบาย และความต้องการของประชาชนในพื้นที่ขณะนั้น เช่นในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ ในช่วงที่สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด ๑๙ มีการระบาดอย่างรุนแรง ทุกอำเภอของจังหวัดนนทบุรีได้เพิ่มประเด็นโควิด ๑๙ เป็นประเด็นเร่งด่วนในการบูรณาการทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน เข้ามาช่วยกันเพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคไวรัส ๑๙ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และได้นำรูปแบบการทำงานโดยใช้กลไก พขอ.ไปขยายผลในการขับเคลื่อนงาน อุบัติเหตุ การดูแลผู้สูงอายุ และประเด็นอื่นๆ เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจนเกิดพื้นที่ต้นแบบการเรียนรู้

ปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พขอ.บางกรวย มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และการจัดการขยะ เป็นพื้นที่ต้นแบบในการเรียนรู้ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ ๔ รับรางวัลเชิดชูเกียรติ ในงาน HA Forum ครั้งที่ ๒๐

ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ พขอ.เมืองนนทบุรี มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ เป็นพื้นที่ต้นแบบในการเรียนรู้ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ ๔ รับรางวัลเชิดชูเกียรติ ในงาน HA Forum ครั้งที่ ๒๑

ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พขอ.บางใหญ่ มีนวัตกรรมการทำงานร่วมกัน และนำกลไกคณะกรรมการ พขอ.มาใช้ในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ เป็นต้นแบบพื้นที่การเรียนรู้ดีเด่นระดับเขตสุขภาพที่ ๔ รับรางวัลเชิดชูเกียรติ ในงาน HA Forum ครั้งที่ ๒๓ เมื่อวันที่ ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๖ และนายอำเภอบางใหญ่ ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้รับรางวัล ฟันเฟืองพขอ. ในงานมหกรรมพลังคนพขอ.ครั้งที่ ๒ เมื่อวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

จังหวัดนนทบุรี มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ครบทั้ง ๖ อำเภอ ทำหน้าที่บูรณาการภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” ให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีประเด็นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ทำติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่อง มีผลลัพธ์เชิงปริมาณมากพอสมควร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จึงได้จัดทำโครงการ “การสังเคราะห์นโยบายและกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดนนทบุรี” ขึ้น เพื่อสรุปบทเรียนผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ รวมถึงสรุปผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตในประเด็นที่ทำต่อเนื่อง มีผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม และปัจจัยความสำเร็จ เพื่อกำหนดแนวทางการขยายผลที่ชัดเจนสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในประเด็นอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ท้นต่อการเปลี่ยนแปลง เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน และที่สำคัญ กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นกลไกที่เน้นการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม สามารถนำนโยบายมาสู่ปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม สามารถเพิ่มบทบาทประชาชนในการร่วมบริหาร กำกับควบคุม ตรวจสอบภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลกระทบยาวเป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนตามศาสตร์พระราชา ที่มากกว่ามิติทางสุขภาพสามารถขยายสู่มิติทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมในพื้นที่

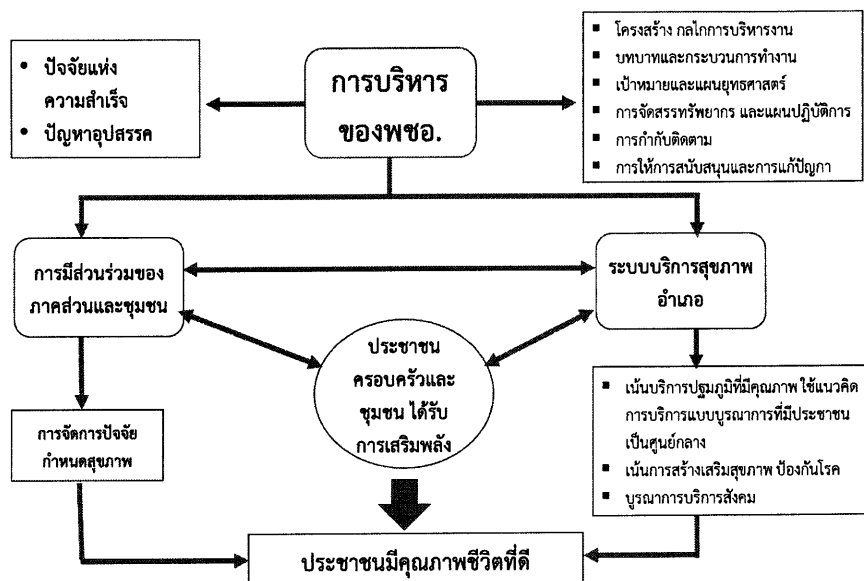
๒. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๒.๑ เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดนนทบุรี

๒.๒ เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายในการพัฒนารูปแบบการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดนนทบุรี

๓. กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปเป็น กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ได้ดังนี้



๔. วิธีดำเนินการวิจัย

๔.๑ รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหา และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนนทบุรี ทั้ง ๖ อำเภอ ประกอบด้วย การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลัง การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นกับกลุ่มประชาชน

๔.๒ การเก็บข้อมูล แบ่งเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

๑) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลัง (Empowerment Evaluation) ใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview Guidelines) ที่พัฒนาจากสถาบันสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล มีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

- โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และสาธารณสุขอำเภอ) จำนวน ๖ คน x ๖ อำเภอ และกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (ผอ.รพช. ผอ.รพ.สต.) จำนวน ๒ คน x ๖ อำเภอ

- ใช้วิธีสนทนากลุ่ม (Focus Group) แบ่งออกเป็น ๓ กลุ่ม คือ (๑) กลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ (รพช. รพ.สต.) จำนวน ๘ คน x ๖ อำเภอ (๒) กลุ่มผู้รับบริการ (ประชาชนทั่วไป) จำนวน ๕ คน x ๒ ตำบล x ๖ อำเภอ และ (๓) กลุ่มเครือข่ายจัดบริการ (ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน) จำนวน ๕ คน x ๒ ตำบล x ๖ อำเภอ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic analysis) และสังเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การเปรียบเทียบข้อมูลแบบสามเส้า (Data Triangulation)

