

บทสรุปผู้บริหาร
โครงการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบาย เรื่อง
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) กับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ระยะที่ ๑

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

๑. ความเป็นมา

จากสภาพปัญหาการพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศที่ผ่านมา ยังคงพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ ในหลายเรื่อง เช่น ไม่สามารถนำงบประมาณที่มีอยู่ไปใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นโยบายและการกำกับโดยผ่านตัวชี้วัดจากสวนกลางไม่สามารถตอบสนองต่อบริบทของพื้นที่ ระบบข้อมูลสารสนเทศและการใช้ข้อมูลเพื่อการบริหารงานร่วมกันกับหน่วยงานอื่นๆ ยังคงเป็นปัญหา ไม่สามารถสร้างความร่วมมือระหว่าง อปท. และเอกชนในการปฏิบัติงาน และการจัดการปัญหายังไม่สอดคล้องกับบริบทเฉพาะของพื้นที่ จึงเกิดแนวคิดและออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทำหน้าที่ขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ เกิดการบูรณาการทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชนอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จากระเบียบดังกล่าวประกอบกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และกรมควบคุมโรค ซึ่งเน้นกระบวนการทำงานใหม่มีความสอดคล้องกับกลไกของ พชอ. รวมทั้งเกิดความคาดหวังต่อกลไกของ พชอ. ต่อการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรคร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ ๔ ๕ ๖ ๙ และ ๑๑ ได้ทำการศึกษาระบบการ/กลไกการดำเนินงานของ พชอ. เพื่อเป็นข้อมูลที่จะนำมาพัฒนารูปแบบในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพผ่านกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยมีวัตถุประสงค์ แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ได้แก่ **ระยะที่ ๑** เพื่อทราบความต้องการจำเป็น (need assessment) และทราบกระบวนการและกลไกในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) **ระยะที่ ๒** เพื่อพัฒนารูปแบบในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพผ่านกระบวนการและกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และ **ระยะที่ ๓** เพื่อสังเคราะห์ประเด็นเชิงนโยบายในการสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งจะนำผลการศึกษาดังกล่าวมาจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายในภาพรวมของระบบป้องกันควบคุมโรคต่อไป

๒. วิธีการดำเนินงาน ดำเนินการ ๒ วิธี คือ การลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ ๑๒ อำเภอ และการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามออนไลน์

๒.๑ การลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ ๑๒ อำเภอ

๒.๑.๑ ทบทวนวรรณกรรม และเอกสารที่เกี่ยวข้อง กำหนดกรอบการศึกษาและจัดทำโครงการ โดยมีระยะเวลาดำเนินการ ปี ๒๕๕๑-๒๕๖๓

๒.๑.๒ กำหนดกลุ่มตัวอย่าง และพื้นที่เป้าหมาย

กลุ่มตัวอย่าง โดยแต่ละอำเภอจะดำเนินการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตามคำสั่งแต่งตั้ง จำนวนอย่างน้อย ๑๔ คน
- ผู้ปฏิบัติงานระดับตำบล จำนวน ๓๕ คน
- กลุ่มแกนนำชุมชนและประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยหรือผู้มีส่วนได้เสียจากการจัดตั้ง พชอ. จำนวน

๑๖ - ๒๐ คน

พื้นที่เป้าหมาย แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

พื้นที่นาร่อง (พื้นที่ที่ดำเนินการ พขอ. ปี ๒๕๕๙) จำนวน ๕ อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อำเภอบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และอำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร

พื้นที่ขยาย (พื้นที่ที่เริ่มดำเนินการ พขอ.) จำนวน ๗ อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอโพธิ์ทอง และอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง อำเภอเมือง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา อำเภอชุมพวง จังหวัดนครราชสีมา และอำเภอเมือง จังหวัดระนอง

๓. สร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และแบบสนทนากลุ่ม และนำเครื่องมือไปทดสอบ รวมทั้งเรียนรู้กระบวนการ กลไกการปฏิบัติงานของ พขอ. ณ อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี และนำเครื่องมือมาปรับปรุงหลังจากไปทดลองใช้

