

# การขับเคลื่อน

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.)

District Health System (DHS)

ฉบับประเทศไทย



กระทรวงสาธารณสุข  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

# การขับเคลื่อน ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย



# การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.)

## District Health System (DHS)

### ฉบับประเทศไทย

จัดพิมพ์และเผยแพร่	สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
พิมพ์ครั้งที่ 1	30 กันยายน 2557
จำนวนพิมพ์	5,000 เล่ม
ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ นายแพทย์อนุวัฒน์ ศุภชุตikul นายแพทย์ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชากร นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์ นายแพทย์ชูชัย ศรชำนิ นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ นายแพทย์ชาญวิทย์ วสันต์ธนารัตน์ นายแพทย์ธงชัย เลิศวิไลรัตนพงศ์ นายแพทย์ชาญชัย จันทรรวงชัยกุล
บรรณาธิการ	นายแพทย์เดชา แซ่หลี นายแพทย์สิริชัย นามทรงศนีย์ ดร.ชิตสุรางค์ ทิพย์เที่ยงแท้ นางทัศนีย์ สุมามาลย์ นางชาลีมาศ ดันสุเทพวิรวงศ์ นางทัศนีย์ ญาณะ
กองบรรณาธิการ	กองบรรณาธิการ รายชื่อแนบท้าย ลิขสิทธิ์ของสำนักบริหารการสาธารณสุข



# ดำนนำ...

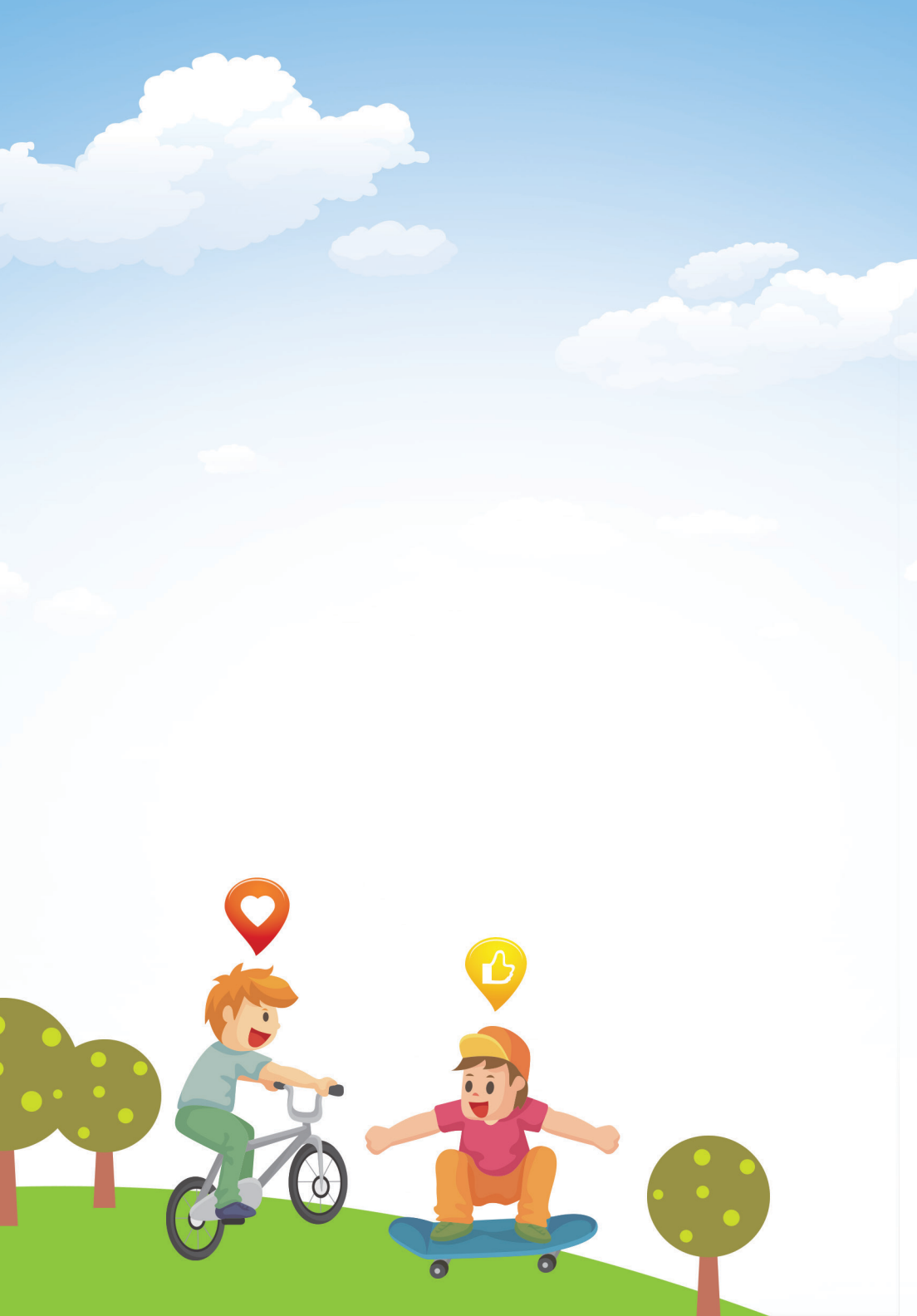
กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะขับเคลื่อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ของกระทรวงสาธารณสุข “ภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างยั่งยืน” ผ่านแผนแม่บทการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พร้อมทั้งส่งเสริมและสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนด้วยกลไก ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS : District Health System) ให้เข้มแข็งครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศไทย เปรียบเสมือนเป็นป้อมปราการด่านหน้าที่ยิ่งใหญ่ ในการป้องกันโรค และสร้างเสริมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย ลดความเจ็บป่วยทุกข์ทรมานไปสู่การมีสุขภาพที่ดี และพึ่งพาตนเอง ด้วยความร่วมมือร่วมใจ ประสานพลังของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ

สำนักบริหารการสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการถอดบทเรียนการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา และได้จัดทำเป็นหนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) ฉบับประเทศไทย เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันและสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อสุขภาวะของประชาชนต่อไป