๒) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสำรวจความคิดเห็นจากประชาชนด้วยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตจากแบบวัดมาตรฐาน ขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief-Thai, WHOQOL BREF-THAI, WHOQOL-๒๖) ซึ่งเป็นแบบวัดสุขภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม ใช้รูปแบบการสำรวจ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรม SPSS วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในรูปของค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation, S.D.) วิเคราะห์ความแตกต่างโดยใช้สถิติ One way ANOVA เพื่อเปรียบเทียบภาวะสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มประชาชนทั่วไปในจังหวัดนนทบุรี (๖ อำเภอ) ที่มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างสุ่มโดยบังเอิญ (Accidental sampling) และมีความเต็มใจตอบแบบสอบถาม การคำนวณขนาดตัวอย่าง ในแต่ละอำเภอใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างแบบ Cochran เพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกรณีไม่ทราบจำนวนประชากรและสัดส่วนดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)Z^2}{e^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

p = ค่าสัดส่วนของประชากร

e = ร้อยละความคลาดเคลื่อนจากกลุ่มตัวอย่าง

Z = ระดับความเชื่อมั่นที่นักวิจัยกำหนดไว้ ณ ความเชื่อมั่น ๙๕% ค่า Z = ๑.๙๖

ค่า $p(1-p)$ จะมีค่ามากที่สุดเมื่อสัดส่วนประชากรเท่ากับ ๕๐% หรือ $p = ๐.๕$ ดังนั้น เมื่อไม่ทราบสัดส่วนของ p ก็สามารถกำหนดให้ $p = ๐.๕$ ทดแทนได้ดังนี้

$$n = ๐.๕ \times ๐.๕ (๑.๙๖)^2 / ๐.๐๕^2$$

$$n = ๐.๙๖๐๔ / ๐.๐๐๒๕$$

= ๓๘๔.๑๖ คน ขนาดตัวอย่างน้อยที่สุดคือ ๓๘๕ ราย

เพื่อป้องกันการให้ความร่วมมือที่ไม่ครบตามจำนวนที่กำหนด จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น ๔๐๐ ราย

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ข้อมูลสถานการณ์ ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของจังหวัดนนทบุรี

๕.๒ ข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชนจังหวัดนนทบุรี

๕.๓ ได้แบบอย่างที่ดีในการสร้างรูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมการบูรณาการดำเนินงานจากหลายภาคส่วน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของจังหวัดนนทบุรี

๖.๒ แนวทางการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของจังหวัดนนทบุรี

๖.๓ ข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของจังหวัดนนทบุรี

๖.๔ ความสามารถใช้ประโยชน์จากการมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) การวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้รูปแบบการประเมินแบบเสริมพลัง การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นกับกลุ่มประชาชนค่อนข้างมาก จำเป็นต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จังหวัดนนทบุรี โดยเฉพาะประธาน จะมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย

๘.๒ จังหวัดนนทบุรีมีความเป็นเมืองปริมณฑล มีจำนวนประชากรมาก ทำให้การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพไม่ทั่วถึง

๘.๓ ความยุ่งยากของวิวิธยาของการวิจัย

๙. ข้อเสนอแนะ

การให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพทีมเลขาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เลขาพชอ.มีความสามารถในการชี้แนะและชักชวนให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ใช้ประโยชน์จากการมีกลไก พชอ. และขยายบทบาทในการขับเคลื่อนประเด็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้เป็นผลสำเร็จ เกิดการบูรณาการร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ และมีทิศทางที่ชัดเจน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างการดำเนินการศึกษาวิจัยและเตรียมเผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง

สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

๒)สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

(วันที่)

๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางธนสรณ์ ศรีใช้ประวัติ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา

(วันที่)

๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)



(นางธนสรณ์ ศรีใช้ประวัติ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ ด้านส่งเสริมพัฒนา

(วันที่) ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๘.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)



(นายปริพนธ์ จุลเจิม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

(วันที่) - 4 ก.พ. 2569

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชา
ที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่ง
ระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัดนนทบุรี

๒. หลักการและเหตุผล

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำประกาศแห่ง อัลมา-อตา (Alma-Ata Declaration) ในการประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care : PHC) เมื่อปี พ.ศ.๒๕๒๑ ที่เมืองอัลมา-อตา ประเทศสหภาพโซเวียต (ในขณะนั้น) และในปี พ.ศ.๒๕๒๓ ได้มีการตกลงร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก และประเทศสมาชิก ในการสนับสนุนกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน โดยประเทศไทยได้ร่วมลงนามในกฎบัตรเพื่อการพัฒนาทางสุขภาพ (charter of Health Development) เมื่อวันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๒๓ เพื่อการบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า ปี ๒๕๔๓” (Health for All by the year ๒๐๐๐) ซึ่งประเทศไทยได้ริเริ่มโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ตั้งแต่ปี ๒๕๒๕ ที่มี ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นระบบสุขภาพภาคประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมกับหน่วยบริการของภาครัฐอย่างเข้มข้นพร้อมทั้งในปี ๒๕๓๕ ได้ประกาศนโยบาย “ทศวรรษการพัฒนาสถานีนอนามัย ๒๕๓๕-๒๕๔๓” เพื่อเป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งเชื่อมโยงกับ ผสส.และ อสม. ในการผลักดันยุทธศาสตร์สาธารณสุขมูลฐาน ทำให้ “ระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ” เชื่อมต่อกับ “ระบบสุขภาพชุมชน” สร้างระบบสุขภาพที่เข้มแข็งและสามารถลดปัญหาโรคติดต่อที่สำคัญและเพิ่มอายุคาดเฉลี่ยของคนไทยเพิ่มสูงขึ้น

ปรัชญาการสาธารณสุขมูลฐานและการสาธารณสุขปฐมภูมิ เป็นระบบคุณค่า (set of values) หลักการ (Principles) และเป็นวิธีการพัฒนาสุขภาพ (Health Development Approach) ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยที่มีการนำระบบการสาธารณสุขใหม่ (new public health) และการพัฒนาระบบสุขภาพด้วยกระบวนการทางสังคม (social approach in health) มาผสมผสานให้เกิดกระบวนการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในสังคม โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนทุกคนได้รับการยกระดับสุขภาพได้เต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคลที่มีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้า (Health for All) หมายถึงการได้รับบริการและการได้รับการพัฒนาสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันและเป็นธรรม (health equality and equity) ทิศทางเชิงนโยบายที่สะท้อนหลักการ (core principles) ที่เป็นเครื่องชี้นำการพัฒนา ประกอบด้วย หลักที่หนึ่ง หลักความครอบคลุมของบริการ (Universal Coverage) ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพเท่าเทียมกันและมีประสิทธิภาพได้นั้น คนทั้งหมดต้องเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพตามความต้องการและไม่มีข้อจำกัดเรื่องความสามารถในการจ่าย หลักที่สอง หลักประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered Care) ระบบบริการสุขภาพสามารถถูกปรับเปลี่ยนให้ตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยการทำให้จุดบริการผสมผสานเชื่อมโยงเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพชุมชนแบบไร้รอยต่อ จุดยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการรองรับการเชื่อมต่อ (platform) คือ ระบบสุขภาพปฐมภูมิ

หลักที่สาม หลักนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policies) ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่อยู่นอกภาคบริการสาธารณสุข ที่เรียกว่า ปัจจัยกำหนดทางสังคม (social determinants of health) นโยบายและการทำงานของภาคส่วนอื่นๆ เช่น การศึกษา การเมือง ระบบเศรษฐกิจ สังคม ล้วนมีผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งสิ้น การดำเนินนโยบายใดๆ ของรัฐทั้งหมดจึงควรตระหนักถึง ผลกระทบทางสุขภาพในทุกนโยบาย (Health in All Policies) หลักการที่สี่ หลักภาวะการนำ (Leadership) ซึ่งเชื่อว่าระบบสุขภาพจะต้องปรับเปลี่ยนไปสู่ระบบสุขภาพที่เป็นธรรมได้ ต้องการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการสร้างการเปลี่ยนแปลงร่วมกัน มีการกำกับทิศทางนโยบายที่เข้มแข็ง รวมถึงฝ่ายปฏิบัติงาน รวมถึงประชาชนเองที่ต้องเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) ของระบบสุขภาพ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