๔. ประชุมชี้แจงเครื่องมือกับสำนักงานป้องกันควบคุม จำนวน ๖ เขต เพื่อเตรียมความพร้อมในการลงเก็บข้อมูล และลงพื้นที่จัดเก็บข้อมูล โดยมีวิธีการเก็บข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ ดังนี้ สัมภาษณ์คณะกรรมการ พขอ.จำนวน ๒๑ คน ส่งแบบสอบถามให้กลุ่มผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ที่ตอบด้วยตนเอง จำนวน ๓๕ คน และการสนทนากลุ่มตัวแทนแกนนำชุมชนและตัวแทนประชาชน ผู้ป่วย หรือผู้ที่ได้รับผลประโยชน์ จำนวน ๑๖-๒๐ คน (กลุ่มแกนนำชุมชน ๘-๑๐ คน และกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับผลประโยชน์จากโครงการของ พขอ. ๘-๑๐ คน) ในพื้นที่ ๑๒ อำเภอทั่วประเทศ

๕. วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล สรุปข้อค้นพบจากการศึกษาเพื่อหาแนวทางและวิธีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของ พขอ. กับการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ในระยะที่ ๒

๒.๒ การเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามออนไลน์

๒.๒.๑ จัดทำแบบสอบถามออนไลน์ และคิวอาร์โค้ด (QR Code)

๒.๒.๒ ส่งหนังสือไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง (ยกเว้นอำเภอที่ลงเก็บข้อมูลจริงในพื้นที่) จำนวน ๘๖๖ อำเภอ เพื่อขอความร่วมมือให้สาธารณสุขอำเภอซึ่งเป็นเลขานุการของ พขอ. หรือตัวแทนแต่ละแห่งดำเนินการตอบแบบสอบถามออนไลน์

๒.๒.๓ รวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ผล

๓. ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ ๑๒ อำเภอ พบผลการศึกษา ดังนี้

๓.๑ โครงสร้างการบริหารงานและกลไกการทำงาน

องค์ประกอบคณะกรรมการตามระเบียบฯ พบว่า ทั้งพื้นที่นาร่องและพื้นที่ขยายทุกอำเภอมีจำนวนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ครบ ๒๑ คน และมีองค์ประกอบหรือสัดส่วนของคณะกรรมการ พขอ. ที่คัดเลือกมาจากแต่ละภาคส่วน (ภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน) ครบตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี แต่มีเพียง ๑ อำเภอในพื้นที่ขยายที่มีสัดส่วนของคณะกรรมการ พขอ. ยังไม่เป็นไปตามระเบียบ นอกจากนี้ทั้ง ๒ พื้นที่ยังมีการแต่งตั้งที่ปรึกษาร่วมกับคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ.

สำหรับการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พขต.) หรือคณะอนุกรรมการตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ พบว่าพื้นที่นาร่องร้อยละ ๘๐ มีการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งฯ อย่างเป็นทางการ แต่พื้นที่ขยายยังไม่มีการจัดทำคำสั่งฯ ดังกล่าว

๓.๒ กระบวนการทำงาน

การจัดประชุม พขอ. พบว่า ทั้งพื้นที่นาร่องและพื้นที่ขยายทุกอำเภอมีการจัดประชุมฯ โดยเฉลี่ยเดือนละ ๑ ครั้ง โดยเลขานุการของ พขอ. หรือสาธารณสุขอำเภอจะเป็นผู้กำหนดวาระการประชุมภายใต้การเห็นชอบของนายอำเภอ

กลไกการติดตามผลการดำเนินงาน พื้นที่นำร่อง ส่วนใหญ่ ร้อยละ ๘๐ มีการประชุมเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน โดยเฉลี่ยเดือนละ ๑ โดยมีรูปแบบคือ ให้เลขานุการคณะทำงานของแต่ละประเด็นปัญหาติดตามผลการดำเนินงานของพื้นที่ และนำเสนอให้แก่ที่ประชุม พขอ. สำหรับพื้นที่ขยายผลนั้นพบว่าร้อยละ ๗๑.๔ ไม่มีกลไกการติดตามผลการดำเนินงาน เนื่องจากยังอยู่ในช่วงเริ่มต้นของการแต่งตั้ง พขอ. และยังไม่กำหนดแนวทางการติดตามผลการดำเนินงานที่ชัดเจน