สำนักบริหารการสาธารณสุข

30 กันยายน 2557





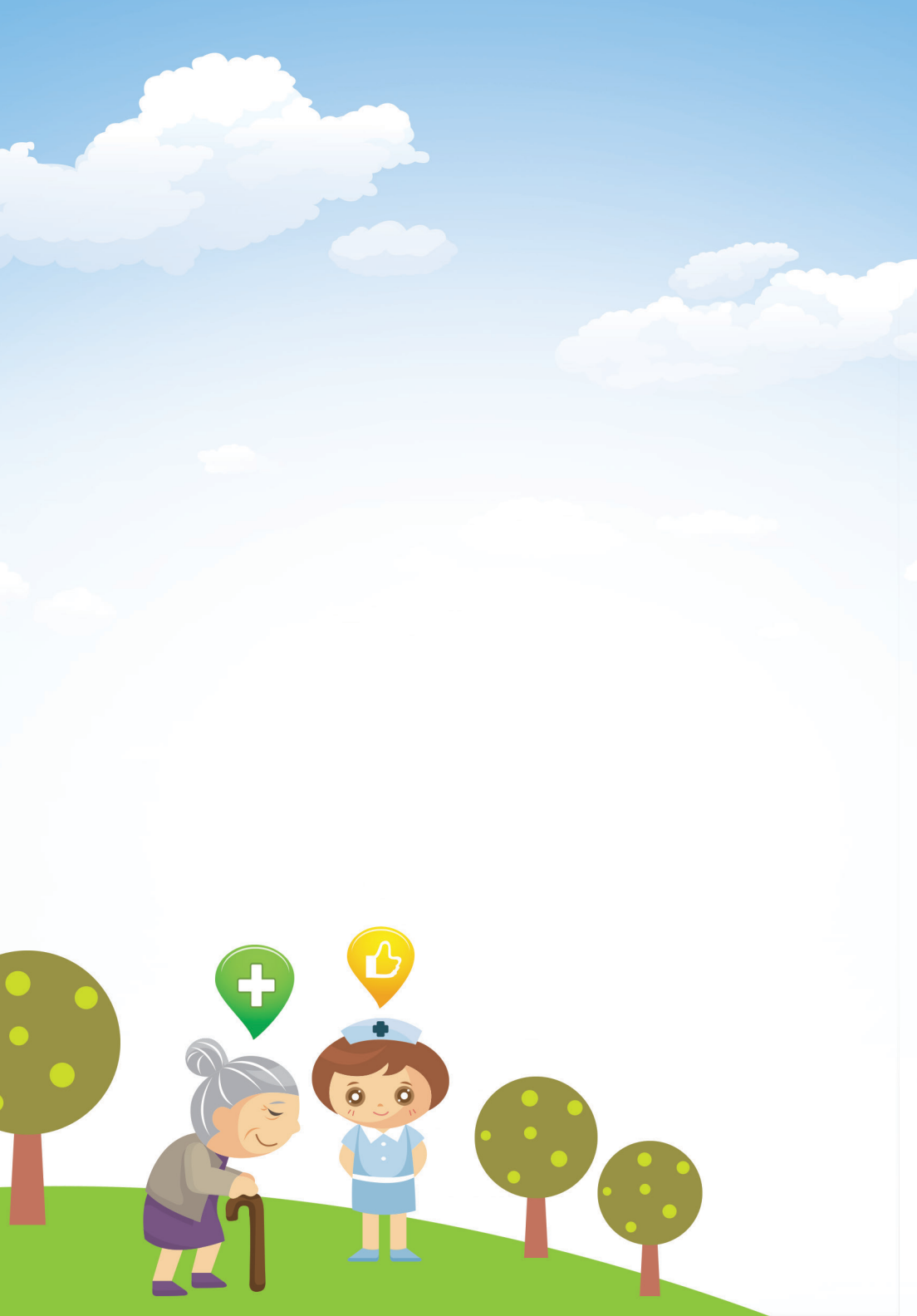
# สารบัญ...

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.)	1
ทำไมต้องเน้นการพัฒนาสุขภาพที่ระดับอำเภอ	4
เป้าหมาย (Purpose)	4
กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (Conceptual Framework)	5
หลักการดำเนินงานของระบบสุขภาพระดับอำเภอ	6
“DHS & PCA เป้าหมายเดียวกัน”	7
คำถามที่พบบ่อย	11

## ภาคผนวก

แนวทางการทบทวน ประเมิน เพื่อการพัฒนาต่อยอด DHS – PCA	16
เกณฑ์การพัฒนา DHS และระดับคะแนน ตามแนวทาง U-CARE	18
กองบรรณาธิการ	26





# การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.)

## ฉบับประเทศไทย

### ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.) District Health System (DHS)

คือระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชม และการจัดการความรู้ ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน

*ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ* หมายถึง การทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนที่มีลักษณะซับซ้อน มีความสัมพันธ์สามารถประสานและเชื่อมโยงเข้ากันได้โดยมีเป้าหมายเดียวกัน

*ทุกภาคส่วน* หมายถึง องค์กรภาคีในพื้นที่ อาทิ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) วัด โรงเรียน หน่วยงานเอกชน ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม เป็นต้น

*การบูรณาการทรัพยากร* หมายถึง การจัดการและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูล สารสนเทศ และเทคโนโลยีร่วมกับองค์กรภาคีต่างๆ ในพื้นที่ตามสภาพปัญหา





บริบท จำแนกเป็นบริบทชุมชน และบริบทองค์กร

1. **บริบทชุมชน**: เชื่อมโยงกับความจำเป็นด้านสุขภาพและการจัดบริการ ทั้งปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต

1) สภาพทางกายภาพและสังคมของชุมชน และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง เช่น ความเป็นชุมชนเมือง ชุมชนกึ่งชนบทกึ่งเมือง การประกอบอาชีพ พฤติกรรม การกินการอยู่ การเลี้ยงดูบุตรหลาน ฯลฯ ซึ่งส่งผลต่อ “ปัญหา ความจำเป็น ความต้องการด้านสุขภาพ” ของผู้คนในชุมชน ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในอนาคต

2) ศักยภาพของผู้นำชุมชน ในการจัดการกับ “ปัญหา ความจำเป็น ความต้องการด้านสุขภาพ” ของผู้คนในชุมชน

3) ทุนทางสังคม ศักยภาพ ความพร้อมของชุมชนในการจัดการกับ “ปัญหาความจำเป็น ความต้องการด้านสุขภาพ” ของผู้คนในชุมชน เช่น ภูมิปัญญา ความคิด ความเชื่อ ทรัพยากร องค์กร กลุ่มคน การจัดการ ระบบ ที่มีอยู่ในชุมชน ฯลฯ

2. **บริบทองค์กร**: สภาพพื้นฐานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและระบบบริการปฐมภูมิ สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมในการจัดบริการเพื่อตอบสนอง ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน



กลุ่มเป้าหมายสำคัญ และโจทย์หลักของพื้นที่ ของเครือข่ายสุขภาพพระดัมอำเภอ และแต่ละ รพ.สต.