คำว่า “สาธารณสุขมูลฐาน” (Primary Health Care) มีที่มาจากคำประกาศอัลมา อัลตา โดยองค์การอนามัยโลก เมื่อปี ค.ศ. ๑๙๗๓ (พ.ศ. ๒๕๑๙) มีเจตนาให้มีการขับเคลื่อนชุมชนโลกให้เร่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพในแต่ละประเทศ ซึ่งประเทศสมาชิกได้ลงนามร่วมกัน โดยในประเทศฝั่งยุโรปจะให้ความหมายของคำว่า Primary Health Care เหมือนกับ Primary Care คือบริการด่านแรก หรือบริการระดับปฐมภูมิ ทั้งสองคำจึงมีความหมายถึงการบริการเหมือนกัน

ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขตามแนวทางแบบประเทศทางตะวันตกมากกว่า ๔๐ ปี ในระยะแรกก่อนการประกาศอัลมา อัลตา เน้นการพัฒนาหน่วยบริการพื้นฐาน ได้แก่ สถานีอนามัยและโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น แต่พบว่าประชาชนยังไปใช้บริการของหน่วยบริการน้อย ระยะต่อมาเป็นระยะ ๑๐ ปี แรก หลังประกาศอัลมา อัลตา ประเทศไทยได้เน้นการเพิ่มบทบาทของประชาชนมากขึ้น มีการพัฒนาผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และกลไกการจัดการในชุมชนเพื่อขยายบริการให้เข้าถึงเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้บริการพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขมีความครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งแนวคิดที่เป็นหลักการหรือปรัชญาสำคัญ ในการทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ มีส่วนร่วม การประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ยังคงมีการดำเนินการพัฒนาต่อเนื่องในประเทศไทย ทำให้เห็นถึงวิวัฒนาการของสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย และความเชื่อมโยงสาธารณสุขมูลฐานกับระบบบริการปฐมภูมิ

คำว่า “ระบบบริการปฐมภูมิ” (Primary Care) ตามคำประกาศของ อัลมา อัลตา ปี พ.ศ. ๒๕๒๑ หมายถึง บริการด่านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ และให้มีการจัดบริการในระดับที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ รวมถึงการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยรวม ทั้งปัจจัยทางด้านสังคม และการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคล เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพดีของประชาชน โดยมุ่งหวังให้ระบบบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์รับผิดชอบร่วมด้วยเพื่อสร้างความเข้มแข็งในด้านแรก จึงเป็นที่มาของการบรรจุไว้ในรัฐธรรมนูญ มาตรา ๒๕๘ (ข) กำหนดให้ต้องมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรับผิดชอบประชาชนในขนาดที่เหมาะสม

ระบบบริการปฐมภูมิในเชิงแนวคิดและหลักการ หมายถึง ระบบที่ให้บริการสุขภาพในระดับที่เป็นด่านแรกของระบบบริการสาธารณสุข (First line health care service) ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างต่อเนื่องร่วมกับประชาชน โดยประยุกต์ความรู้ทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์ ในลักษณะผสมผสาน (Integrated) การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพได้อย่างต่อเนื่อง (Continuous) ด้วยแนวคิดแบบองค์รวมให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยมีระบบส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ของประชาชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของตนเอง และสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างสมดุล โดยหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีประชากรที่ขึ้นทะเบียนที่ชัดเจน และรับผิดชอบดูแลประชากรไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ คนต่อหน่วย และหน่วยบริการระดับนี้อาจจัดบริการโดยสถานพยาบาลหน่วยเดียว หรือจัดเป็นเครือข่ายของหน่วยบริการย่อยที่ร่วมกันให้บริการได้

คำว่า “เวชศาสตร์ครอบครัว” (Family Medicine) ความหมายของเวชศาสตร์ครอบครัวเน้นไปที่สาขาวิชาเฉพาะของแพทย์ที่ควบคู่กับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ เช่น อายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ฯลฯ แต่ขณะเดียวกันก็ใช้เรียกงานบริการทางการแพทย์ที่ใช้ศาสตร์วิชาประเภทต่าง ๆ ในลักษณะเดียวกัน นอกจากนี้ ความหมายของเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทย มิได้จำกัดขอบเขตที่ใช้เฉพาะแพทย์ แต่ขยายแนวคิดให้ใช้ได้กับบุคลากรสาธารณสุขสาขาอื่นด้วย เนื่องจากระบบบริการสาธารณสุขยังมีแพทย์ไม่เพียงพอ และเห็นว่าความรู้และศาสตร์วิชานี้ น่าจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรสาธารณสุขทุกกลุ่มที่ทำงานในหน่วยบริการด่านแรก

ความเชื่อมโยงของสาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ครอบครัว

บริการที่ระดับปฐมภูมิเป็นส่วนของระบบบริการที่ควรจะดำเนินงานด้วยบริการที่มีลักษณะเป็นเวชปฏิบัติทั่วไป เวชปฏิบัติครอบครัวเป็นหลัก จึงทำให้มีการใช้คำละกันระหว่างบริการระดับปฐมภูมิกับเวชปฏิบัติครอบครัว แต่ที่มาของคำมีความต่างกัน โดยสรุปว่า บริการระดับปฐมภูมิเป็นการพิจารณาในมุมมองของระดับความซับซ้อนของบริการในระบบบริการสาธารณสุขทั้งหมดที่บริการนี้ต้องรับผิดชอบดูแลสถานะสุขภาพของประชาชนแบบองค์รวม ทุกกลุ่มวัย ทั้งในด้านส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี เป็นหน่วยบริการที่เป็นส่วนเชื่อมต่อระหว่างชุมชนกับสถาบันบริการสุขภาพให้แบบสนธิ ส่งต่อไปรับบริการที่อื่นอย่างเหมาะสม และบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง แต่เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นการพิจารณาจากมุมที่เป็นเนื้อหาของศาสตร์วิชาที่ใช้ในการให้บริการที่ต้องใช้ศาสตร์ความรู้ทางการแพทย์หลายด้าน รวมทั้งศาสตร์ทางด้านสังคมศาสตร์และจิตวิทยาในสัดส่วนที่มากกว่าสาขาอื่น ซึ่งทั้งสองคำนี้มีส่วนที่ซ้อนกันและเสริมกันในการดำเนินการจริงที่ต้องพัฒนาไปควบคู่กัน และทั้งหมดนี้ต่างก็ได้รับแนวคิดหรือหลักการสำคัญของสาธารณสุขมูลฐาน หรือกล่าวได้ว่ามีแนวคิดเดียวกันกับสาธารณสุขมูลฐานตามประกาศอัลมา อันตา โดยองค์การอนามัยโลก

ในปัจจุบัน ประเทศไทยมีการจัดระบบบริการสุขภาพเป็นขั้นๆ หมายถึงในระดับพื้นฐานจะมีหน่วยบริการปฐมภูมิ คือ สถานีอนามัยและส่วนใหญ่ปรับเปลี่ยนไปเป็นชื่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) กระจายทุกพื้นที่ตำบลทุกจังหวัดทั่วประเทศอยู่ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และองค์การบริหารส่วนจังหวัด จำนวน ๙,๗๗๕ แห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล รวมร้อยละ ๙๒.๙๘ ของหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดทั่วประเทศ