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ พื้นที่นำร่อง และพื้นที่ขยาย พบปัญหาคือ คณะกรรมการ พขอ. โดยส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ทำให้การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเสนอความคิดเห็นแนวทางการแก้ไขปัญหาเพื่อนำไปปฏิบัติยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้ในบางอำเภอของพื้นที่นำร่องยังมีการประชุมของ พขอ. ดำเนินการร่วมกับประชุมหัวหน้าส่วนราชการ ทำให้ภาคเอกชนไม่สามารถเข้าร่วมได้ การประชุมไม่ครบองค์ประชุม คณะกรรมการขาดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและแก้ไขปัญหา รวมทั้งขาดความชัดเจนในการมอบหมายและการติดตามผลงาน

๓.๓ การจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต

ปัญหาคุณภาพชีวิต ซึ่งจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลในพื้นที่นำร่องและพื้นที่ขยาย พบว่า**ปัญหาทั่วไปที่สำคัญ**ของพื้นที่ ส่วนมากคือปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม (ขยะ อากาศ น้ำเสีย หมอกควัน ฝุ่นละออง) (พื้นที่นำร่อง คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๗ และพื้นที่ขยาย คิดเป็นร้อยละ ๔๐ ตามลำดับ) สำหรับ**ปัญหาโรคและภัยสุขภาพ**ในพื้นที่ ๓ ลำดับแรก พบว่าพื้นที่นำร่องมีปัญหา ลำดับที่ ๑ คือโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๐ ลำดับที่ ๒ คือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๐ และลำดับที่ ๓ คืออุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ ๔๐ ส่วนพื้นที่ขยายปัญหาลำดับที่ ๑ คือโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๐ ลำดับที่ ๒ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๐ และลำดับที่ ๓ พฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ร้อยละ ๓๐ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ได้จากการเก็บข้อมูลออนไลน์พบว่าพื้นที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ร้อยละ ๖๐ รองลงมาคือปัญหาความยากจนและปัญหาอุบัติเหตุ ซึ่งมีจำนวนผู้ตอบเท่ากัน คือ ร้อยละ ๒๐

การจัดการระบบข้อมูลในการวางแผน พื้นที่นำร่อง ร้อยละ ๔๐ และพื้นที่ขยายร้อยละ ๑๔.๓ มีการใช้ฐานข้อมูลจากหลายหน่วยงาน เช่น จปฐ. อปท. ข้อมูลสุขภาพจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ แต่ยังขาดการยืนยันความครบถ้วน ความถูกต้อง รอบด้าน และความเป็นปัจจุบันของข้อมูลจากหน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข (ไม่มี data center ของอำเภอที่รวบรวมข้อมูลของแต่ละฐาน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา/คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่) และร้อยละ ๖๐ ของพื้นที่นำร่อง ร้อยละ ๘๕.๗ ของพื้นที่ขยายใช้ข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เป็นหลัก จากการขาดระบบข้อมูลที่รอบด้านทำให้ประเด็นปัญหาที่คณะกรรมการ พขอ.เลือกมาแก้ไขจึงเป็นประเด็นปัญหาด้านโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่เป็นประเด็นหลักเนื่องจากมีข้อมูลสนับสนุน ทำให้ปัญหาคคุณภาพชีวิตด้านอื่นไม่ได้รับการแก้ไขจากคณะกรรมการ

การวิเคราะห์และระบุปัญหา หรือการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา สำหรับกระบวนการนี้พบว่าแต่ละพื้นที่มีการใช้วิธีการที่แตกต่างกัน ดังนี้

๑. กระบวนการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ เอกชน ประชาชน

พื้นที่นำร่อง เช่น พขอ. อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ได้ทำการสอบถามปัญหาจากประชาชนในพื้นที่โดยตรง, พขอ. อำเภอบ้านโป๊ะ จังหวัดฉะเชิงเทราให้แต่ละหมู่บ้านจัดลำดับความสำคัญของปัญหา รวบรวมเป็นแผนของตำบล โดย พขอ.จะทำหน้าที่วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาอีกครั้งเพื่อนำมากำหนดเป็นนโยบายของอำเภอ ๓ อันดับแรก ส่วนปัญหาอื่นให้ใช้วิธีการแก้ไขปัญหตามระบบงานปกติของหน่วยงานหลัก

พื้นที่ขยาย เช่น พขอ. อำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ให้ ประชาชน แกนนนำ อบต. ดำเนินการจัดประชุมประชาคมหมู่บ้าน วิเคราะห์ปัญหาชุมชน โดยใช้เครื่องมือของพื้นที่เอง (PIRAB + best practice + งานวิจัย) เพื่อให้มีความชัดเจนในการระบุปัญหาที่แท้จริง

๒. การมีส่วนร่วมเฉพาะคณะกรรมการ พขอ.