1) โครงสร้างและลักษณะการบริหารจัดการร่วมกันเป็นเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการพัฒนาคน และ พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

2) ลักษณะหน่วยบริการ เช่น ภาระงาน จำนวนประชากรแยกตามกลุ่มอายุ ภาระโรค

3) ความพร้อมของทรัพยากร คน เงิน ความรู้ การใช้ประโยชน์ข้อมูลในการจัดการและให้บริการปฐมภูมิ

4) ภาวะการนำองค์กร ทีม การเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง การออกแบบระบบงาน วัฒนธรรมองค์กร

*กระบวนการชื่นชม* หมายถึง วิธีการ ขั้นตอน หรือกรรมวิธี เพื่อสร้างความปิติ ยินดี และให้คุณค่าต่อการดำเนินงานระบบสุขภาพพระดัมอำเภอ

*การจัดการความรู้* หมายถึง การรวบรวม สร้าง จัดระเบียบ แลกเปลี่ยน และประยุกต์ใช้ความรู้จากการเรียนรู้ และการปฏิบัติ โดยพัฒนาระบบจากข้อมูลไปสู่ สารสนเทศ เพื่อให้เกิดความรู้และปัญญา รวมทั้งเพื่อประโยชน์ในการนำไปใช้ เกิดการเรียนรู้ขยายผลได้

*การพึ่งตนเอง* หมายถึง ความสามารถในการดำรงตนอยู่ได้อย่างอิสระ มั่นคง สมบูรณ์ ซึ่งการพึ่งตนเองได้นั้น มีทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

*สุขภาพ* หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา



# ทำไมต้องเน้น ??

## การพัฒนาระบบสุขภาพที่ระดับอำเภอ

เพราะ เป็นระดับที่เหมาะสมที่สุดในปัจจุบัน กล่าวคือ

1. สามารถเชื่อมต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจากนโยบายสู่การปฏิบัติ ซึ่งระดับอำเภอมีความใกล้ชิดมากพอต่อการรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการ และความจำเป็นในพื้นที่ (local needs) โดยสามารถกำหนดนโยบาย วางแผนการพัฒนาทั้งอำเภอได้อย่างเหมาะสม
2. สามารถประสานงานและกระจายทรัพยากรในส่วนบุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ การสนับสนุนทางวิชาการ การจัดการและใช้ประโยชน์ระบบข้อมูลร่วมกับองค์กรภาคีในพื้นที่อย่างครอบคลุมและเป็นธรรมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่
3. สามารถบูรณาการของทุกภาคส่วนเพื่อการพัฒนาทั้งในเชิงบริหารจัดการ บริการสุขภาพและสังคมได้อย่างเป็นระบบ

## เป้าหมาย (Purpose)...

1. ทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น สามารถพึ่งตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเพิ่มมากขึ้นและชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน
2. สถานะสุขภาพ (health status) ของประชาชนในอำเภอดีขึ้น สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และมีศักยภาพพอที่จะเผชิญกับปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป
3. เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง มีพลังในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะในอำเภอ และพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น
4. ทำให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน



## กรอบแนวคิดของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (Conceptual Framework)



ระบบสุขภาพชุมชน



## หลักการดำเนินงาน... ของระบบสุขภาพระดับอำเภอ

1. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team) ของภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้ความสำคัญกับ working relationship คือ ความสัมพันธ์ที่นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน มีการกำหนด ผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนและกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานอย่างชัดเจน และมีการบริหารจัดการที่ดี (Good governance)

2. การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน (Community participation) เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา (ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล) โดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับการพึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และไม่ทอดทิ้งกัน

3. การทำงานจนเกิดคุณค่า ทั้งกับผู้รับบริการ และผู้ให้บริการเอง (Appreciation and Quality) คุณค่าที่สำคัญของการบริการปฐมภูมิ เป็นคุณค่าที่เกิดขึ้นทั้งฝ่ายผู้ให้บริการและผู้รับบริการ การสร้างคุณค่าทำได้หลากหลายวิธี เช่น การพัฒนาคุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยไม่มุ่งดูรายได้ต่อความทุกข์ของผู้ป่วย การพัฒนาคุณภาพไม่เน้นที่เชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว แต่ต้องเน้นที่เนื้อหาและคุณภาพบริการที่ประชาชนได้รับร่วมด้วย จึงเป็นการสร้างคุณค่าให้เกิดขึ้น เป็นเหมือนน้ำหล่อเลี้ยงจิตใจให้เข้มแข็ง เกิดกำลังใจ เป็นความสุข และทำให้เกิดพลังที่จะก้าวเดินไปข้างหน้า ขณะเดียวกันผู้รับบริการและประชาชนก็มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

4. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) โดยให้ความสำคัญกับการระดมทรัพยากรมาใช้ร่วมกันภายใต้การบริหารจัดการที่ดีและมีการแบ่งปันทรัพยากรทั้งคน เงิน



เครื่องมือ ความรู้ เทคโนโลยี และฐานข้อมูล เพื่อใช้ในการกิจทางสุขภาพ ส่วนการพัฒนาบุคลากร ให้ความสำคัญกับการพัฒนาโดยวิเคราะห์ส่วนขาด และเติมเต็มตามสภาพปัญหาและความต้องการทั้งของบุคคลและหน่วยงาน รูปแบบการพัฒนาทำได้หลากหลายวิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม การดูงาน การใช้ระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

5. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care) เน้นการจัดการปัญหาสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาของประชาชนในพื้นที่ สอดคล้องตาม บริบทและวัฒนธรรม รวมทั้งสภาพปัญหาสุขภาพครอบคลุมทั้งด้าน การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ตามหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (1A4C) คือการเข้าถึงบริการ (Accessibility) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (Continuity) การเชื่อมโยงประสาน (Coordination) การให้บริการ แบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensiveness) และชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation)

## “DHS & PCA เป้าหมายเดียวกัน”

### เป้าหมายเดียวกัน

ทั้ง PCA และ DHS ต่างก็มีเป้าหมายเดียวกัน คือ มุ่งหวังให้เกิด การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการจัดการในรูปแบบของ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาล, สาธารณสุขอำเภอ, เครือข่ายรพ.สต. และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในระดับ อำเภอ ตลอดจนให้ประชาชน ชุมชนมีส่วนร่วมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เสริมศักยภาพ การดูแลตนเองของประชาชนและชุมชน นำไปสู่ระบบ การดูแลสุขภาพเพื่อสุขภาวะที่สอดคล้องกับความต้องการของประชาชน ภายใต้บริบทที่เฉพาะนั้นๆ



## แนวคิด PCA

PCA ใช้กรอบแนวคิดการจัดการคุณภาพองค์กรของ Malcolm Baldrige โดยเน้นประเมินเครือข่ายบริการปฐมภูมิดังภาพที่ 1



จากภาพกรอบแนวคิด จะเห็นว่าบริบท (Context) และหมวด 4 การวัด วิเคราะห์ข้อมูลและการจัดการความรู้ อยู่ในตำแหน่งด้านบนและด้านล่างของโมเดลตามลำดับซึ่งเป็นการบ่งบอกให้ทราบว่า ทุกๆหมวดในโมเดลล้วนต้องออกแบบการดำเนินการภายใต้ข้อมูลที่เป็นจริง (Evidence Based) เพื่อออกแบบและวิเคราะห์การดำเนินงานพัฒนาของแต่ละเครือข่ายบริการปฐมภูมิว่าเหมาะสม สอดคล้องกับบริบท (Context) และพันธกิจหลักของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอหรือไม่ ข้อมูลจริงในที่นี่ไม่ได้หมายถึงเฉพาะข้อมูลที่เป็นเชิงปริมาณ แต่รวมถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอไม่ว่าจะเป็นความต้องการ ความผาสุกที่แท้จริงของทั้งผู้รับบริการ ประชาชน ชุมชน และคนทำงาน



PCA จึงเน้นให้เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเกิดการเรียนรู้ และหันมาทบทวนตัวเองอย่างมีแนวทาง (Approach), ดำเนินการอย่างเป็นระบบ (Deployed), มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Learning) อย่างบูรณาการให้มีความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Integration) เกิดรูปแบบการอยู่ร่วมกันของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งโรงพยาบาล, สาธารณสุขอำเภอ, เครือข่ายรพ.สต. และในระดับอำเภอ อย่างเกื้อกูล (Ecosystem) นั่นคือ แต่ละภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการดำเนินการให้ประชาชนมีสุขภาวะและได้ใช้ศักยภาพของแต่ละภาคส่วนอย่างเต็มที่และเกิดประโยชน์สูงสุด

## แนวคิด DHS

DHS เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชม และการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้ง โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชนผ่านโครงการ ODOP (One District One Project) เพื่อเป็นการกระตุ้นและเสริมแรงให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยใช้แนวทาง U-CARE

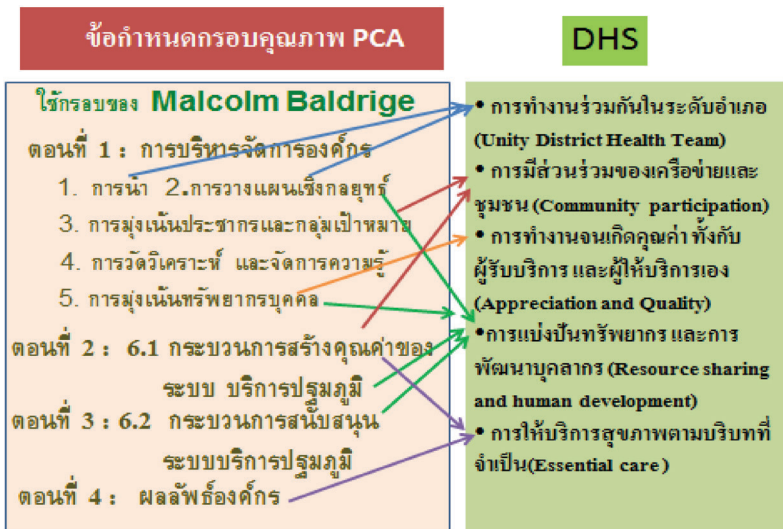
### ตารางสรุป ความเชื่อมโยง PCA & DHS

PCA	DHS
เป้าหมาย คือ พัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชน ที่สอดคล้องกับความต้องการ และบริบท เสริมศักยภาพ การดูแลตนเอง และเสริมศักยภาพชุมชน ในการจัดการสุขภาพ	
การจัดการด้วยทีมร่วมระหว่าง โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เครือข่ายรพ.สต. และภาคี	
ระบบทบทวนคุณภาพ และการให้รางวัล	การขับเคลื่อน พัฒนาคุณภาพ
การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และการจัดการสนับสนุนระดับอำเภอ	การจัดการเครือข่ายสุขภาพทั้งอำเภอ และบทบาทโรงพยาบาล ร่วมกับภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนบริการสุขภาพ
สนับสนุน เสริมให้มีการเรียนรู้ พัฒนาต่อเนื่อง ในการจัดการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบท และชุมชน (context base , CQI)	เสริมคุณค่าการทำงาน การจัดการบริการจำเป็นตามบริบท (Appreciation & essential care)
การให้ประชาชน ชุมชน มีส่วนร่วม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน	





## ตารางแสดงการเปรียบเทียบระหว่าง PCA และ DHS



กล่าวโดยสรุปทั้ง PCA และ DHS ต่างมีเป้าหมายเดียวกัน และให้ความสำคัญกับการดำเนินการและการพัฒนาตามบริบทขององค์กร และบริบทของชุมชน ภายใต้กลไกที่แตกต่างกัน PCA ใช้กลไกให้องค์กรเกิดการทบทวน เรียนรู้ มองเห็นตัวเอง เพื่อการดำรงอยู่ร่วมอย่างเกื้อกูลกับทุกภาคส่วนในอำเภอ ส่วน DHS ใช้กลไกเสริมคุณค่าการทำงานของคนทำงานภายใต้หลักการของ UCARE และหากต้องการให้เกิดระบบคุณภาพปฐมภูมิในบริบทของระดับอำเภอ DHS-PCA จึงเป็นเครื่องมือที่ทำนายของระบบการพัฒนาคุณภาพที่แท้จริงและมุ่งสู่กระบวนการอย่างมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการของประชาชน โดยการพัฒนาต่อยอดในอนาคตมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น เช่น เมื่อการพัฒนาภายใต้แนวทางการทบทวน ประเมิน เพื่อการพัฒนาต่อยอด DHS – PCA จนระดับคะแนนตามแนวทาง U-CARE ในทุกประเด็นได้ในระดับ 2.5 หรือ 3 จะสามารถต่อยอด โดยขอการประเมินPCA มาที่ทีมประเมินภายนอก เพื่อประเมินให้ได้รางวัล ต่อไป



# คำถามที่พบบ่อย...

## 1. ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS/รสอ.) แตกต่างจาก คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) อย่างไร

ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS/รสอ.)	คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)
โครงสร้างของ รสอ. เกิดจากการยอมรับว่า ปัญหาสาธารณสุขมีหลายด้านในปัจจุบัน ไม่สามารถแก้ไขด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพียงด้านเดียวแต่ควรเป็นการทำงานร่วมกัน ของ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (อปท.) ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม	โครงสร้าง การบริหารจัดการ คปสอ. ส่วนใหญ่ ประกอบด้วย โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
มีการใช้ทรัพยากรโดยยึดปัญหาตามบริบทของ พื้นที่โดยไม่มีกำแพงกัน และมีการดึงทรัพยากร จากภาคส่วนอื่นๆและชุมชน	คปสอ.เป็นคณะกรรมการที่มีบทบาทหลัก เพื่อการจัดสรรทรัพยากรสาธารณสุข ในระดับอำเภอ ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณและวัสดุ-ครุภัณฑ์
การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนเป็นส่วนที่ สำคัญที่ขับเคลื่อนโดยมีเป้าหมายร่วมกัน คือ การทำงานด้านสุขภาพเพื่อยกระดับการ พึ่งตนเอง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและ ไม่ทอดทิ้งกัน	องค์กร คปสอ.ที่สำเร็จหรือขับเคลื่อนได้ดี ส่วนใหญ่ฝากไว้กับ การเห็นความสำคัญ ของผอ.รพช.และสสอ.
รสอ.สร้างวัฒนธรรมองค์กรให้บุคลากร มีความภาคภูมิใจและรับรู้คุณค่าในงาน ของตนเอง	“ปรากฏการณ์ 2 นครสาธารณสุข” ระหว่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและ สาธารณสุขอำเภอทำให้ความสัมพันธ์ ในการทำงานระดับอำเภอผ่านกลไก คปสอ. มีความยากลำบากมากขึ้น



## 2.ทำ DHS/รสบ. ทำไปทำไม/ ทำDHS/รสบ. แล้วได้อะไร ทำแล้วดีอย่างไร...

**ทำไปทำไม.....**ทำไปเพราะที่ผ่านมาสังคมมีปัญหาในการบริหารจัดการ การรับบริการ และการดูแล ด้านสุขภาพ อีกทั้งมองว่าสุขภาพเป็นเรื่องของ สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว DHS/รสบ. ....จึงต้องการให้สังคมรับรู้สุขภาพ เป็นเรื่องของทุกคน ปัญหาสุขภาพจะคลี่คลายลงได้ต้องอาศัยพลังของการ มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในระดับอำเภอที่เชื่อว่ามีพลังอำนาจมากพอที่จะ ผลักดันให้การบริหารจัดการสุขภาพ ของประชาชนร่วมกันได้สำเร็จ ไม่ว่าจะเป็น พลังกาย-ใจ-ความคิด-ปัญญา พลังทางการบริหาร-ทางเศรษฐกิจ-ทางการเมือง-ทางสังคม... ตลอดจนพลังทางจิตวิญญาณ

### ทำแล้วได้อะไร/ทำแล้วดีอย่างไร..

ได้ความร่วมมือ ร่วมใจ ความภาคภูมิใจ และมีความสุขในการจัดการ ปัญหาสุขภาพของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วน ตั้งแต่หน่วยงานสาธารณสุขที่เด่นด้านการรักษาฟื้นฟู คือ โรงพยาบาล และ สาธารณสุขอำเภอ ที่เด่นด้านการส่งเสริม ป้องกัน โดยสามารถ ทลายกำแพงที่ไม่มีใครนำใคร แต่ทำให้สองส่วนมาจับมือเดินไปพร้อมกันร่วมกับ ภาคประชาชน ท้องถิ่นและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในระดับอำเภอถือว่าเป็น จุดเหนี่ยวนำอันสำคัญที่เอื้อให้เกิดความสำเร็จในการเชื่อมโยงของ การบริหารจัดการ ทั้งในระดับล่างจากตำบลลงไปถึงชุมชนและระดับบน ตั้งแต่จังหวัดขึ้นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนเข้าใจบทบาทในการ มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพและสามารถพึ่งตนเองได้



### 3. *ทำอย่างไรให้การพัฒนา DHS/รสบ. เกิดความยั่งยืน*

หากความยั่งยืน แปลว่า มั่นคงและการพัฒนาต่อเนื่อง สิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ คือ คนที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอต้องเข้าใจแก่นแท้ของการพัฒนา DHS/รสบ. ที่มีเป้าหมายที่มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาคน พัฒนาระบบการจัดการ รวมทั้งการสร้างความร่วมมือแบบภาคีหุ้นส่วนที่เท่าเทียม เห็นโอกาสทำงานร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เพื่อนำไปสู่ระบบบริการและระบบสุขภาพชุมชนต่อไป โอกาสทางนโยบาย DHS/รสบ. ที่เข้มแข็งจะทำให้ทุกภาคส่วนเห็นทิศทางและการสนับสนุนที่ชัดเจนมากขึ้นสามารถส่งผลต่อความยั่งยืนได้ต่อไป

### 4. *ทำ DHS/รสบ. อย่างไรให้ใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ*

การทำ DHS/รสบ. อาจจะทำได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้งบประมาณเพิ่มเติมจากงบประมาณเดิมของแต่ละอำเภอมีอยู่แล้วเลยก็ได้ หากพวกเราทุกคนได้มีโอกาสหันมาทบทวน หันมามองทุนในพื้นที่ที่เราอยู่ว่า ในพื้นที่ของเรามีอะไรใครทำอะไรได้บ้าง เราจะช่วยกันได้อย่างไร เชื่อว่าหากมีการพูดคุย หากมีการหันมามองสิ่งรอบๆ ตัว ที่มีอยู่ ในการพัฒนา รสบ. อาจจะไม่ต้องใช้งบประมาณใดๆ มากมาย หรือเปลืองๆ อาจจะไม่ต้องใช้งบประมาณจากที่ใดๆ เลย แต่อาจจะได้งบประมาณและทรัพยากรจากชุมชน รวมถึงพวกเราทุกคน ช่วยกันหยิบยื่นในสิ่งที่เรามี

### 5. *ODOP (One District One Project) หมายถึงอะไร*

ประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ที่เป็นปัญหาร่วมและมีการแก้ไขปัญหา ร่วมกันของทุกภาคส่วน



คำอธิบาย : คำว่า One District One Project/Program : ODOP ถูกนำมาใช้เป็นตัวกระตุ้น (Trigger) เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันของภาคีเครือข่าย ซึ่งสามารถทำได้ทั้งในระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ และนำไปสู่การขยายผลในพื้นที่ระดับอื่นๆ และประเด็นปัญหาสุขภาพอื่นๆ ต่อไปซึ่งในการขยายผลดังกล่าวอาจจะเรียกรวมๆว่า แผนงานพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (Community Health Development Program - CHDP)

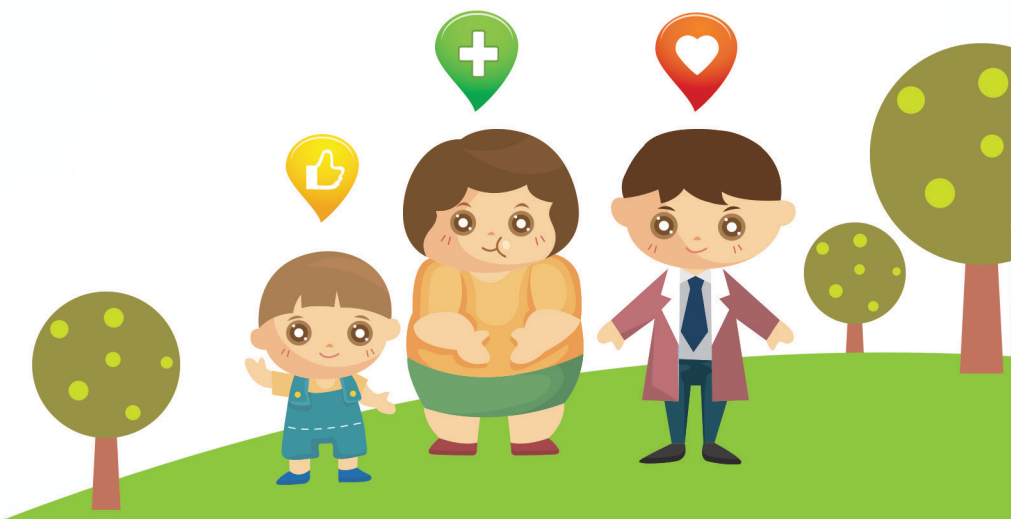
## **6. Essential Care / ODOP ทำประเด็นอื่น นอกเหนือจาก 10 ประเด็นที่ปรากฏในกรอบแนวคิดเดิมของหนังสือ ระบบสุขภาพอำเภอ ฉบับขับเคลื่อนประเทศ ( ปี พ.ศ.2555) ได้หรือไม่**

สามารถทำประเด็นอื่นได้หากเป็นความจำเป็นโดยใช้ข้อมูลจากพื้นที่

อย่างไรก็ตาม การเลือกประเด็นสุขภาพขึ้นมาขับเคลื่อนพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันนั้น ควรมีหลักการเบื้องต้นจากการใช้ข้อมูลสถานะสุขภาพ/ข้อมูลสุขภาพของพื้นที่ตนเอง มาวิเคราะห์ร่วมกันก่อน เพื่อให้การวางแผนขั้นต่อไป ตอบสนองต่อสภาพปัญหา หรือสถานะที่ชุมชนท้องถิ่นเป็นอยู่เป็นตามบริบท สอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิต ตามแนวคิดกระบวนการเรียนรู้จากปัญหาโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context based learning) ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจึงมักเป็นบริการพื้นฐานที่จำเป็น (Essential service) และเป็นเรื่องพื้นฐาน ที่ประชาชนคาดหวังว่าจะได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่อง สามารถได้รับการดูแลได้ทุกที่ ทุกสถาน



# ກາດພນວກ



## แนวทางการทบทวน ประเมิน เพื่อการพัฒนาต่อยอด DHS – PCA

การประเมินคุณภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ หรือ คปสอ. หรือ CUP ก่อนหน้านี้มีรูปแบบการประเมินที่เป็นเกณฑ์มาตรฐานต่างๆ มากมาย ส่วนใหญ่มักจะเป็นแบบ Check List ว่า มี/ไม่มี, ทำ/ไม่ทำ, ตัวชี้วัดผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์ โดยมักไม่มองว่า เพราะอะไรจึงเกิดปรากฏการณ์ของการ มี/ไม่มี, ทำ/ไม่ทำ, ตัวชี้วัดผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์

เพราะอะไรจึงควรที่จะมีการมองให้ลึกลงไปกว่าปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นของการ มี/ไม่มี, ทำ/ไม่ทำ, ตัวชี้วัดผ่าน/ไม่ผ่านเกณฑ์ หลายครั้งเมื่อพบว่าเครือข่ายบริการปฐมภูมิหนึ่ง ไม่มี, ไม่ทำ และไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด การมองให้ลึกลงไปว่า อะไรทำให้เกิดปรากฏการณ์เช่นนี้ จะทำให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ที่แท้จริงที่พื้นที่กำลังเผชิญอยู่ อาจนำมาสู่การพูดคุยหาทางออกร่วมกันระหว่างพื้นที่และผู้ประเมินหรือผู้เยี่ยมสำรวจก็เป็นได้ การมองให้ลึกไปกว่าสิ่งที่ผู้ประเมินหรือผู้เยี่ยมสำรวจเห็น อาจนำมาซึ่งการรับรู้ที่นำไปสู่ความเข้าใจในความเป็นตัวตนและสถานการณ์ของพื้นที่นั้นๆ อย่างแท้จริงเท่าที่ที่แสดงถึงการรับรู้และเข้าใจความเป็นตัวตนที่แท้จริงของพื้นที่นั้นๆ ว่ามีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงของแต่ละพื้นที่ในสถานการณ์ที่เขาดิตซ์ดัดคัด ลำบาก เป็นกระบวนการหนึ่งในการประเมินตามแนวทางของ DHS – PCA เพราะก่อนที่จะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะไปดูแลประชาชน เจ้าหน้าที่เหล่านั้นควรจะได้รับ การดูแลก่อน การเข้าใจและรับรู้สิ่งที่เขาดำรงอยู่เป็นกระบวนการหนึ่งที่เรียกว่า การดูแลกันและกัน (Caring) ที่ไม่ใช่การตัดสินว่า ไม่มี, ไม่ทำ และ ไม่ผ่านเกณฑ์



ส่วนในสถานการณ์ที่เครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นๆ สามารถดำเนินการขับเคลื่อนงานต่างๆ ได้ จนมี, ทำ และผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดต่างๆ นั้น การมองให้ลึกไปกว่าปรากฏการณ์ที่เป็นอยู่ยังคงสำคัญเช่นกัน ว่าเขาลำบากอย่างไร ต้องใช้ความพยายามอย่างไร เขาผ่านอะไรมาบ้างจนมาเป็นเขาในทุกวันนี้ การมองและให้ความสำคัญกับที่มาที่ไปเป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญของการให้คุณค่า (Appreciation) กับความพยายาม ความลำบาก ความสามารถที่ทำให้เกิดปรากฏการณ์ของการมี, ทำ และผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดต่างๆ

กล่าวโดยสรุปแนวทางการทบทวน DHS – PCA นี้ เน้นแนวทางการเยี่ยมชมสำรวจด้วยกระบวนการดูแล (Caring) และ การให้คุณค่า (Appreciation) ในสิ่งที่เครือข่ายบริการปฐมภูมินั้นๆ เป็นอยู่ ไม่ใช่การตัดสินหรือเพียงแค่ชื่นชมโดยปราศจากการให้คุณค่า เหล่านี้คือเจตจำนงที่แท้จริงของการทบทวนหรือเยี่ยมชมสำรวจตามแนวทางของ DHS – PCA คณะผู้ทบทวนหรือผู้เยี่ยมชมสำรวจมีความปรารถนาอย่างแรงกล้าให้พื้นที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิทุกพื้นที่วางใจ และสบายใจ ไม่ต้องเปลี่ยนวิถีและความเป็นตัวตนที่เป็นอยู่เพื่อตอบโจทย์ของผู้ทบทวนหรือผู้เยี่ยมชมสำรวจ ขอให้พื้นที่ภูมิใจในสิ่งที่เป็นตัวเรา และขอให้ผู้ทบทวนและผู้เยี่ยมชมสำรวจได้เห็น และรู้จักตัวตนที่แท้จริงของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ด้วยการนำเสนอข้อมูลและสถานการณ์จริงของพื้นที่อย่างเต็มภาคภูมิ





## เกณฑ์การพัฒนา DHS และระดับคะแนน ตามแนวทาง U - CARE

1	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
2	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
3	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
4	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)
5	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผล การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร (การบูรณาการ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้องและความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)



UCARE	1. เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ		2. ขยายการ ดำเนินการ		3. ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม		4. เรียนรู้		5. บูรณาการ		คำสำคัญ และนิยามปฏิบัติการ
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	
Unity Team	มีแนวทางที่จะ ทำงานร่วมกัน และดำเนินงาน ตามหน้าที่ในส่วน ที่รับผิดชอบ		มีการทำงาน ร่วมกันเป็นทีม ในบางประเด็น และ/หรือ มีภาคีบางส่วน ร่วมด้วย		cross functional เป็น team ระหว่าง ฝ่ายคิดวางแผนและ ดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วน ร่วมด้วยบางส่วน		fully integrate เป็นโครงข่าย ทีมเดียวกัน ทั้งแนวนั่งและ แนวนอน โดยมี ภาคีภาคส่วน ร่วมด้วย		ชุมชน ภาคีภาคส่วน ต่างๆ ร่วมเป็นทีม กับเครือข่ายสุขภาพ ในทุกประเด็น สุขภาพสำคัญ		ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง ทีมภายในหน่วยงาน เดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ.สต.กับทีมรพ.สต.), ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวนั่งและทีมแนวนอน และ/หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)



Customer Focus											
UCARE	1. เริ่มมีแนวทางและ/หรือเริ่มดำเนินการ		2. ขยายการดำเนินการ		3. ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม		4. เรียนรู้		5. บูรณาการ		คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
	มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชน และผู้รับบริการเป็นแบบ reactive		มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลาย อย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง		มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ แต่ละกลุ่ม ครอบคลุมประชาชนส่วนใหญ่ และนำมาแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน		มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางกรรับรู้ความต้องการของประชาชน แต่ละกลุ่ม ให้สอดคล้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น		ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ ถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆ จนทำให้ประชาชนเชื่อมั่น ศรัทธา ผู้พิน และมีส่วนร่วมกับเครือข่ายบริการ		ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ (Health Need) หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนาที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วนของ felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟู) และ unfelt need (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน)
0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5		



UCARE	Community Participation									
1. เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2. ขยายการ ดำเนินการ	3. ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4. เรียนรู้	5. บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยามปฏิบัติการ					
มีแนวทาง หรือ เริ่มให้ชุมชน และ ภาครัฐเครือข่าย ภาครัฐเครือข่าย มีส่วนร่วมในการ ดำเนินงาน ด้านสุขภาพ	ดำเนินการให้ ชุมชน และ ภาครัฐเครือข่าย ร่วมรับรู้ ร่วมดำเนินการ ด้านสุขภาพ ในงานที่ หลากหลายและ ขยายวงกว้าง เพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาครัฐ เครือข่ายมีส่วน ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ด้านสุขภาพ อย่างเป็นระบบ กับเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ และมีการ ขยายวงได้ค่อนข้าง ครอบคลุม	ชุมชน และภาครัฐ เครือข่ายร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ด้านสุขภาพ และมี การทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุง กระบวนการ มีส่วนร่วม ให้เหมาะสม มากขึ้น	ชุมชน และ ภาครัฐเครือข่าย ร่วมดำเนินการ อย่างครบวงจร รวมทั้งการประเมินผล จนร่วมเป็นเจ้าของ การดำเนินงาน การให้บริการ เครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ	ระดับของการมีส่วนร่วม : ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล					
0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	



UCARE	1. เริ่มมีแนวทางและ/หรือเริ่มดำเนินการ	2. ขยายการดำเนินการ	3. ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	4. เรียนรู้	5. บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ			
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ชัดเจนหรือเริ่มดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้าง ความพึงพอใจของบุคลากร	มีการขยายการดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการในการดูแล พัฒนา และสร้าง ความพึงพอใจของบุคลากรเพิ่มขึ้นในแต่ละหน่วยงาน หรือในแต่ละระดับ	ดำเนินการตามแนวทางหรือวิธีการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจและความผูกพัน (engagement) ของบุคลากรให้สอดคล้องกับภารกิจที่จำเป็นอย่างเป็นระบบ	เครือข่ายสุขภาพมีการเรียนรู้ ทบทวน กระบวนการดูแล พัฒนา และสร้าง ความผูกพันของบุคลากรให้สอดคล้องกับบริบท	สร้างวัฒนธรรมเครือข่ายให้บุคลากร มีความสุข ภูมิใจ รับรู้คุณค่าและเกิดความผูกพันในงานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ	<b>ความผูกพัน (engagement)</b> หมายถึง การที่บุคลากรมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานในหน้าที่ และในงานที่ได้รับมอบหมายด้วยความมุ่งมั่นเพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์กร			
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5



UCARE	1. เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มดำเนินการ	2. ขยายการ ดำเนินการ	3. ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4. เรียนรู้	5. บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยามปฏิบัติการ			
Human Development Resources Sharing and	มีแนวทาง หรือ เริ่มวางแผน ภายใต้วีธีพยากร ร่วมกัน และ พัฒนาศูนย์กลางกร ร่วมกัน เพื่อสนับสนุน การพัฒนาระบบ สุขภาพชุมชน	มีการดำเนินการ ร่วมกัน ในการ ใช้ทรัพยากร และ พัฒนา บุคลากร ในบางประเด็น หรือบางระบบ	มีการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนาศูนย์กลางกร ร่วมกันอย่างเป็น ระบบและครอบคลุม ตามบริบท และ ความจำเป็นของ พื้นที่ เพื่อสนับสนุน ให้บรรลุตามเป้าหมาย ของเครือข่ายสุขภาพ	มีการขอพบ และปรับปรุง ภาวการณ์กร ทรัพยากร และ พัฒนาศูนย์กลางกร ให้เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกัน โดยยึดเป้าหมาย ของเครือข่ายสุขภาพ (ไม่มีกำแพงกัน) และ มีการใช้ทรัพยากร จากชุมชน ส่งผลให้ เกิดระบบสุขภาพ ชุมชนที่ยั่งยืน	Resource หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็น ปัจจัยนำเข้า (input) ของการทำงาน			
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5



UCARE	1. เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่มต้นดำเนินการ	2. ขยายการ ดำเนินการ	3. ดำเนินการเป็น ระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	4. เรียนรู้	5. บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยามปฏิบัติการ			
Essential Care	มีแนวทาง หรือ เริ่มต้นดำเนินการ จัดระบบดูแล สุขภาพพื้นฐาน ที่จำเป็นในแต่ละ กลุ่ม ตามบริบท ของชุมชน	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพตาม บริบท และตาม ความต้องการ ของผู้รับบริการ ประชาชน และ ชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่ม ที่มีปัญหาสูง	มีการจัดระบบดูแล สุขภาพตามบริบท ตามความต้องการ ของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่ม และชุมชนที่ ครอบคลุมประชากร ส่วนใหญ่	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบ ดูแลสุขภาพ และพัฒนา อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิด การดูแลสุขภาพ ที่เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพ อย่างบูรณาการ ร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วน ที่เกี่ยวข้อง ส่งผล ให้ประชาชน มีสถานะสุขภาพดี	<b>Essential Care</b> หมายถึง บริการ ด้านสุขภาพที่จำเป็น สำหรับประชาชน โดยสอดคล้องกับบริบท ของชุมชน และเป็นไป ตามศักยภาพของ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ			
	0.5	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5



# สาส์นจากคณะทำงาน...

การขับเคลื่อนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอในห้วงเวลาที่ผ่านมาได้ก่อให้เกิดรูปธรรมของนวัตกรรมของการแก้ปัญหาสุขภาพในระดับพื้นที่ในการจัดการกับปัญหาผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง โรคติดเชื่อ และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นระบบบนความร่วมมือร่วมใจกันของภาคส่วนต่างๆ บทเรียนดังกล่าว ก่อให้เกิดประกายความหวังในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ที่จะเป็จุดแตกหักในการยกระดับคุณภาพบริการสาธารณสุขของประเทศอีกครั้งหนึ่ง ด้วยอาศัยฐานปรัญญาของการจัดการและพึ่งตนเอง ด้วยความร่วมมือร่วมใจ ประสานพลังของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ

อาจกล่าวได่ว่านี้เป็นปรากฏการณ์ใหม่ในระบบสุขภาพของไทย ที่บุคลากรสาธารณสุข ทีมสุขภาพ รวมไปถึงชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ได้ร่วมกันเรียนรู้จากชุมชนและสู่ชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้ นอกจากจะเกิดองค์ความรู้ ที่ได้รับการแลกเปลี่ยนในเครือข่ายแล้ว ประสพการณ์การเรียนรู้เป็นผลพลอยได้ที่สำคัญ ที่สนับสนุนความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพ สิ่งที่ทำหยาต่อไป คือการกระจายและขยายเครือข่ายออกไปมากขึ้น เชื่อมโยงกับเครือข่ายอื่นๆ การถอดองค์ความรู้ การจัดการความรู้ ให้เข้มข้นในเนื้อหา สร้างคลังความรู้ สร้างทีมสุขภาพที่สามารถสนับสนุนการเรียนรู้ของชุมชน เพื่อก้าวไปสู่ชุมชนเข้มแข็ง ให้เพิ่มจำนวนมากขึ้น จนครอบคลุมทั่วประเทศ

เพื่อให้เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอขยายคุณภาพการดำเนินงานและขอบช่วยการทำงานให้กว้างขวางขึ้น เกิดเป็นความหมายใหม่ของเครือข่ายสุขภาพ คณะทำงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับผู้ทรงวุฒิจากหลากหลายสาขาวิชาและทีมวิชาการด้านสาธารณสุข จัดทำหนังสือ “การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.) ฉบับประเทศไทย” ด้วยความมุ่งหวังว่าจะเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความเข้าใจให้ลึกซึ้งและเป็นไปในทิศทางเดียวกันของผู้บริหาร ตลอดจนผู้ปฏิบัติงานที่ต่างมีเป้าประสงค์ในการทำงานด้านสุขภาพเพื่อประชาชนต่อไป

คณะทำงานพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ





# กองบรรณาธิการ...

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1. นพ.โกเมนทร์ ทิวทอง         | สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข         |
| 2. นพ.สุวัฒน์ วิริยะพงษ์สุกิจ | ผอ.รพ.สมเด็จพระราชินีนาถฯ ณ อำเภอนาหวี สงขลา     |
| 3. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร   | ผอ.รพ.แก่งคอย สระบุรี                            |
| 4. นพ.ปิตร วนิชขานนท์         | ผอ.รพ.สตูล ละงู                                  |
| 5. นพ.สุธี สุดดี              | รพ.วารินชำราบ อุบลราชธานี                        |
| 6. นพ.สิริชัย นามทรศนี        | รพ.สมเด็จพระยุพราชภูมินารายณ์ กาฬสินธุ์          |
| 7. นพ.กฤตพงษ์ โรจนวิภาต       | ผอ.รพ.น่าน้อย น่าน                               |
| 8. นพ.วิศรุต เจริญพันธ์       | ผอ.รพ.โนนสัง หนองบัวลำภู                         |
| 9. พญ.สุกัญญา หังสพฤกษ์       | โรงพยาบาลองค์รักษ์ นครนายก                       |
| 10. ดร.อาภากร สุปัญญา         | สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)              |
| 11. ทญ.วราภรณ์ จิระพงษา       | สถาบันวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน              |
| 12. คุณจุฬาดา สุขมาลวรรณ      | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)         |
| 13. คุณบำรุง ชลเดช            | สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)         |
| 14. ดร.นพดล บุญเปล่ง          | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ชลบุรี           |
| 15. ดร.อัจฉรา อ่วมเครือ       | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี                 |
| 16. ดร.วรเดช ช้างแก้ว         | วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี                 |
| 17. ดร.อุไรรัชต์ บุญแท้       | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี               |
| 18. ดร.ธัญพร ชื่นกลิ่น        | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี               |
| 19. คุณสถาพร แก้วจันทิก       | วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า เพชรบุรี               |
| 20. ดร.ธีรนนท์ วรรณศรี        | มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม                          |
| 21. ดร.วุฒิพงษ์ ภักดีกุล      | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตฯ สกลนคร          |
| 22. อ.นิติกร ภู่อุสรณ         | มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตฯ สกลนคร          |
| 23. คุณนิตยา ไชตินอก          | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา               |
| 24. คุณเบญญาภา มโนธรรม        | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา               |
| 25. คุณคะนิงนิจ หุตะวัฒนะ     | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา               |
| 26. คุณนุชนางค์ ภูวสันติ      | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี                  |
| 27. คุณพลศรี ไชยประสิทธิ์     | สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข         |
| 28. ดร.จุฑาทิพย์ พิทักษ์      | สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข         |
| 29. คุณลดาวัลย์ นกหมุด        | สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข         |
| 30. คุณวิวรรณ เอกกรินทรากุล   | สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) |
| 31. คุณเอี่ยมพร จันทร์ทอง     | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี                  |





กระทรวงสาธารณสุข  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