สำหรับในพื้นที่เขตเมืองมีศูนย์บริการสาธารณสุข ศูนย์แพทย์ชุมชนของเทศบาล กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัย รวมถึงภาคเอกชน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิที่กระจายทั่วทุกพื้นที่เขตเมือง เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ สถานีอนามัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยบริการสาธารณสุขปฐมภูมิพื้นฐานสำหรับประเทศไทยที่ผสมผสานงานด้านสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ ดำเนินงานในรูปแบบการผสมผสานและเชื่อมโยงบริการกับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) โดยมีหน่วยคู่สัญญาหลัก (Main Contracting Unit Providers) หรือ CUP ทำหน้าที่เป็นองค์กรในการบริหารจัดการการเงินการคลัง บริหารงบประมาณให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ ในฐานะหน่วยคู่สัญญารอง (Sub-contracting Unit) โดยมีนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ และสายงานอื่นร่วมกันให้บริการ ได้แก่ แพทย์แผนไทย และกายภาพบำบัด โดยที่ในบางหน่วยบริการจะมีแพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป ให้บริการแบบเต็มเวลา และบางช่วงเวลาหรือบางวันนอกจากงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคระดับบุคคล กลุ่มประชากรและสิ่งแวดล้อมแล้ว ส่วนใหญ่จัดบริการในลักษณะผู้ป่วยนอก (Extended OPD) ยังไม่มุ่งเน้นการให้บริการในลักษณะการดูแลต่อเนื่อง (Continuity Care) ผสมผสาน (Comprehensive) และเป็นองค์รวม (Holistic Care)

ในส่วนของภาคเอกชน หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นคลินิกที่เป็นอิสระ และบางส่วนเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลเอกชน หน่วยบริการปฐมภูมิภาคเอกชนในจังหวัดนนทบุรี ปัจจุบันมีมิตรไมตรีคลินิก ๒๕ แห่ง บ้านอบอุ่นคลินิก ๗ แห่ง สัมคคีคลินิกเวชกรรมและคลินิกรักษาสุข ๓ แห่ง ส่วนใหญ่มีบทบาทสำคัญเฉพาะการรักษาพยาบาลเป็นหลัก ส่วนบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมียากจำกัด ส่วนใหญ่เปิดทำการเพียงบางเวลาเท่านั้น แต่ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะมีการพัฒนาบริการสาธารณสุขผสมผสานเพิ่มมากขึ้น

ในปี ๒๕๕๗ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายพัฒนาเพื่อยกระดับระบบบริการปฐมภูมิเพื่อดูแลประชาชนทุกครัวเรือนครอบคลุมทุกพื้นที่ด้วย “ทีมหมอครอบครัว” (Family Care Team) ดูแลประชาชนทุกครัวเรือน โดยแบ่งกลุ่มประชากรให้คำปรึกษา ดูแลถึงบ้าน ประสานงานส่งต่อโดยมีทีมแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นที่ปรึกษา จากการประเมินนโยบาย พบว่า ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพเกิดกับกลุ่มเป้าหมายหลักเพิ่มมากขึ้น ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในรูปแบบความเชื่อมโยงการบริการดูแลประชาชนที่ชัดเจนระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลแม่ข่าย และเชื่อมโยงกับภาคสังคมได้แก่ คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board : DHS)

ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ แนวคิดและรูปแบบทีมหมอครอบครัว (FCT) ได้รับการพัฒนาต่อยอดเป็นนโยบาย “คลินิกหมอครอบครัว” (Primary Care Cluster : PCC) เป็นการปรับปรุงรูปแบบการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ภายใต้รัฐธรรมนูญ พ.ศ.๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ข้อ ๕ ที่ระบุว่า “ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม” พร้อมทั้งนำหลักเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine) เป็นแนวคิดหลักเสริมจากระบบบริการปฐมภูมิเดิมที่ใช้แนวคิด ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีการสาธารณสุขสิ่งแวดล้อม และการสาธารณสุขมูลฐาน ที่มีอยู่เป็นฐานเดิม มีการจัดรูปแบบบริการด้วยหลักเกณฑ์ ๑) มีประชากรรับผิดชอบดูแล ๑๐,๐๐ คน (หรือ ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คน (ตามบริบทพื้นที่) ๒) มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานประจำอย่างน้อย ๓ วันทำการ ๓) มีทีมสุขภาพให้บริการหลักประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน ๒ คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๒ คน โดยมีเป้าหมายในการจัดตั้งทีมหมอครอบครัวให้ครอบคลุมคนไทยทุกคน รวม ๖,๕๐๐ ทีม ภายในระยะเวลา ๑๐ ปี แต่ยังคงพบว่ามีรูปแบบบริการของคลินิกหมอครอบครัวบางส่วนยังคงเน้นการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก (Extended OPD) ซึ่งต้องการพัฒนาบริการที่มุ่งเน้นการให้บริการในลักษณะการดูแลต่อเนื่อง (Continuity Care) ผสมผสาน (Comprehensive) และเป็นองค์รวม (Holistic Care) ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวให้เกิดความเข้มแข็งเพิ่มมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม รูปแบบบริการคลินิกหมอครอบครัว ถือเป็นรากฐานสำคัญยิ่งของประเทศไทยนำไปสู่การผลักดันให้มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ เพื่อเป็นฐานสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เกิดความเข้มแข็ง ครอบคลุมประชาชนไทยทุกคนภายใน ๑๐ ปี

แม้ว่าระบบสุขภาพปฐมภูมิจะมีการจัดระบบและดำเนินการครอบคลุมทั่วประเทศในรูปแบบ “หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” และ “เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ” ตาม พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ แต่การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ เผชิญกับความท้าทายจากปัญหาที่สำคัญ คือ

๑) การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเพิ่มขึ้นแต่คุณภาพการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความแตกต่างกัน

๒) การผลิตกระจาย และการธำรงรักษาบุคคลทางด้านแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพยังไม่เพียงพอ

๓) การลงทุนทางสุขภาพกับหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังมีจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับระบบการแพทย์เชี่ยวชาญ

๔) ระบบการจัดการข้อมูลสุขภาพประชาชนในพื้นที่และสังกัดที่แตกต่างกันยังเป็นระบบแยกส่วน

๕) ความท้าทายของปัญหาสุขภาพประชากรและสังคมที่สำคัญ คือ

๕.๑) ความยืนยาวของอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยการมีสุขภาพดีต่ำกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วค่อนข้างมาก

๕.๒) สภาวะความเป็นเมืองที่ส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยแออัด สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมและมลพิษ ภาวะทางสังคมที่แข่งขันเร่งรีบประชาชนมีวิถีชีวิตทางสุขภาพที่ไม่ดี เช่น ขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ไม่สะอาดและด้อยโภชนาการ ความไม่เสมอภาคในการรับบริการสุขภาพ ปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง ภาวะสุขภาพจิต อาชญากรรม ความรุนแรง ยาเสพติด และปัญหาโรคระบาด ฯลฯ