พื้นที่นำร่อง เช่น พขอ.อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ใช้ข้อมูลจากทุกภาคส่วนนำเสนอในเวทีประชุมหัวหน้าส่วนราชการ และพขอ. อำเภอทุ่งตะโก จังหวัดชุมพร ใช้การวิเคราะห์ตามหลักวิชาการคือใช้ขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา และความสนใจหรือสิ่งที่ประชาชนคิดว่าเป็นปัญหาที่ต้องรีบแก้ไข

พื้นที่ขยายผล เช่น พขอ. อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ใช้ข้อมูลอัตราป่วย/อัตราตายนำเสนอ, พขอ. อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ใช้กระบวนการวิเคราะห์ปัญหาโดยคณะกรรมการทุกท่านมีส่วนร่วมในการระดมความคิด และเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องตามข้อมูลและข้อเท็จจริงที่มีอยู่ โดยมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามหลักวิชาการ ได้แก่ ขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา (ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน) แนวโน้มการแก้ปัญหาหรือความยากง่ายในการแก้ปัญหา ความร่วมมือของชุมชนหรือความตระหนักของชุมชน ผลกระทบในระยะยาว (ผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ สังคม) เพื่อนำมากำหนดเป้าหมาย และแผนการดำเนินงานในระดับพื้นที่

นอกจากนั้นพื้นที่อื่นๆ ได้ดำเนินการอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งมีความไม่ชัดเจนของกระบวนการวิเคราะห์ปัญหา จึงทำให้เกิดการระบุปัญหาที่ไม่ตรงกับปัญหาที่แท้จริง ขาดความสอดคล้องตามความต้องการของพื้นที่และประชาชน

๓. การวางแผนหรือการกำหนดกิจกรรมในแผนงาน/โครงการ เพื่อแก้ไขปัญหา

พื้นที่นำร่อง ร้อยละ ๘๐ มีคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานในแต่ละประเด็น จัดทำร่างแผนประกอบด้วย โครงการ กิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบ งบประมาณ ระยะเวลา เพื่อให้ พขอ. พิจารณา

พื้นที่ขยายผล ส่วนใหญ่ยังมีการวางแผนงาน/กิจกรรมโครงการไม่ชัดเจนเนื่องจากเพิ่งเริ่มมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ. ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ยกเว้นอำเภอสันป่าตองที่มีการวางแผน กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจน โดยคณะอนุกรรมการในแต่ละประเด็นจัดร่างแผนที่ประกอบไปด้วย โครงการ กิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย ผู้รับผิดชอบ งบประมาณ ระยะเวลา เพื่อให้ พขอ. พิจารณา (ส่วนใหญ่ยังมีการวางแผนงาน/โครงการกิจกรรม ไม่ชัดเจนเนื่องจากเพิ่งเริ่มมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ พขอ. ตามระเบียบฯ ยกเว้นอำเภอสันป่าตองที่มีการวางแผน กำหนดกิจกรรมที่ชัดเจน)

๔. ความต้องการจำเป็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และผู้ปฏิบัติงานระดับตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่ามีความต้องการจำเป็นในเรื่องต่างๆดังต่อไปนี้

๑. ด้านโครงสร้าง พื้นที่นำร่อง ต้องการให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อย่างชัดเจน มากที่สุด ร้อยละ ๖๖.๗ และพื้นที่ขยายต้องการให้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อย่างชัดเจน รวมทั้งต้องการให้คณะกรรมการมีการประชุมเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ ๗๕

๒. ด้านระบบข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการวางแผน พื้นที่นำร่องต้องการให้มีการเชื่อมโยงฐานข้อมูลระดับพื้นที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากที่สุด ร้อยละ ๖๖.๗ และพื้นที่ขยายต้องการให้มีการใช้กระบวนการ/เครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหามากที่สุด ร้อยละ ๗๕

๓. ด้านการวางแผน พื้นที่นำร่องต้องการให้มีการกระบวนการ/เครื่องมือในการวางแผนแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตในพื้นที่มากที่สุด ร้อยละ ๖๖.๗ และพื้นที่ขยายต้องการให้มีการใช้กระบวนการ/เครื่องมือในการวางแผนแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ และการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี แผนงาน/โครงการ มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ ๔๐

๔. ด้านทรัพยากร พื้นที่นำร่องและพื้นที่ขยายต้องการให้มีกลไกหรือกระบวนการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ เทคโนโลยี เวลา) ร้อยละ ๑๐๐ เช่นเดียวกัน

๕. ด้านการติดตามประเมินผล พื้นที่นำร่องมีความต้องการ ๓ ด้านเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓ คือ ต้องการให้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภออย่างสม่ำเสมอ และการใช้กระบวนการ/เครื่องมือในการ

ติดตามและประเมินผลที่เหมาะสม สำหรับพื้นที่ขยายผลต้องการให้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ร้อยละ ๔๐

๗. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและการสื่อสาร พื้นที่นำร่องมีความต้องการ ๓ ด้านเท่ากันคิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓ คือการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่กิจกรรมการดำเนินงานต่างๆไปยังประชาชนให้รับรู้อย่างทั่วถึง การวิเคราะห์เครือข่าย/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงาน และการพัฒนาเครือข่ายและขยายความร่วมมือไปยัง พขอ. อำเภออื่นๆ สำหรับพื้นที่ขยายนั้นมีความต้องการ ๒ ด้านเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ ๔๐ คือต้องการให้มีการวิเคราะห์เครือข่าย/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงาน และต้องการพัฒนาเครือข่ายและขยายความร่วมมือไปยัง พขอ. อำเภออื่นๆ

ผู้ปฏิบัติงานระดับตำบล ในพื้นที่ทั้ง ๑๒ อำเภอ พบข้อมูลดังนี้

๑. ด้านระบบข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการวางแผน พบว่าพื้นที่นำร่องมีความต้องการ ๒ ด้านเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ ๔๐ คือ การใช้กระบวนการ/เครื่องมือในการจัดลำดับความสำคัญปัญหาและการใช้กระบวนการ/เครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา สำหรับพื้นที่ขยายต้องการให้นำข้อมูลจากฐานข้อมูลระดับพื้นที่มาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหามากที่สุด ร้อยละ ๔๒.๙

๒. ด้านการวางแผนดำเนินงาน พื้นที่นำร่องต้องการกำหนดเป้าหมาย กลวิธี แผนงาน/โครงการ มีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากที่สุด ร้อยละ ๔๐ และพื้นที่ขยายต้องการให้กำหนดกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตในพื้นที่มากที่สุด ร้อยละ ๔๒.๙

๓. ด้านการระดมทรัพยากร พื้นที่นำร่องและพื้นที่ขยายต้องการให้มีกลไก หรือกระบวนการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ เทคโนโลยี เวลา) จากภาคเอกชน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๖๐ และ ร้อยละ ๗๑.๔ ตามลำดับ

๔. การติดตามและประเมินผล พื้นที่นำร่องต้องการให้นำผลการติดตามประเมินผลไปพบทวนและพัฒนากิจการดำเนินงานของ พขอ. มากที่สุด ร้อยละ ๖๐ และพื้นที่ขยายผลต้องการให้มีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ร้อยละ ๕๗.๑

๕. การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายและการสื่อสาร พื้นที่นำร่องต้องการให้มีการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่กิจกรรมการดำเนินงานต่างๆ ไปยังประชาชนให้รับรู้อย่างทั่วถึง มากที่สุด ร้อยละ ๔๐ และพื้นที่ขยายต้องการให้มีการวิเคราะห์เครือข่าย/ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการทำงานมากที่สุด ร้อยละ ๕๗.๑

จากการเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามออนไลน์จำนวน ๘๖๖ แห่ง มีผู้ตอบกลับจำนวน ๔๕๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๒.๖ พบข้อมูลดังนี้ โดยส่วนมากผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในเขตสุขภาพที่ ๑ เชียงใหม่ ร้อยละ ๑๓.๘๒ มีตำแหน่งเป็นผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอร้อยละ ๔๘.๖๘ สำหรับกลไกการดำเนินงานในแต่ละอำเภอนั้น พบว่าทุกอำเภอมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ร้อยละ ๑๐๐ มีการจัดประชุมของ พขอ. ร้อยละ ๙๘.๙ ซึ่งในจำนวนนี้ได้ดำเนินการจัดประชุมมาแล้วจำนวน ๒-๓ ครั้ง ร้อยละ ๖๐.๙๗

ด้านสถานการณ์ปัญหาที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของคนในอำเภอที่สำคัญ พบว่า สถานการณ์ปัญหา ๓ อันดับ ลำดับแรก คือ ปัญหาด้านสุขภาพ ร้อยละ ๖๐ รองลงมา มี ๒ ประเด็นที่มีจำนวนการตอบแบบสอบถามเท่ากัน คือ ปัญหาด้านความยากจน และปัญหาอุบัติเหตุทางถนน ร้อยละ ๒๐ (ทั้ง ๒ ปัญหา)

สำหรับประเด็นโรคและภัยสุขภาพ พบว่า ส่วนมากแล้วปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาลำดับที่ ๑ ร้อยละ ๕๓.๖๓ ปัญหาการบาดเจ็บ ร้อยละ ๓๓.๓๓ เป็นปัญหาลำดับที่ ๒ และปัญหาโรคติดต่อทั่วไปแบบเฉียบพลัน/โรคประจำถิ่น/โรคอุบัติใหม่ ร้อยละ ๓๑.๑๓ เป็นลำดับที่ ๓ สำหรับปัญหาของพื้นที่ที่ พขอ. นำมาจัดทำเป็นโครงการแก้ไขปัญหาคือคุณภาพชีวิตในปี ๒๕๖๑ มากที่สุดคือการดูแลกลุ่มเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้เปราะบาง ร้อยละ ๖๕.๓๕ รองลงมาคือการจัดการด้านขยะและสิ่งแวดล้อม ร้อยละ ๕๙.๔๓ และอุบัติเหตุทางท้องถนนร้อยละ ๕๓.๕๑

สิ่งที่ต้องการได้รับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรคมากที่สุดคือ การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร องค์กรความรู้ ร้อยละ ๘๑.๕๘ รองลงมาคือ การสนับสนุนคู่มือ แนวทาง ร้อยละ ๗๓.๒๕ และการฝึกอบรม ร้อยละ ๕๘.๗๗

๕. สรุปข้อค้นพบ ระยะที่ ๑

๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกหนึ่งที่สามารถสนับสนุนงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้
๒. โครงสร้าง พชอ. มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยการมีส่วนร่วมจากภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ที่ทำได้จริง
๓. ปัจจุบัน พชอ. สามารถแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือกลุ่มที่ดำเนินการได้ดี และกลุ่มที่เริ่มต้นกระบวนการ พชอ. ซึ่งควรได้รับการพัฒนาในลำดับต่อไป
๔. ประเด็นปัญหาในพื้นที่กว่าครึ่งเป็นปัญหาด้านโรคและภัยสุขภาพ เป็นโอกาสของกรมควบคุมโรค ในการสนับสนุนการพัฒนา พชอ.
๕. Focal point ในการสนับสนุนการขับเคลื่อนทุกระดับ (กรม เขต จังหวัด) ยังขาดความชัดเจน

๖. สิ่งที่เป็นช่องว่าง/ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่จะดำเนินการต่อไป

๑. ระบบข้อมูลเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นปัญหา และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ยังต้องได้รับการพัฒนา
๒. การกำหนดเป้าหมายการทำงานและการสร้างความเข้าใจร่วมกันในการเชื่อมโยงภารกิจของแต่ละหน่วยงานใน คกก. ยังต้องได้รับการพัฒนา
๓. กลไกการขับเคลื่อน ยังขาดความชัดเจนของแผนงาน การดำเนินงาน และการติดตามประเมินผล
๔. การบูรณาการทรัพยากรจากภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน รวมทั้งกลไกและแนวทางการใช้จ่ายงบประมาณยังต้องทำความเข้าใจ
๕. การเผยแพร่/ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานของ พชอ. ไปสู่ประชาชนเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในพื้นที่ยังต้องได้รับการพัฒนา