๕.๓) การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยที่ประเทศไทยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับประชากรวัยอื่นๆ รวมกัน อยู่ในอัตราสูง ทำให้ศักยภาพในการผลิตและหารายได้ของประเทศลดต่ำลง ขณะที่ผู้สูงอายุต้องการระบบการดูแลเพิ่มมากขึ้นทั้งการดูแลชีวิตประจำวันภายในครอบครัว การเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นจากความเสื่อมถอยของร่างกาย การจัดบริการสุขภาพรองรับการดูแลสุขภาพในระยะยาว ฯลฯ

๕.๔) ภาวะโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น พบว่า ความชุกของโรคเรื้อรังที่สำคัญ คือ เบาหวาน และความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่า ตรวจพบผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี ขณะที่ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองจนสามารถควบคุมภาวะโรคได้เป็นปกติทำได้เพียงหนึ่งในสี่ของผู้ป่วยทั้งหมด

๕.๕) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพดี และการจัดการสุขภาพของตนเองให้ลดภาวะเสี่ยงจากการเจ็บป่วยและมีสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสม

จังหวัดนนทบุรี เป็นจังหวัดปริมณฑลที่มีบริบทของความเป็นเมืองขนาดใหญ่ มีจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร จำนวน ๑,๓๐๘,๐๙๒ คน ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖ และประชากรแฝงเป็นจำนวนมาก พร้อมปัญหาในทุกมิติของการพัฒนา นับว่าเป็นความท้าทายของหน่วยบริการและระบบบริการสุขภาพปทุมภูมิ ที่จะต้องนำมาออกแบบพัฒนาระบบสุขภาพปทุมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทความท้าทายของปัญหาสุขภาพประชาชนและสังคม

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากบริบทของจังหวัดนนทบุรีดังกล่าว ในการวิเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบสุขภาพปทุมภูมิจังหวัดนนทบุรี ผู้ศึกษาใช้แนวคิด ๗S Model ของ McKinsey's ร่วมกับ SWOT Analysis ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environments Analysis) และการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environments Analysis) โดยใช้ PEST Analysis เป็นกรอบในการวิเคราะห์หาช่องว่าง (GAP Analysis) เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปทุมภูมิจังหวัดนนทบุรีให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ได้ผลการวิเคราะห์ ดังนี้

๑. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environments Analysis)

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environments Analysis) จะมองถึงปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวกับหน่วยงาน โดยใช้ ๗S Model ของ McKinsey โดยประเมินจุดแข็ง(Strengths) และจุดอ่อน (Weakness) ของปัจจัยจำนวน ๗ ด้าน ดังตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal Environments Analysis) การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดนนทบุรี

ปัจจัย	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weakness)
๑.กลยุทธ์ของหน่วยงาน (Strategy)	S๑ มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดระบบสุขภาพปฐมภูมิของหน่วยงาน S๒ มีการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาพที่ดี	W๑ การดำเนินงานและประเมินผลไม่ต่อเนื่องตามที่วางแผนไว้ W๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทเพียงให้การสนับสนุนเท่านั้น ไม่มีหน้าที่ในการจัดบริการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒
๒.โครงสร้างของหน่วยงาน (Structure)	S๓ มีหน่วยงานรับผิดชอบในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล	W๓ เจ้าหน้าที่มีภาระงานและหน้าที่รับผิดชอบหลายงาน ขาดการบูรณาการร่วมกัน
๓.ระบบการปฏิบัติงาน (Systems)	S๔ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุน ผลักดันการดำเนินการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ S๕ มีแผนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน S๖ มีการผ่านมาตรฐานการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ S๗ มีคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดนนทบุรี (ค.ป.ค.ม.) S๘ มีระบบข้อมูลการให้บริการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลจากบ้าน ชุมชน รพ.สต. รพช. และ รพท.	W๔ ขาดการบูรณาการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับองค์การบริหารส่วนจังหวัด W๕ การกำกับติดตามและประเมินผลไม่ต่อเนื่อง W๖ การขอรับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ มีขั้นตอนหลายขั้นตอน W๗ งบประมาณโอนผ่านแม่ข่าย W๘ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของแต่ละพื้นที่ไม่เท่ากัน

ปัจจัย	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weakness)
๔. ลักษณะการทำงาน รูปแบบการบริหาร จัดการ (Styles)	S๙ มีระบบการนิเทศติดตามงานของ กระทรวงสาธารณสุขระดับกระทรวง เขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ S๑๐ มีระบบการทำงานเป็นภาคี เครือข่ายในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	W๙ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรม สนับสนุนบริการสุขภาพ สำนัสนับสนุน ระบบสุขภาพปฐมภูมิ และสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีตัวชี้วัดที่ ไม่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ W๑๐ ขาดการติดต่อสื่อสารประสานงาน และบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงาน อื่นๆ ในพื้นที่
๕. บุคลากร (Staffs)	S๑๑ บุคลากรประกอบด้วย อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว มีความเชี่ยวชาญในการ ให้บริการ	W๑๑ บุคลากรไม่เพียงพอต่อความ ต้องการโดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัว W๑๒ บุคลากรมีภาระงานมากทำให้ไม่ สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ W๑๓ บุคลากรขาดแรงจูงใจ ความก้าวหน้าในอาชีพและค่าตอบแทน
๖. ทักษะ ความรู้ ความสามารถของ บุคลากรในหน่วยงาน (Skills)	S๑๒ บุคลากรมีความรู้ทักษะและความ ชำนาญในหน้าที่ความรับผิดชอบ	W๑๔ การเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่ รับผิดชอบโดยเฉพาะการถ่ายโอนภารกิจ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำให้ขาด การจัดการความรู้ที่เหมาะสม W๑๕ บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจใน บทบาทหน้าที่ในการดำเนินการตาม นโยบาย
๗. ค่านิยมร่วม (Shared value)	S๑๓ มีค่านิยมร่วมและเป้าหมายในการ ทำงานและแก้ไขปัญหาาร่วมกัน	W๑๖ บุคลากรบางส่วนขาดความเข้าใจ ในการปฏิบัติงาน W๑๗ การดำเนินงานตามนโยบาย การแพทย์ปฐมภูมิ มีการยอมรับจาก ประชาชนน้อย W๑๘ กลุ่มเปราะบางมีการเข้าถึงบริการ ทางด้านสุขภาพได้ยาก ไม่ทั่วถึงและไม่ ครอบคลุม

๒. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environments Analysis)

การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environments Analysis) จะมองถึงปัจจัยแวดล้อมภายนอกที่เกี่ยวกับหน่วยงาน โดยประเมินโอกาส (โอกาส (Opportunities) และภาวะคุกคามหรืออุปสรรค (Threats) โดยใช้เครื่องมือในการการวิเคราะห์คือ PEST Analysis ดังตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร (External Environments Analysis)

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ๓ หมอ ในกลุ่มเปราะบางของระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดนนทบุรี

ปัจจัย	โอกาส (Opportunities)	ภาวะคุกคาม (Threats)
๑. ด้านการเมืองและกฎหมาย/กฎระเบียบ (Political and Legal Factors)	๐๑ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐) แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ปี ด้านสาธารณสุข แผนงานการพัฒนา ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ แผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๗๕) ๐๒ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ๐๓ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑	T๑ การเมืองในประเทศยังไม่เสถียรเท่าที่ควร T๒ การจัดสรรงบประมาณแบบแยกส่วนทำให้การทำงานร่วมกันทำได้ยาก T๓ สภาพเศรษฐกิจขาลง
๒. ด้านเศรษฐกิจ (Economic Factors)	๐๔ มีงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข สปสช. พมจ. ก๊าซและมูลนิธิต่างๆ ๐๕ มีงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสนับสนุนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในการดูแลกลุ่มเปราะบาง	
๓. ด้านสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม (Social - Cultural & Environmental Factors)	๐๖ จังหวัดนนทบุรีอยู่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร มีประชากรอยู่อย่างหนาแน่น ๐๗ มีความเจริญทางด้านคมนาคมขนส่ง มีความสะดวกในการเดินทาง ๐๘ ความเป็นสังคมเมือง ที่มีความเจริญของสถานบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ๐๙ มีภาคีเครือข่ายภาคเอกชน	T๔ จำนวนประชากรที่หนาแน่นทำให้บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ T๕ ประชาชนไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพ T๖ ขาดความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว T๗ ครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว T๘ วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันเป็นลักษณะการอยู่โดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น T๙ สังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น

ปัจจัย	โอกาส (Opportunities)	ภาวะคุกคาม (Threats)
	มหาวิทยาลัย ที่มีศักยภาพสูงในการให้บริการด้านสุขภาพ	
๔. ด้านเทคโนโลยี (Technology Factors)	๐๑๐ มีเทคโนโลยีในการจัดบริการที่เหมาะสม (application ๓ หมอรู้จักคุณ และ line)	T๑๐ อสม.หมอ ๑ ขาดทักษะความรู้ความเข้าใจการใช้งาน application SMART อสม. T๑๑ ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น

การวิเคราะห์ปัจจัยและการให้คะแนนเพื่อทำกลยุทธ์

การวิเคราะห์ปัจจัยและการให้คะแนนเพื่อทำกลยุทธ์ โดยให้น้ำหนักความสำคัญแต่ละปัจจัยมีคะแนนรวมแต่ละปัจจัยเท่ากับ ๑ และให้คะแนนประเมินการตอบสนองขององค์กรตั้งแต่ ๑ - ๕ คะแนน เป็นรายปัจจัยย่อย นำผลการวิเคราะห์ที่ให้น้ำหนักความสำคัญคูณกับคะแนนประเมินผลการตอบสนองขององค์กร จะได้คะแนนถ่วงน้ำหนัก ดังตารางที่ ๓ - ๖

ตารางที่ ๓ การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน (จุดแข็ง) และการให้คะแนนเพื่อจัดทำกลยุทธ์

ปัจจัยภายใน จุดแข็ง (Strengths)	น้ำหนัก ความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
S๑ มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัด ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยงาน	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S๒ มีการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาวะที่ดี	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S๓ มีหน่วยงานรับผิดชอบในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
S๔ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุน ผลักดันการดำเนินการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
S๕ มีแผนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน	๐.๐๕	๕	๐.๒๕
S๖ มีการผ่านมาตรฐานการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S๗ มีคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดนนทบุรี (ค.ป.ค.ม.)	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
S๘ มีระบบข้อมูลการให้บริการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลจากบ้าน ชุมชน รพ.สต. รพช. และ รพท.	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
S๙ มีระบบการนิเทศติดตามงานของกระทรวงสาธารณสุขระดับกระทรวง เขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
S๑๐ มีระบบการทำงานเป็นภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและองค์กรปกครองส่วน	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
S๑๑ บุคลากรประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการ	๐.๑๐	๕	๐.๕๐

ปัจจัยภายใน จุดแข็ง (Strengths)	น้ำหนัก ความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
S๑๒ บุคลากรมีความรู้ทักษะและความชำนาญในหน้าที่ความรับผิดชอบ	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
S๑๓ มีค่านิยมร่วมและเป้าหมายในการทำงานและแก้ไขปัญหา ร่วมกัน	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
รวม	๑.๐๐		๔.๕๕

ตารางที่ ๔ การวิเคราะห์ปัจจัยภายใน (จุดอ่อน) และการให้คะแนนเพื่อจัดทำกลยุทธ์

ปัจจัยภายใน จุดอ่อน (Weakness)	น้ำหนัก ความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
W๑ การดำเนินงานและประเมินผลไม่ต่อเนื่องตามที่วางแผนไว้	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
W๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทเพียงให้การสนับสนุนเท่านั้น ไม่มีหน้าที่ในการจัดบริการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๐.๐๕	๕	๐.๒๕
W๓ เจ้าหน้าที่มีภาระงานและหน้าที่รับผิดชอบหลายงาน ขาดการบูรณาการร่วมกัน	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
W๔ ขาดการบูรณาการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
W๕ การกำกับติดตามและประเมินผลไม่ต่อเนื่อง	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
W๖ การขอรับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ มีขั้นตอนหลายขั้นตอน	๐.๐๕	๕	๐.๒๕
W๗ งบประมาณโอนผ่านแม่ข่าย	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
W๘ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของแต่ละพื้นที่ไม่เท่ากัน	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
W๙ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีตัวชี้วัดที่ไม่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่	๐.๐๕	๓	๐.๑๕
W๑๐ ขาดการติดต่อสื่อสารประสานงานและบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
W๑๑ บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการโดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
W๑๒ บุคลากรมีภาระงานมากทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
W๑๓ บุคลากรขาดแรงจูงใจ ความก้าวหน้าในอาชีพและค่าตอบแทน	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
W๑๔ การเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่รับผิดชอบโดยเฉพาะการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ขาดการจัดการความรู้ที่เหมาะสม	๐.๐๕	๔	๐.๒๐

ปัจจัยภายใน จุดอ่อน (Weakness)	น้ำหนัก ความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
W๑๕ บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการตามนโยบาย	๐.๐๕	๕	๐.๒๐
W๑๖ บุคลากรบางส่วนขาดความเข้าใจในการปฏิบัติงาน	๐.๐๕	๕	๐.๒๐
W๑๗ การดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกคนรอบครมีหมอประจำตัว ๓ คน ขาดการยอมรับจากภาคประชาชน	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
W๑๘ กลุ่มเปราะบางมีการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ยาก ไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุม	๐.๐๕	๕	๐.๒๐
รวม	๑.๐๐		๔.๐๕

ตารางที่ ๕ การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (โอกาส) และการให้คะแนนเพื่อจัดทำกลยุทธ์

ปัจจัยภายนอก โอกาส (Opportunities)	น้ำหนัก ความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
O๑ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐) แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ปี ด้านสาธารณสุข แผนงานการพัฒนา ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ แผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๗๕)	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
O๒ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
O๓ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
O๔ มีงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข สปสช. พมจ. กาชาดและมูลนิธิต่างๆ	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
O๕ มีงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น สนับสนุนการดำเนินงาน ๓ หมอดูแลกลุ่มเปราะบาง	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
O๖ จังหวัดนนทบุรีอยู่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร มีประชากรอยู่อย่างหนาแน่น	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
O๗ มีความเจริญทางด้านคมนาคมขนส่ง มีความสะดวกในการ เดินทาง	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
O๘ ความเป็นสังคมเมือง ที่มีความเจริญของสถานบริการสุขภาพ เพิ่มขึ้น	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
O๙ มีภาคีเครือข่ายภาคเอกชน มหาวิทยาลัย ที่มีศักยภาพสูงใน การให้บริการด้านสุขภาพ	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
O๑๐ มีเทคโนโลยีในการจัดบริการที่เหมาะสม (application ๓ หมอรู้จักคุณ และ line)	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
รวม	๑.๐๐		๔.๘๐

ตารางที่ ๖ การวิเคราะห์ปัจจัยภายนอก (ภาวะคุกคาม) และการให้คะแนนเพื่อจัดทำกลยุทธ์

ปัจจัยภายนอก ภาวะคุกคาม (Threats)	น้ำหนัก ความสำคัญ	คะแนนถ่วงน้ำหนัก	
		ประเมิน	ถ่วงน้ำหนัก
T๑ การเมืองในประเทศยังไม่เสถียรเท่าที่ควร	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
T๒ การจัดสรรงบประมาณแบบแยกส่วนทำให้การทำงานร่วมกันทำได้ยาก	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
T๓ สภาพเศรษฐกิจขาลง	๐.๐๕	๔	๐.๒๐
T๔ จำนวนประชากรที่หนาแน่นทำให้บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
T๕ ประชาชนไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพ	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
T๖ ขาดความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว	๐.๑๐	๕	๐.๕๐
T๗ ครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
T๘ วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันเป็นลักษณะการอยู่โดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
T๙ สังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น	๐.๑๐	๓	๐.๓๐
T๑๐ อสม.หมอ ๑ ขาดทักษะความรู้ ความเข้าใจการใช้งาน application SMART อสม.	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
T๑๑ ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น	๐.๑๐	๔	๐.๔๐
รวม	๑.๐๐		๔.๐๐

จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก โดยการให้น้ำหนักความสำคัญและให้คะแนนประเมินผลการตอบสนองขององค์กร เพื่อจัดทำกลยุทธ์การดำเนินงานการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดนนทบุรี ได้คะแนนถ่วงน้ำหนัก ดังนี้

จุดแข็ง (Strengths)	เท่ากับ	๔.๕๕
จุดอ่อน (Weakness)	เท่ากับ	๔.๐๕
โอกาส (Opportunities)	เท่ากับ	๔.๘๐
ภาวะคุกคาม (Threats)	เท่ากับ	๔.๐๐

การวิเคราะห์องค์กรและการกำหนดกลยุทธ์

จากผลการวิเคราะห์ SWOT Analysis พบว่า ปัจจัยภายในมีจุดแข็งมากกว่าจุดอ่อนและปัจจัยภายนอก มีโอกาสมากกว่าภาวะคุกคาม จึงกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดนนทบุรี โดยใช้จุดแข็งสร้างโอกาสใหม่ในการดำเนินงานการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดนนทบุรี จากนั้นนำข้อมูลมาใส่ตารางวิเคราะห์ TOW MATRIX เพื่อกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ดังตารางที่ ๗

ตารางที่ ๗ การวิเคราะห์ TOW MATRIX เพื่อกำหนดกลยุทธ์

ปัจจัยภายใน	จุดแข็ง (Strengths)	จุดอ่อน (Weakness)
	S๑ มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัด ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ของหน่วยงาน S๒ มีการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์เสริมสร้างให้คนมีสุขภาวะที่ดี S๓ มีหน่วยงานรับผิดชอบในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล S๔ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุน ผลักดันการดำเนินการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ S๕ มีแผนการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิที่ชัดเจน S๖ มีการผ่านมาตรฐานการควบคุมคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ S๗ มีคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดนนทบุรี (ค.ป.ค.ม.) S๘ มีระบบข้อมูลการให้บริการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลจากบ้าน ชุมชน รพ.สต. รพช. และ รพท. S๙ มีระบบการนิเทศติดตามงานของกระทรวงสาธารณสุขระดับกระทรวง เขตสุขภาพ จังหวัด และอำเภอ S๑๐ มีระบบการทำงานเป็นภาคีเครือข่ายในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและองค์กรปกครองส่วน S๑๑ บุคลากรประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีความเชี่ยวชาญในการให้บริการ S๑๒ บุคลากรมีความรู้ทักษะและความชำนาญในหน้าที่ความรับผิดชอบ S๑๓ มีค่านิยมร่วมและเป้าหมายในการทำงาน และแก้ไขปัญหาร่วมกัน	W๑ การดำเนินงานและประเมินผลไม่ต่อเนื่องตามที่วางแผนไว้ W๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีบทบาทเพียงให้การสนับสนุนเท่านั้น ไม่มีหน้าที่ในการจัดการตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ W๓ เจ้าหน้าที่มีภาระงานและหน้าที่รับผิดชอบหลายงาน ขาดการบูรณาการร่วมกัน W๔ ขาดการบูรณาการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น W๕ การกำกับติดตามและประเมินผลไม่ต่อเนื่อง W๖ การขอรับงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ มีขั้นตอนหลายขั้นตอน W๗ งบประมาณโอนผ่านแม่ข่าย W๘ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของแต่ละพื้นที่ไม่เท่ากัน W๙ กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีตัวชี้วัดที่ไม่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ W๑๐ ขาดการติดต่อสื่อสารประสานงานและบูรณาการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ W๑๑ บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ โดยเฉพาะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว W๑๒ บุคลากรมีภาระงานมากทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เต็มศักยภาพ W๑๓ บุคลากรขาดแรงจูงใจ ความก้าวหน้าในอาชีพและค่าตอบแทน W๑๔ การเปลี่ยนแปลงบุคลากรที่รับผิดชอบ โดยเฉพาะการถ่ายโอนภารกิจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ขาดการจัดการความรู้ที่เหมาะสม W๑๕ บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ในการดำเนินการตามนโยบายคนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว ๓ คน W๑๖ บุคลากรบางส่วนขาดความเข้าใจในการปฏิบัติงาน W๑๗ การดำเนินงานตามนโยบายคนไทยทุกคนมีหมอประจำตัว ๓ คน ขาดการยอมรับจากภาคประชาชน W๑๘ กลุ่มประชาชนมีการเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพได้ยาก ไม่ทั่วถึงและไม่ครอบคลุม

ปัจจัยภายนอก		
โอกาส (Opportunities)	S-O Strategies	W-O Strategies
๐๑ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐) แผนยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ปี ด้านสาธารณสุข แผนงานการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ แผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ.๒๕๖๔-๒๕๗๕)" ๐๒ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ๐๓ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ๐๔ มีงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข สปสช. พมจ. กาชชาตและมูลนิธิต่างๆ ๐๕ มีงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นสนับสนุนการดำเนินงาน ๓ หมอดูแลกลุ่มเปราะบาง "๐๖ จังหวัดนนทบุรีอยู่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร มีประชากรอยู่อย่างหนาแน่น" ๐๗ มีความเจริญทางด้านคมนาคมขนส่ง มีความสะดวกในการเดินทาง ๐๘ ความเป็นสังคมเมือง ที่มีความเจริญของสถานบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ๐๙ มีภาคีเครือข่ายภาคเอกชน มหาวิทยาลัย ที่มีศักยภาพสูงในการให้บริการด้านสุขภาพ ๐๑๐ มีเทคโนโลยีในการจัดบริการที่เหมาะสม (application ๓ หมอรู้จักคุณ และ line)	กลยุทธ์เชิงรุก ๑. เพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิให้เข้าถึงชุมชน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนตามบริบทของพื้นที่ S๑ S๒ S๓ S๔ S๕ S๖ S๗ S๘ S๙ S๑๐ S๑๑ S๑๒ S๑๓ O๑ O๒ O๓ O๔ O๕ O๖ O๗ O๘ O๙ O๑๐	กลยุทธ์เชิงแก้ไข ๒. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการทำงานร่วมกันแบบมีส่วนร่วม W๑ W๓ W๔ W ๕ W๖ W๗ W๘ W๙ W๑๐ W๑๑ W๑๒ W๑๓ O๒ O๔ O๕ O๙ O๑๐
ภาวะคุกคาม (Threats)	S-T Strategies	W-T Strategies
T๑ การเมืองในประเทศยังไม่เสถียรเท่าที่ควร T๒ การจัดสรรงบประมาณแบบแยกส่วนทำให้การทำงานร่วมกันทำได้ยาก T๓ สภาพเศรษฐกิจขาลง T๔ จำนวนประชากรที่หนาแน่นทำให้บุคลากรไม่เพียงพอต่อความต้องการ T๕ ประชาชนไม่ให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพ T๖ ขาดความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว T๗ ครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว T๘ วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันเป็นลักษณะการอยู่โดดเดี่ยวเพิ่มขึ้น T๙ สังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น T๑๐ อสม.หมอ ๑ ขาดทักษะความรู้ ความเข้าใจการใช้งาน application SMART อสม. T๑๑ ประชาชนเข้าถึงเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น	กลยุทธ์เชิงป้องกัน ๓. พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ S๒ S๓ S๔ S๕ S๑๐ S๑๑ S๑๒ S๑๓ T๒ T๔ T๕ T๖ T๗ T๘ T๙ T๑๐ T๑๑	กลยุทธ์เชิงรับ ๔.พัฒนาช่องทางสื่อสาร สร้างการรับรู้และความสัมพันธ์ มีช่องทางติดต่อ และจุดบริการกับประชาชน W๔ W๑๔ W๑๕ W๑๗ W๑๘ T๖ T๗ T๘ T๙ T๑๐ T๑๑

การจัดลำดับความสำคัญของกลยุทธ์ เพื่อดำเนินการพัฒนาและแก้ไขปัญหา

จากการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอกเกี่ยวกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดนนทบุรี ด้วยการทำ SWOT Analysis และการวิเคราะห์ TOWS MATRIX ประเมินสภาพแวดล้อมภายในและสภาพแวดล้อมภายนอก โดยการนำจุดแข็ง จุดอ่อน ซึ่งเป็นปัจจัยภายในมาเปรียบเทียบกับโอกาสและภาวะคุกคาม ซึ่งเป็นปัจจัยภายนอก เพื่อกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดนนทบุรี ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนี้

กลยุทธ์เชิงรุก

๑. เพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิให้เข้าถึงชุมชน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนตามบริบทของพื้นที่

กลยุทธ์เชิงแก้ไข

๒. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการทำงานร่วมกันแบบมีส่วนร่วม

กลยุทธ์เชิงป้องกัน

๓. พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

กลยุทธ์เชิงรับ

๔. พัฒนาช่องทางการสื่อสาร สร้างการรับรู้ และความสัมพันธ์ มีช่องทางการติดต่อ และจุดบริการกับประชาชน

ข้อเสนอ

การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของจังหวัดนนทบุรี ยึดหลักการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพดี มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ สามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ดี และคุณภาพชีวิตที่ดี

หลักการดำเนินงาน

๑. หลักกฎหมาย : เป็นไปตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑

๒. หลักวิชาการ : ยึดหลัก ๑A๔C คือ Accessibility, Continuity, Comprehensiveness, Coordination, Community participation

๓. หลักบริหารจัดการ : เชื่อมโยงหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ กับ ระบบโรงพยาบาล โดย

๑) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ควรทำงาน ๒ แห่ง ทั้งโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ และ ๒) ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC : Continuity of Care) เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และการได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลอย่างไร้รอยต่อ

มาตรการในการดำเนินงาน

๑. พัฒนากลไกการดำเนินงานปฐมภูมิ เช่น -พัฒนาระบบฐานข้อมูล (แพทย์/ปชช./HIE/PHR และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชน)

๒. พัฒนากำลังคนในระบบปฐมภูมิ ได้แก่ ๑) การจัดตั้งสถาบันหลักและสถาบันสทบของศูนย์เรียนรู้ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ๒) สนับสนุนการพัฒนาแพทย์/ทีมผู้ให้บริการด้านเวชศาสตร์ครอบครัว ๓) พัฒนาศักยภาพ อสม./อสค. ๔) พัฒนาศักยภาพทีมเลขา พชอ.

๓. พัฒนาศักยภาพระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ ๑) พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖ ๒) พัฒนาคุณภาพ : UCCARE -๓) พัฒนาและเชื่อมโยงระบบส่งต่อ

๔. สร้างและสนับสนุนการมีส่วนร่วม ได้แก่ สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย-การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ จัดบริการและความรู้แก่ประชาชน

เป้าหมายของการพัฒนา

๑. ระบบสุขภาพปฐมภูมิมีกว้างไกลและกระบวนการในการประสานความร่วมมือเพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ ในลักษณะการดูแลต่อเนื่อง (Continuity Care) ผสมผสาน (Comprehensive) และเป็นองค์รวม (Holistic Care)

๒. การจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิมียุทธศาสตร์ ตามมาตรฐาน เป็นที่เชื่อมั่น และศรัทธา

๓. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการพัฒนาและจัดระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๔. ประชาชนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และมีสุขภาวะที่ดีอย่างยั่งยืน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

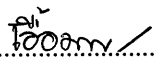
๑. มีระบบการบริหารจัดการและรูปแบบการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่เหมาะสมกับพื้นที่จังหวัดนนทบุรี โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจังหวัดนนทบุรีภายใต้บริบทของพื้นที่

๒. มีการบูรณาการการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

๓. ประชาชนเกิดความตระหนักรู้และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละ ๘๐ ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพตามมาตรฐานการบริการสุขภาพปฐมภูมิ
๒. ร้อยละ ๘๐ ของประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน
๓. ร้อยละ ๖๐ ของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ผ่านการอบรมวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
๔. ร้อยละ ๙๐ ของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

(ลงชื่อ) 

(นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

(วันที่) ๑๙ ธันวาคม ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน