รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ

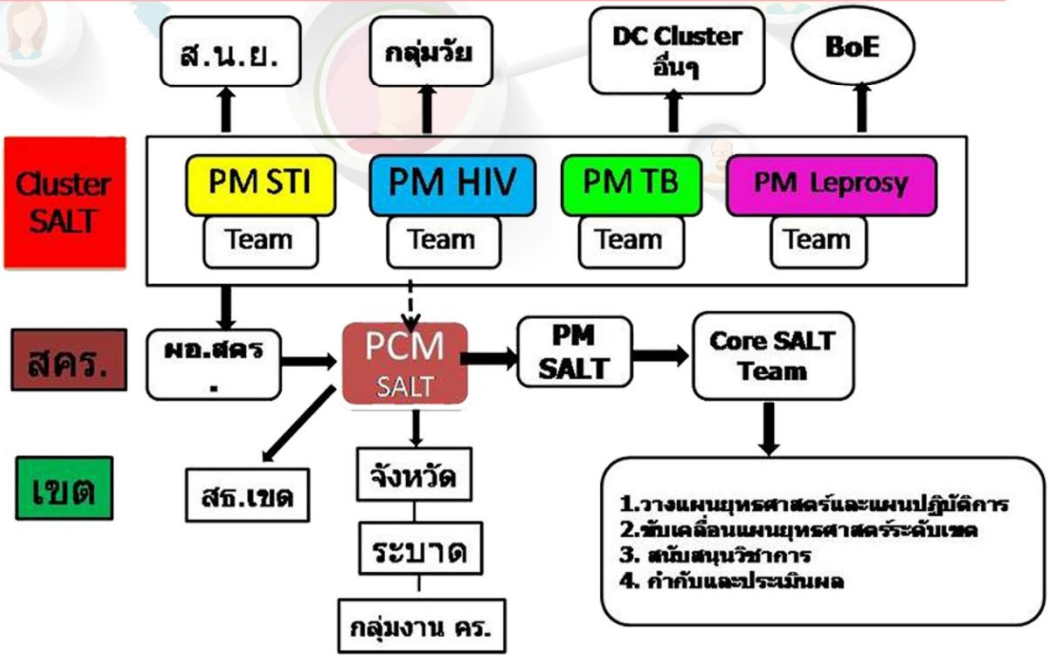
เรื่อง การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค

: การเชื่อมต่อ National Program กับ Regional Program

ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘

ณ โรงแรมริชมอนด์ ถนนรัตนาธิเบศร์ จังหวัดนนทบุรี

การเชื่อมต่องานระหว่าง National Program กับ Regional Program
แผนงานควบคุมโรคติดต่อเรื้อรัง (SALT)



สุขภาพดี เริ่มต้นที่นี่

สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

สารบัญ

เรื่อง	**หน้า**
บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)	ก
ความเป็นมา	ค
กำหนดการประชุม	จ
กล่าวรายงานการประชุม	๑
กล่าวเปิดการประชุม	๓
การบรรยาย เรื่อง ภาพรวมการดำเนินงานพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคที่ผ่านมาและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไป โดย นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	๔
อภิปราย เรื่อง “บทเรียนและการเรียนรู้จากการพัฒนาความเข้มแข็งระดับ National Program : จังหวะก้าวการเชื่อมต่อกับ Regional Program”	๘
● บทเรียนจากการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค	
● การเชื่อมต่อระหว่าง National Program กับ Regional Program	
➢ Cluster CD โดย นายแพทย์นิพนธ์ ชินานนท์เวช ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง	๘
➢ Cluster SALT โดย นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค	๑๘
➢ Cluster NATI โดย นายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ	๒๐
➢ Cluster Env-Occ โดย นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	๒๘
บรรยาย เรื่อง แนวคิดการประสานเชื่อมต่อระหว่าง National Program กับ Regional Program และชี้แจงแนวทางการประชุมกลุ่ม โดย นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ	๓๕
การอภิปราย เรื่อง “การบริหารจัดการ Disease Control Program Cluster ของ สคร. ที่ตอบสนองต่อเขตสุขภาพและจังหวัด”	๔๐
➢ นายวิรัช ประวันเตา รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ พิษณุโลก	๔๐
➢ นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ กรุงเทพ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ สระบุรี	๔๔
➢ แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ขอนแก่น	๔๗
➢ ดร.นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี	๕๑

สารบัญ (ต่อ)

ผลการประชุมกลุ่ม ๖๕

- Role & Function และรูปแบบการดำเนินงานที่เชื่อมต่อระหว่างNational Program กับ Regional Program
- แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการ Program Cluster ระดับ สคร.
  - ➢ Cluster โรคและภัยที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่ ๖๕
  - ➢ Cluster NATI ๖๖
  - ➢ Cluster CD ๖๗
  - ➢ Cluster Env - Occ ๗๑
  - ➢ Cluster SALT ๗๒

ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นจากผู้วิพากษ์ ๗๕

สรุปผลการประชุม ๗๙

โดย นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

มอบนโยบายการดำเนินงานในระยะต่อไปและปิดการประชุม ๘๐

โดย แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

ภาคผนวก ๘๑

- ❖ สรุปผลการประเมินความพึงพอใจ ๘๒
- ❖ รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม ๘๖

บทสรุปผู้บริหาร
(Executive Summary)
การประชุมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค
: การเชื่อมต่อ National Program กับ Regional Program

ความเป็นมา

กรมควบคุมโรคเห็นความสำคัญของการปฏิรูปบทบาทเพื่อพัฒนาสู่การเป็นหน่วยงานระดับชาติที่ดูแลระบบป้องกันควบคุมโรคของประเทศ ประเด็นสำคัญที่กรมจะต้องพัฒนาโดยเร่งด่วนคือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของแผนงานป้องกันควบคุมโรค จากการวิเคราะห์ช่องว่าง (GAP) ในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค ปี ๒๕๕๗ พบว่า Common GAP ที่สำคัญเป็นเรื่องของการขาดโครงสร้างการดำเนินงานที่เชื่อมต่อจากส่วนกลางไปสู่ระดับเขตนำสู่การปฏิบัติระดับจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น และพื้นที่ ปัจจุบันกรมควบคุมโรคมีสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ในส่วนภูมิภาคครอบคลุม ๑๒ เขตทั่วประเทศที่เป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนนโยบายในการป้องกันควบคุมโรค จากข้อค้นพบในการตรวจราชการของผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรคยังพบว่ามาตรการแนวทางการป้องกันควบคุมโรคที่ถ่ายทอดจากส่วนกลางไปสู่ระดับเขตนำสู่การปฏิบัติระดับจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น และพื้นที่นั้นยังมีปัญหา จำเป็นต้องมีการทบทวนรูปแบบการดำเนินงาน ดังนั้นคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจึงเห็นควรที่จะมีการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคระดับ สคร. เพื่อให้การดำเนินงานระหว่าง National Program มีการเชื่อมต่อกับ Regional Program และนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ได้ Role & Function และรูปแบบการดำเนินงานที่เชื่อมต่อของ National Program กับ Regional Program เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค
๒. เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถดำเนินการตาม Role & Function ของ Program

วิธีการดำเนินการ

การประชุมเชิงปฏิบัติการฯ ครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้จัดการแผนงาน ผู้ช่วยผู้จัดการแผนงาน Core Team ของแผนงาน ผู้อำนวยการ สคร. PCM ๕ Cluster (CD, SALT, NATI, Env - Occ และโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่) ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กองบริหาร จำนวน ๑๖๐ คน การดำเนินการประชุมฯ ประกอบด้วย การบรรยาย การอภิปรายและการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และระดมความคิด การกำหนด Role & Function และออกแบบการดำเนินงานที่เชื่อมต่อระหว่าง National Program กับ Regional Program เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค การหาแนวทางพัฒนาการบริหารจัดการ Program Clusterระดับ สคร. ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะและตอบข้อซักถาม

ผลการประชุมที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

๑. ได้ข้อสรุปของบทบาทหน้าที่ในส่วนของแผนงานควบคุมโรค ทั้งในระดับส่วนกลางและสคร.

๒. ได้ข้อเสนอในการเชื่อมต่อการประสานงานระหว่างแผนงานควบคุมโรคในส่วนกลางและสคร.และระหว่างแผนงานต่างๆในสคร. พร้อมทั้งเชื่อมต่อไปยังภาคีเครือข่ายพื้นที่ ในมิติภาคีเครือข่าย งบประมาณ การบริหารจัดการภายใน และการพัฒนาศักยภาพ

๓. ได้ข้อเสนอในจัดโครงสร้างของกลุ่มแผนงานโรคในระดับสคร.

๔. ได้แนวทางในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคในสคร.

ข้อเสนอต่อแผนงานควบคุมโรค (ทั้งในส่วนกลาง และสคร.)

๑. ทบทวนรายชื่อในทีมงานของแผนงานโรคทั้งใน ส่วนกลางและสคร.

๒. จัดทำข้อเสนอโครงสร้างและการบริหารจัดการของแผนงานควบคุมโรคในระดับ สคร.

๓. ส่งแผนพัฒนาความเข้มแข็งของแผนงานควบคุมโรคของสคร.ในระยะเวลา ๓ ปี

ข้อเสนอต่อกรม

๑. กรมฯ ควรมีการพัฒนาระบบการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแผนงานควบคุมโรคในทุกระดับ

๒. กองแผนงานควรจัดทำระบบงบประมาณให้สอดคล้องกับการบริหารจัดการของแผนงานควบคุมโรค

๓. กองการเจ้าหน้าที่ควรมีแผนและระบบในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

สิ่งที่คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจะดำเนินการต่อไป

๑. การสนับสนุนและให้คำปรึกษาในแต่ละแผนงานผ่านทางผู้ทรงคุณวุฒิที่รับผิดชอบ

๒. มีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

๓. จัดเวทีแลกเปลี่ยนในประเด็นทางวิชาการ

๓.๑ การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคอย่างยั่งยืน

๓.๒ การพัฒนาแผนงานควบคุมโรคในมิติของ NHA

๓.๓ การ Benchmark แผนงานกับหน่วยงานอื่นๆ ภายนอกกรม, กระทรวง

๔. การจัดทำเอกสาร แนวทางการปฏิบัติงานการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค (RDCP) เชื่อมโยงการทำงานจากส่วนกลางสู่ สคร. มีประเด็นดังนี้

- ความเข้าใจเรื่องของ Matrix และแนวปฏิบัติ
- บทบาทของแผนงานโรคและผู้จัดการแผนงานโรค
- การบริหารจัดการ
- PMS และความดีความชอบ
- โครงการบูรณาการ
- การจัดการงบประมาณ
- งานวิจัย

๕. ประสานกองแผนงานจัดทำงบประมาณขาลงปี ๒๕๕๙

๖. การจัดทำภาพปลายทาง RDCP ให้เกิดความชัดเจนและการกำหนดตัวชี้วัดปี ๒๕๕๙

❖ ดำเนินการ ภายในมิถุนายน - กรกฎาคม ๒๕๕๘

@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@

รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ

เรื่อง การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค

: การเชื่อมต่อ National Program กับ Regional Program

ระหว่างวันที่ ๑๘ – ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘

ณ โรงแรมริชมอนด์ ถนนรัตนาธิเบศร์ จังหวัดนนทบุรี

ความเป็นมา

กรมควบคุมโรคเห็นความสำคัญของการปฏิรูปบทบาทเพื่อพัฒนาสู่การเป็นหน่วยงานระดับชาติที่ดูแลระบบป้องกันควบคุมโรคของประเทศตามนโยบายการปฏิรูปของกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นสำคัญที่กรมจะต้องพัฒนาโดยเร่งด่วนเพื่อให้กรมสามารถบรรลุภารกิจการปรับบทบาทตามแนวทางปฏิรูปคือการเสริมสร้างความเข้มแข็งของแผนงานป้องกันควบคุมโรคซึ่งเป็นภารกิจหลักของงานควบคุมโรค และการพัฒนาบุคลากรที่เป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนกรม ในทศวรรษที่ผ่านมามีการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพและปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงมาก แผนงานควบคุมโรคไม่สามารถปรับตัวได้ทันทำให้มีแผนงานจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่ยังมีบทบาทในการเป็น National Program ที่สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าได้ดีในระดับหนึ่ง แต่ยังไม่สามารถทำหน้าที่เป็นแผนงานที่กำหนดนโยบายระดับชาติและดำเนินงานด้านวิชาการ รวมทั้งตอบคำถามสำคัญเชิงนโยบายในเชิงรุกได้ ในขณะที่แผนงานส่วนใหญ่ไม่อยู่ในสถานะที่เป็นแผนงานในระดับชาติที่เป็นที่ยอมรับ ดังนั้นแผนงานควบคุมโรคที่กรมดูแลทั้งหมดควรได้รับการทบทวนและพัฒนาคู่ขนานกันไปโดยในระยะแรกเลือกพัฒนาแผนงานที่มีความสำคัญหรือความจำเป็นในลำดับต้นตามศักยภาพที่มีและเพื่อปิดช่องว่างสำคัญ หน่วยงานที่รับผิดชอบแผนงานควรเป็นผู้วินิจฉัยตนเอง วิเคราะห์ตนเองในด้านต่างๆ เพื่อความเป็นเจ้าของอันเป็นปัจจัยหลักแห่งความสำเร็จ ผู้ทรงคุณวุฒิร่วมเป็นที่ปรึกษาใกล้ชิดทำงานร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งของทีม กรมกำหนดนโยบายที่ชัดเจนและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องในการพัฒนาแผนงาน (Topdown Policy) ในขณะเดียวกันหน่วยงานและทีมงานที่รับผิดชอบแผนงานต้องเป็นหลักในการกำหนดยุทธศาสตร์แนวทางดำเนินโครงการ (bottom Up) เพื่อพัฒนาแผนงานให้เป็นรากฐานสำคัญของระบบควบคุมโรค กลยุทธ์ที่จะทำให้ประสบความสำเร็จประกอบด้วย การมีระบบบริหารจัดการโครงการที่ดี (ใช้ทั้งอำนาจบริหารในการกำหนดนโยบายและตัดสินใจประเด็นที่สำคัญในการผลักดันโครงการ และใช้ Positive Peer Pressure และเวทีการแลกเปลี่ยนผลงานระหว่างแผนงานเป็นตัวช่วยผลักดัน)

จากการวิเคราะห์ช่องว่าง (GAP) ในการพัฒนาความเข้มแข็งปี ๒๕๕๗ พบว่า Common GAP ที่แผนงานมีร่วมกัน ได้แก่ ๑) บุคลากรในแผนงานขาดศักยภาพและสัดส่วนของบุคลากรต่อภาระงานไม่สมดุลกัน ๒) ขาดโครงสร้างการดำเนินงานที่เชื่อมต่อจากส่วนกลางไปสู่ระดับเขต นำสู่การปฏิบัติระดับจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น และพื้นที่ และ ๓) ขาดการกำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญของ Program ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการที่กรมฯ ขาดทิศทางในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคที่ชัดเจน และจากช่องว่าง (GAP) ดังกล่าวโดยเฉพาะการขาดโครงสร้างการดำเนินงานที่เชื่อมต่อจากส่วนกลางไปสู่ระดับเขตนำสู่การปฏิบัติระดับจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น และพื้นที่นั้น ปัจจุบันกรมควบคุมโรคมีสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ในส่วนภูมิภาคครอบคลุม ๑๒ เขตทั่วประเทศ ที่เป็นหน่วยงานในการขับเคลื่อนนโยบายในการป้องกันควบคุมโรค จากการที่กรมมีการจัดโครงสร้างการดำเนินงานใน สคร.แบบยุทธศาสตร์ แต่ขณะเดียวกันหน่วยงานในส่วนกลางที่รับผิดชอบแผนงานควบคุมโรคระดับชาติ (National Disease Control Program) มีการจัดโครงสร้างตามโรค (Disease Oriented) จึงส่งผลให้การส่งต่อนโยบาย เป้าหมาย มาตรฐาน มาตรการในการป้องกันควบคุมโรคมีอุปสรรค และจากข้อค้นพบในการตรวจราชการของผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ยังพบว่ามาตรการ แนวทางการป้องกันควบคุมโรคที่ถ่ายทอดจากส่วนกลางไปสู่ระดับเขตนำสู่การปฏิบัติระดับจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น และพื้นที่นั้น ยังมีปัญหาโดยเฉพาะจังหวัดไม่ได้จัดทำแผนงาน/โครงการที่สอดคล้องกับ

มาตรการที่กรมถ่ายทอดผ่าน สคร. ลงไป หรือเลือกทำเพียงบางมาตรการเท่านั้นและเน้นที่ระบบบริการหรือ Service plan มากกว่าการป้องกัน และเมื่อเกิดการระบาดของโรค ผู้ตรวจราชการและจังหวัดมีความต้องการการสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญในการควบคุมโรค จำเป็นต้องมีการทบทวนรูปแบบการดำเนินงาน โดยเฉพาะ สคร. ที่เป็นหน่วยงานที่รับนโยบายและนำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ดังนั้นคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจึงเห็นควรจัดทำโครงการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค (Revitalizing Disease Control Program : RDCP) ปี ๒๕๕๘ ขึ้น เพื่อพัฒนาปิดช่องว่างการดำเนินงานของแผนงานควบคุมโรค ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งของแผนงานควบคุมโรคระดับชาติ และเชื่อมต่อไปถึงระดับเขตและนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ได้ Role & Function และรูปแบบการดำเนินงานที่เชื่อมต่อของ National Program กับ Regional Program เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค
๒. เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถดำเนินการตาม Role & Function ของ Program

กลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้บริหาร
๒. นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๓. ผู้จัดการแผนงาน ผู้ช่วยผู้จัดการแผนงาน
๔. Core Team ของแผนงาน
๕. ผู้อำนวยการ สคร.
๖. PCM ๕ Cluster (CD, SALT, NATI, Env- Occ และโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่)
๗. ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
๘. กองบริหาร

ระยะเวลา

ระหว่างวันที่ ๑๘ – ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘

สถานที่

โรงแรมริชมอนด์ ถนนรัตนาธิเบศร์ จังหวัดนนทบุรี

กำหนดการประชุมเชิงปฏิบัติการ(ครั้งที่ ๓)
เรื่อง การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค
: การเชื่อมต่อ National Program กับ Regional Program
ระหว่างวันที่ ๑๘ – ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘
ณ โรงแรมริชมอนด์ ถนนรัตนาธิเบศร์ จังหวัดนนทบุรี
****

<u>วันจันทร์ที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๕๘</u>

เวลา ๐๙.๐๐ – ๐๙.๓๐ น. พิธีเปิดการประชุมและบรรยายพิเศษ เรื่อง **การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค: การเชื่อมต่อ National Program กับ Regional Program**
โดย นายแพทย์โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค
กล่าวรายงาน
โดย นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ ประธานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

เวลา ๐๙.๓๐ – ๑๐.๓๐ น. การบรรยาย เรื่อง ภาพรวมการดำเนินงานพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคที่ผ่านมาและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไป
โดย นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๒.๐๐ น. อภิปรายเรื่อง**“บทเรียนและการเรียนรู้จากการพัฒนาความเข้มแข็งระดับ National Program:จังหวะก้าวการเชื่อมต่อกับ Regional Program”**

- บทเรียนจากการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค
- การเชื่อมต่อระหว่างNational Program กับ Regional Program

โดย

นพ.นิพนธ์ ชินานนท์เวช	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง
นพ.เฉวตสรร นามวาท	ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค
ดร.นพ. ภานุวัฒน์ ปานเกตุ	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
นพ.ปรีชา เปรมปรี	ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

ดำเนินการอภิปรายโดย นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

เวลา ๑๓.๐๐ – ๑๓.๓๐ น. บรรยายแนวคิดการประสานเชื่อมต่อระหว่างNational Program กับ Regional Program และชี้แจงแนวทางการประชุมกลุ่ม
โดย นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

เวลา ๑๓.๓๐– ๑๖.๓๐ น. แบ่งกลุ่มระดมความคิด ๕ Clusterเพื่อกำหนด Role & Function และออกแบบการดำเนินงานที่เชื่อมต่อระหว่าง National Program กับ Regional Program เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค
โดย วิทยากรกลุ่ม
Cluster CD นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์/พญ.ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ
Cluster SALT นพ.สมบัติ แทนประเสริฐสุข/พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัศมี
Cluster NATI นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนานนท์/นพ.ชัยรัตน์ เตชะไตรศักดิ์
Cluster Env-Occนพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์

Cluster โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ นพ.วิชัย สติมัย/นายวันชัย อาจเขียน

<u>วันอังคารที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘</u>

เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๐.๓๐ น. การอภิปราย เรื่อง**"การบริหารจัดการ Disease Control Program Cluster ของ สคร. ที่ตอบสนองต่อเขตสุขภาพและจังหวัด"**

โดย

ดร.นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ กรุงเทพ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ สระบุรี
แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ขอนแก่น
นายวิรัช ประวันเตา	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ พิษณุโลก

ดำเนินการอภิปรายโดยนายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

เวลา ๑๐.๓๐ – ๑๒.๓๐ น. แบ่งกลุ่มระดมความคิด ๕ Cluster เพื่อหาแนวทางพัฒนาการบริหารจัดการ Program Clusterระดับ สคร.

โดย วิทยากรกลุ่ม

Cluster CD	นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์/พญ.ปิยนิตย์ ธรรมาภรณ์พิลาศ/พญ.จุไร วงศ์สวัสดิ์
Cluster SALT	นพ.สมบัติ แทนประเสริฐสุข/พญ.พัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์
Cluster NATI	นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนานนท์/ พญ.สุพัตรา ศรีวณิชชากร
Cluster Env-Occ	นพ.สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์

Cluster โรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ นพ.วิชัย สติมัย/นายวันชัย อาจเขียน

เวลา ๑๒.๓๐ – ๑๓.๓๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

เวลา ๑๓.๓๐ – ๑๔.๓๐ น. นำเสนอผลการประชุมกลุ่ม

- Role & Function และรูปแบบการดำเนินงานที่เชื่อมต่อระหว่างNational Program กับ Regional Program
- แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการ Program Cluster ระดับ สคร.

โดย ผู้แทนกลุ่ม

วิพากย์และให้ข้อเสนอแนะ โดย

- แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
- นายแพทย์ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
- นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
- นายแพทย์วิชัย สติมัย นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

เวลา ๑๔.๓๐ – ๑๕.๐๐ น. มอบนโยบายการดำเนินงานในระยะต่อไปและปิดการประชุม

โดย แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@

<u>หมายเหตุ</u>: เวลา ๑๐.๓๐-๑๐.๔๕ น. และ ๑๔.๓๐-๑๔.๔๕ น. รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม

การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค
: การเชื่อมต่อ National Program กับ Regional Program
ระหว่างวันที่ ๑๘ – ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘
ณ โรงแรมริชมอนด์ ถนนรัตนาธิเบศร์ จังหวัดนนทบุรี
****

กล่าวรายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการ

โดย นายแพทย์ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ ประธานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

กระผมในนามของคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เข้าร่วมประชุม ขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างยิ่งที่ได้กรุณาให้เกียรติมาเป็นประธานในพิธีเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค: การเชื่อมต่อ National Program กับ Regional Program ในวันนี้

กระผมขอเรียนรายละเอียดความเป็นมาเกี่ยวกับการประชุม ดังนี้ครับ

ตามที่กรมควบคุมโรคได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคเพื่อให้กรมสามารถบรรลุภารกิจการปรับบทบาทตามแนวทางปฏิรูปคือการเสริมสร้างความเข้มแข็งของแผนงานป้องกันควบคุมโรคซึ่งเป็นภารกิจหลักของงานควบคุมโรคและการพัฒนาบุคลากรที่เป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนกรม ซึ่งจากการวิเคราะห์ช่องว่าง(GAP) ในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคปี ๒๕๕๗ พบว่า Common GAP ที่แผนงานมีร่วมกัน ได้แก่ ๑) บุคลากรในแผนงานมีศักยภาพยังไม่เพียงพอและสัดส่วนของบุคลากรต่อภาระงานไม่สมดุลกัน ๒) ขาดโครงสร้างการดำเนินงานที่เชื่อมต่อจากส่วนกลางไปสู่ระดับเขตนำสู่การปฏิบัติระดับจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น และพื้นที่ และ ๓) ขาดการกำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญของ Programซึ่งคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิได้มีการดำเนินการเพื่อปิด GAP ดังกล่าว โดยที่ผ่านมาได้มีการจัดประชุม Workshop ๑ เรื่อง การกำหนดทิศทางและจัดทำ Road Map ในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ ในวันที่ ๑๕ - ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๗ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นแผนงานจากสำนักส่วนกลาง ผลที่ได้ คือ แผนพัฒนาความเข้มแข็งเพื่อปิด Gap ที่สำคัญของแต่ละแผนงานในระยะ ๓ ปี (ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐) และในส่วนของ Common Gap ได้เสนอให้กรมควบคุมโรคสนับสนุนในการปิด Gap ในภาพรวม และวิเคราะห์บทบาท NHA ให้เกิดความชัดเจนและ set priority ในการดำเนินการ พร้อมทั้งมอบหมายหน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้ประสาน พัฒนาและติดตามกำกับเพื่อสนับสนุนการปิด Common Gap ในภาพรวมและในส่วนของ สคร. ได้มีการจัดประชุม Workshop ๒ เรื่อง การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคระดับ สคร. ในวันที่ ๒๐-๒๒ มกราคม ๒๕๕๘ ผลที่ได้ คือ สคร.มีกลไกการบริหารจัดการในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคระดับ สคร. (๕ Cluster : CD, SALT, NATI, Env-Occ และโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ครอบคลุม ๑๒ เขต) จากการประชุม ๒ ครั้งที่ผ่านมาเป็นการพัฒนาแนวทางและเตรียมการในการดำเนินงานระหว่างส่วนกลางและ สคร. ในครั้งนี้จะเป็นการประชุมครั้งที่ ๓ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สำนักส่วนกลางที่รับผิดชอบแผนงานควบคุมโรคระดับชาติและ สคร.ที่รับผิดชอบแผนงานควบคุมโรคระดับเขต มาร่วมหาแนวทางให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างแผนงานระดับชาติกับแผนงานระดับเขต และนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมฯ ประกอบด้วย ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้จัดการแผนงาน ผู้ช่วยผู้จัดการแผนงาน Core Team ของแผนงาน ผู้อำนวยการ สคร. ผู้จัดการกลุ่มแผนงานระดับเขตหรือ PCM ๕ Cluster (CD, SALT, NATI, Env- Occ และโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่) ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กองบริหาร จำนวน ๑๖๐ คน การดำเนินการประชุมฯประกอบด้วยการ

บรรยาย การอภิปราย การประชุมกลุ่มย่อย เพื่อระดมความคิดหาแนวทางให้แผนงานระดับชาติเกิดการเชื่อมโยงกับแผนงานควบคุมโรคระดับเขต และนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่

บัดนี้ได้เวลาอันสมควรแล้ว กระผมขอเรียนเชิญท่านประธานได้กรุณากล่าวเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการฯและให้เกียรติบรรยายพิเศษเรื่อง การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค : การเชื่อมต่อ National Program กับ Regional Program ขอเรียนเชิญครับ

&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&&

กล่าวเปิดการประชุม

โดย นายแพทย์โสภณ เมฆธน อธิบดีกรมควบคุมโรค

ท่านผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้จัดการแผนงาน ผู้อำนวยการ สคร. PCM ๕ Cluster (CD, SALT, NATI, Env- Occ และโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่) ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน

ผมมีความยินดีและเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้เป็นประธานในการเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค : การเชื่อมต่อ National Program กับ Regional Program ครั้งนี้เป็นครั้งที่ ๓ จำได้ว่าครั้งแรกส่วนกลางมีปัญหาเรื่องความเข้มแข็งของผู้จัดการแผนงาน คงต้องมีสถาบันในการ Training และทางกรมก็รับข้อเสนอนั้นมา ครั้งที่ ๒ เป็นส่วนของ สคร. มีปัญหาในเรื่อง Structure ที่รองรับ Program เพราะส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานในเชิงการขับเคลื่อนเชิงยุทธศาสตร์ ครั้งนี้จะเป็นการเชื่อมโยงสองส่วนเข้าด้วยกันและมองในภาพรวมว่าจะขับเคลื่อนเรื่อง RDCP อย่างไร ทุกภาคส่วนของกรมต้องเข้าร่วมดำเนินการขับเคลื่อน RDCP เป็นงานที่สำคัญของกรม ถ้าดูตามยุทธศาสตร์เรามี Vision เป็นหน่วยงานที่ต้องทำให้ได้มาตรฐานทั้งป้องกันควบคุมโรค และต้องเป็นที่เชื่อถือ คือต้องมี Partnership ทำงานร่วมกับผู้อื่น ๒. ความเป็น Expert ต้องมีนวัตกรรม มีความเชี่ยวชาญ ๓. เรื่องการสื่อสาร ๔. การจัดการระบบภาวะฉุกเฉิน ๕. M&E เรื่อง RDCP เป็นการตอบสนองยุทธศาสตร์ที่สอง เพราะ Program โรคต่างๆ ที่สามารถกำจัดโรคต่างๆไปได้ ไม่ว่าจะเป็นโปลิโอ ไข้ทรพิษ สามารถควบคุมโรคได้ พวกโรค EID ต่างๆ ไม่ว่าเป็น SARS หรือ Ebola เพราะด้วยความเข้มแข็งของกรมควบคุมโรคกับภาคีเครือข่ายกับสำนักงานปลัดทั้งหมด กรมควบคุมโรคได้เห็นความสำคัญของการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคเพื่อให้เป็นผู้นำในการป้องกันควบคุมโรคของประเทศ โดยที่ทุกหน่วยงานของกรมฯจะต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงงานจากส่วนกลางสู่ภูมิภาคและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของปัญหาแต่ละพื้นที่ และกรมฯมีแนวคิดว่าหน่วยงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาคควรเป็นเนื้อเดียวกัน เพราะการมีสำนักงานในภูมิภาคจะเป็นกำลังสำคัญที่กรมจะเชื่อมโยงงานกับพื้นที่และเข้าใจปัญหาอย่างแท้จริง การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคระหว่างส่วนกลางและ สคร.จะส่งผลให้การนำนโยบาย เป้าหมาย มาตรฐาน มาตรการการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคนำสู่การปฏิบัติในพื้นที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น การประชุมครั้งนี้จะเป็นส่วนหนึ่งในการปิดช่องว่างที่สำคัญของการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค

ในโอกาสนี้ ผมขอขอบคุณผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน และขอความร่วมมือทุกท่านที่เข้าร่วมประชุมฯ โปรดช่วยกันร่วมระดมความคิดเห็นและร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการประชุมฯ ครั้งนี้ให้ได้รับผลสำเร็จต่อไป

บัดนี้ ได้เวลาอันสมควรแล้ว ผมขอเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค : การเชื่อมต่อ National Program กับ Regional Program ณ บัดนี้

การบรรยาย เรื่อง ภาพรวมการดำเนินงานพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคที่ผ่านมาและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไป

โดย นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

ในส่วนของผู้ทรงคุณวุฒิจะทำงานในรูปแบบคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิมีการแบ่งงานกัน และมี Core Group รับผิดชอบในแต่ละเรื่อง และทุกท่านมีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน

การพัฒนาความเข็มแข็งแผนงานควบคุมโรค (Revitalizing Disease Control Program : RDCP)

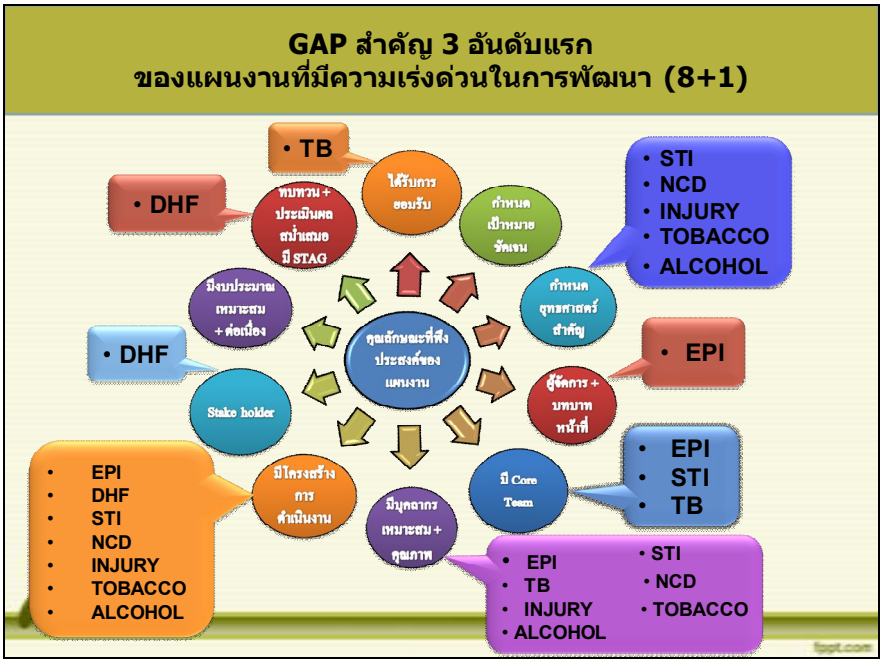
- การเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายใน ภายนอก ที่ส่งผลต่อระบาดวิทยาของโรคและภัยสุขภาพ และการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค
- พัฒนาการด้านนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ กระทรวงสาธารณสุข และการปฏิรูประบบสุขภาพ
- มิติยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรค
    - ยุทธศาสตร์องค์การ vs ยุทธศาสตร์ควบคุมโรค
    - โครงสร้างองค์กร บทบาทหน้าที่ และงานที่ปฏิบัติ กับการสั่งสมความเชี่ยวชาญ

<u>การดำเนินงาน</u>

- ริเริ่มตั้งแต่ ปีงบประมาณ ๒๕๕๔
- ปี ๒๕๕๖-๒๕๕๗
    - วิเคราะห์ GAP เทียบกับประเด็นสำคัญตามนิยามความเข้มแข็งของแผนงานโรคฯ
    - กำหนดแผนงานเร่งด่วนที่ต้องพัฒนา (๗+๑) จาก ๑๘ แผนงาน
- ปี ๒๕๕๘
    - จัดทำเป็นโครงการ กำหนดเป็นตัวชี้วัดในคำรับรองของสำนักส่วนกลาง
    - จัดทำ Roadmap ๒๕๕๘-๒๕๖๐

Common Gap ปี ๒๕๕๗ จากการวิเคราะห์ของแผนงานโรค มีดังนี้

- บุคลากรในแผนงานขาดศักยภาพและสัดส่วนของบุคลากรต่อภาระงานไม่สมดุลกัน
- ขาดโครงสร้างการดำเนินงานที่เชื่อมต่อจากส่วนกลางไปสู่ระดับเขตนำสู่การปฏิบัติระดับจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่น และพื้นที่
- ขาดการกำหนดยุทธศาสตร์ที่สำคัญของ Program



ข้อเสนอเพื่อปิด Common GAP

แผนการดำเนินงานระยะยาว

- สถาบันพัฒนาบุคลากรด้านการป้องกันและควบคุมโรค (โรงเรียน PM + Core Team)
- ทบทวนบทบาทหน้าที่ ภาระบริการ และทำข้อเสนอเชิงโครงสร้าง อัตรากำลัง และความรับผิดชอบของพื้นที่
- ทบทวนและทำความเข้าใจกับบางสำนักที่มีหลาย Program หรือ Program เดียวที่มีปัญหาการจัดการ โดยการ adjust PM ในบาง Program
- ทบทวนการจัดโครงสร้างของ สคร. เพื่อรองรับการดำเนินงาน RDCP โดยอาจจะพัฒนาโครงสร้างเดิมหรือปรับโครงสร้างใหม่

แผนการดำเนินงานระยะสั้น(ปี ๒๕๕๘)

<u>โครงการ/กิจกรรม</u>

- พัฒนาระบบ Matrix Organization ให้เกิดขึ้นใน สคร. และสำนักส่วนกลาง โดยการจัด Workshop ที่ส่วนกลางและ สคร.มีการออกแบบร่วมกันเพื่อสร้างความเข้าใจในโครงสร้างที่มีอยู่ให้สามารถรองรับ RDCP ได้
- Training (Core Team) การจัดทำยุทธศาสตร์ Program
- ต่อยอดหลักสูตร LDC, MDC โดยเฉพาะเรื่อง Program Management ในการเป็นผู้นำด้านการควบคุมโรค

กิจกรรมการดำเนินงานที่ผ่านมา RDCP

Workshop I	วันที่ ๑๕-๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๗ : การกำหนดทิศทางและจัดทำ Road Map ในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐
Workshop II	วันที่ ๒๐-๒๒ มกราคม ๒๕๕๘ : การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคระดับ สคร.
การพัฒนาบุคลากร	วันที่ ๑๖ – ๑๘ มีนาคม ๒๕๕๘ : การพัฒนาศักยภาพนักควบคุมโรครุ่นใหม่ ระดับ สคร. (Core Team) พัฒนา LDC ๕ เพื่อเป็นแกนสนับสนุนทางด้านวิชาการให้กับ Program

ผลการดำเนินงาน

- เกิดแผนพัฒนาความเข้มแข็งของแผนงานควบคุมโรค โดยสำนักส่วนกลาง
- สคร. มีกลไกการบริหารจัดการในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคระดับ สคร. (Matrix Organization) (๕ Clusters: CD, SALT, NATI, Env-Occ และโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่ ครอบคลุม ๑๒ เขต)
- นักควบคุมโรครุ่นใหม่ (Core Team) ของ สคร. ได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อเป็นเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญใน Cluster ที่เกี่ยวข้อง จำนวน ๑๐๐ คน
- LDC ๕ เสนอรายงาน Situation Analysis เพื่อกำหนดประเด็นที่จะพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายฯ จำนวน ๒๗ เรื่อง

ข้อค้นพบสำคัญในมุมมองผู้ทรงคุณวุฒิ

- ความพร้อมของส่วนกลางในการจะเป็นผู้นำในเรื่องการบริหารจัดการ Program ยังไม่เพียงพอ
- บทบาทของผู้จัดการแผนงาน & Core Team ต่อการบริหารจัดการโปรแกรมยังมองภาพไม่ชัด
- ระดับ สคร. มีการมอบหมายให้มี PCM เกิดขึ้นแต่ยังขาดกลไกที่จะเชื่อมต่องานกับส่วนกลางที่เป็นรูปธรรม
- การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างความเข้มแข็ง โดยการสนับสนุนของหน่วยงานสายบริหาร
- ยังขาดการวัด และการประเมินผล RDCP (Output, Outcome and Impact)
- ความชัดเจนเรื่อง Focal point ในส่วนกลาง เพื่อประสาน สคร. สำหรับประเด็นโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่

ความคาดหวังที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลง

- Program ส่วนกลางเป็นผู้นำในการขับเคลื่อนแผนงานให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรม
- สคร. สามารถกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ได้ และมีกลไกที่จะเชื่อมต่อทั้งส่วนกลางและพื้นที่ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม (การประชุมเชิงปฏิบัติการ ๑๘-๑๙ พค ๕๘)

สิ่งที่จะดำเนินการต่อไป

- ติดตามการดำเนินงาน และวัดผลการเปลี่ยนแปลง (RDCP แล้วดีขึ้นจริงหรือ)
- Matrix ในส่วนกลาง
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ – สิงหาคม ๒๕๕๙
- พัฒนาแนวทางการเชื่อมโยง
  - ส่วนกลาง ⇔ เขต⇔ จังหวัด
- บรรจุ RDCP เป็นตัวชี้วัดคำรับรอง ปี ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ ของสำนัก สถาบัน และ สคร

@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@@

อภิปรายเรื่อง“บทเรียนและการเรียนรู้จากการพัฒนาความเข้มแข็งระดับ National Program : จังหวะก้าวการเชื่อมต่อกับ Regional Program”

- **บทเรียนจากการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค**
- **การเชื่อมต่อระหว่าง National Program กับ Regional Program**

ดำเนินการอภิปรายโดย นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน กล่าวนำเรื่องของภาพใหญ่ RDCP ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยขับเคลื่อนให้ดำเนินการได้ เช่น LDC DCSR เป็นต้น ทุกกิจกรรมมุ่งหน้าสู่ความสำเร็จของ RDCP ในการประชุมครั้งนี้เราเน้นการเชื่อมต่อระหว่าง National Program กับ Regional Program ในครั้งนี้ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาคต้องร่วมมือกันเพื่อให้การขับเคลื่อนมีความราบรื่นและประสบความสำเร็จ โดยในวันนี้ผู้แทนจาก National Program ทั้ง ๔ Cluster จะมานำเสนอให้ทุกท่านฟังว่าบทเรียนจากการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคที่ผ่านมาเป็นอย่างไรและการเชื่อมต่อระหว่าง National Program กับ Regional Program จะทำได้อย่างไร จะร่วมมือกันอย่างไรให้ประสบความสำเร็จ

<u>Cluster CD</u>

ผู้อภิปราย นายแพทย์นิพนธ์ ชินานนท์เวช ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง

Cluster CD ประกอบด้วย ๔ สำนัก ๗ แผนงาน ดังนี้

๑. สำนักโรคติดต่อทั่วไป (แผนงานควบคุมโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ และแผนงานควบคุมโรคติดต่อจากสัตว์และคน)
๒. สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ (แผนงานควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่)
๓. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง (แผนงานควบคุมโรคมาลาเรียและแผนงานควบคุมโรคไข้เลือดออก)
๔. สถาบันบำราศนราดูร (แผนงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล)

ขอนำเสนอภาพรวมของแผนงาน ในส่วนของ Role & Function รูปแบบการเชื่อมต่อ National Program & Regional program GAP ที่พบในปัจจุบันและ ข้อเสนอเพื่อปิด GAP มีรายละเอียดดังนี้

Role & Function

๑. กำหนดนโยบาย มาตรการที่ชัดเจน
๒. จัดประชุมเพื่อถ่ายทอดและสื่อสารความเข้าใจที่ตรงกัน
๓. จัดตั้งผู้ประสานงานหลักและพัฒนาบุคลากร และสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน
๔. กำหนดการนิเทศ ติดตามประเมินผล
๕. ถอดบทเรียน
๖. สนับสนุนงานวิจัย
๗. ร่วมจัดทำแผนระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
๘. สร้างคู่มือและแนวทาง

รูปแบบการเชื่อมต่อ National Program &Regional program

๑. ร่วมวิเคราะห์ วางแผน และจัดทำโครงการ รวมทั้งการนิเทศ ติดตามและประเมินผล
๒. ดำเนินงานผ่านรูปแบบคณะกรรมการฯ

GAP ที่พบในปัจจุบัน

๑. โครงสร้างไม่เอื้อต่อการเชื่อมต่อการประสานงาน
๒. โครงการยังไม่มีความชัดเจน
๓. การถ่ายทอดงานจากส่วนกลางไประดับเขตมีน้อย ทำให้ไม่มีการติดตามผล
๔. บุคลากรมีประสบการณ์น้อย และเปลี่ยนงานบ่อย
๕. ขาดฐานข้อมูลที่สำคัญ
๖. ขาดการพัฒนาข้อมูลที่มีอยู่แล้ว
๗. พัฒนาการสื่อสารสาธารณะ

ข้อเสนอเพื่อปิด GAP

๑. จัดทำช่องทางหรือสร้างกลไกการประสานงานและการดำเนินงาน
๒. ร่วมมือจัดทำโครงการระหว่างส่วนกลางและส่วนภูมิภาค
๓. กำหนดแผนงาน โครงการ กิจกรรม และจัดให้มีการถ่ายทอดสู่ สคร.มากขึ้น
๔. จัดทำแผนสมรรถนะบุคลากรฯ สำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ และการฟื้นฟูสมรรถนะสำหรับบุคลากรเดิมเป็นระยะ
๕. ร่วมกันรวบรวมจัดทำฐานข้อมูลและนำข้อมูลที่มีอยู่เดิมมาพัฒนา และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลกันในพื้นที่ต่างๆ

๑. แผนงานควบคุมโรคมาลาเรีย

Role & Function

ส่วนกลาง

- กำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์/ จัดทำแนวทางการดำเนินงาน/ ถ่ายทอดนโยบายยุทธศาสตร์และแนวทางการดำเนินงาน
- ศึกษาและรวบรวมองค์ความรู้/ ถ่ายทอดองค์ความรู้นำไปสู่การปฏิบัติ/ถอดบทเรียน
- ประเมินและรวบรวมเทคโนโลยี/ กำหนดมาตรฐานศูนย์ความเป็นเลิศฯ/ถ่ายทอดผลการประเมินเทคโนโลยี/ ทดสอบประสิทธิภาพของสารเคมี
- จัดทำคู่มือ มาตรฐาน แนวทางการ/ ถ่ายทอด เผยแพร่คู่มือ/ พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ กำหนดและรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงาน การตรวจวินิจฉัย/ ควบคุมคุณภาพชุดตรวจ
- จัดระบบเฝ้าระวัง/ จัดทำแนวทางมาตรฐานการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินการระบาดของโรค/ นำข้อมูลมาใช้ประกอบในการวิเคราะห์ เตือนภัย ชี้เป้าพื้นที่เสี่ยง และการพยากรณ์โรคล่วงหน้า
- สร้างและพัฒนากลไกด้านกฎหมาย/ เผยแพร่/ถ่ายทอด กฎหมาย
- จัดเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างประเทศ/ จัดทำ MOU
- กำกับติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ
- วางแผนในการจัดหาทรัพยากรและงบประมาณ/ จัดทำแผนการใช้จ่ายงบประมาณ/ ประเมินประสิทธิผลของการใช้จ่าย

- จัดทำระบบฐานข้อมูลเผยแพร่ ถ่ายทอดระบบข้อมูล
- จัดทำกรอบอัตรากำลัง / จัดทำหลักสูตร / พัฒนาสมรรถนะของบุคลากร

ส่วนภูมิภาค

- ถ่ายทอดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแนวทางการดำเนินงานสู่พื้นที่ พร้อมทั้งร่วมดำเนินงานและกำกับติดตาม ประเมินผล และถอดบทเรียนร่วมกับส่วนกลาง

รูปแบบการเชื่อมต่อ National Program & Regional program

- จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อการดำเนินงานกำจัดโรคมาลาเรียโดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน
- จัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ติดต่อประสานงานในแต่ละด้านให้เป็นปัจจุบันทุกปี
- กำกับติดตามผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อปรับปรุงพัฒนางาน ชี้แจงนโยบายลงสู่จังหวัด(สสจ.) โดยผ่านทางผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒

GAP ที่พบในปัจจุบัน

- หน่วยงานในพื้นที่ไม่เข้าใจในนโยบายและบทบาทที่จะต้องดำเนินการ
- ขาดการบูรณาการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างประเทศอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน
- การกำกับติดตาม และประเมินผล ยังไม่เป็นระบบและต่อเนื่อง
- บุคลากรที่เชี่ยวชาญตรงสายงานมาลาเรียมีจำนวนน้อยลง
- ขาดความชัดเจนของการเชื่อมต่อโครงสร้างระหว่างหน่วยงาน
- บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานมาลาเรียยังไม่ชัดเจน
- ขาดคณะทำงานจากกรมควบคุมโรค เพื่อถ่ายทอดนโยบายการกำจัดโรคมาลาเรียลงสู่ระดับพื้นที่

ข้อเสนอเพื่อปิด GAP

- ถ่ายทอดนโยบาย ยุทธศาสตร์ แนวทางการดำเนินงานและองค์ความรู้ต่างๆ ก่อนเริ่มดำเนินงาน
- จัดตั้งกรรมการประสานงาน ประชุมเพื่อบูรณาการงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- จัดทำฐานข้อมูลระหว่างประเทศร่วมกัน
- จัดทำกรอบแนวทางการกำกับติดตามประเมินผล และจัดทีมเพื่อกำกับ ติดตามและประเมินผล
- จัดทำกรอบอัตรากำลังเพื่อทดแทนบุคลากร พัฒนาสมรรถนะบุคลากร
- กำหนดโครงสร้างที่ชัดเจนเป็นระบบในการเชื่อมต่อประสานการดำเนินงาน
- หน่วยงานร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน
- จัดตั้งคณะกรรมการของกรมควบคุมโรค เพื่อถ่ายทอดนโยบายการกำจัดโรคมาลาเรียลงสู่ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่

๒. แผนงานควบคุมโรคไข้เลือดออก

Role & Function

ส่วนกลาง

- การถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์
- การสร้างและจัดการองค์ความรู้ วิจัย และพัฒนาที่ตอบสนองและแก้ปัญหาโรค
- การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
- ปรับปรุงมาตรฐานบริการ
- การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค
- พัฒนากลไกด้านกฎหมาย
- ประสานความร่วมมือระหว่างประเทศ
- กำหนดกรอบการติดตามและประเมินผลและสร้างทีมกำกับติดตาม
- จัดระบบการเงิน การคลัง
- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
- พัฒนากำลังคน

ส่วนภูมิภาค

- นำนโยบายไปถ่ายทอดสู่พื้นที่
- นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามพื้นที่
- ร่วมวางแผนดำเนินงานและกำกับติดตาม ประเมินผลกับส่วนกลาง

รูปแบบการเชื่อมต่อ National Program &Regional program

- มีการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการที่ปรึกษาตามโครงสร้างการบริหารแผนงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

GAP ที่พบในปัจจุบัน

- ผู้ประสานงานไม่ชัดเจน
- กลไกการประสานงานและบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานไม่ชัดเจน

ข้อเสนอเพื่อปิด GAP

- หาผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน
- ศึกษาบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของผู้ประสานระดับเขต
- สนับสนุนแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก
- ร่วมติดตามการดำเนินงานในระดับเขต

๓. แผนงานควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่

Role & Function

ส่วนกลาง

- กำหนดนโยบาย มาตรการ
- สร้างความเข้มแข็ง
- จัดทำทำเนียบผู้เชี่ยวชาญ
- ศึกษาวิจัย
- สร้างระบบ หรือ กลไก เพื่อเตรียมความพร้อม

ส่วนภูมิภาค

- แปลงนโยบาย มาตรการไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
- สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายระดับเขต
- ศึกษาวิจัย
- สร้างระบบ หรือ กลไก เพื่อเตรียมความพร้อม

รูปแบบการเชื่อมต่อ National Program &Regional program

- สำนักฯ เชื่อมต่องานกับ สคร. ผ่านแผนงาน โครงการ กิจกรรม และตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน

GAP ที่พบในปัจจุบัน

- โครงสร้างไม่เอื้อต่อการเชื่อมต่อการประสานงาน
- การถ่ายทอดงานจากส่วนกลางไประดับเขตมีน้อย ทำให้ไม่มีการติดตามผล
- บุคลากรมีประสบการณ์น้อย และเปลี่ยนงานบ่อย

ข้อเสนอเพื่อปิด GAP

- จัดทำช่องทางหรือสร้างกลไกการประสานงานและการดำเนินงาน
- กำหนดแผนงาน โครงการ กิจกรรมและจัดให้มีการถ่ายทอดสู่ สคร.มากขึ้น
- จัดทำแผนสมรรถนะบุคลากรฯสำหรับเจ้าหน้าที่ใหม่ และการฟื้นฟูสำหรับบุคลากรเดิมเป็นระยะ

๔. แผนงานควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล

Role & Function

ส่วนกลาง

- กำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ ด้าน IC สอดคล้อง ๓ มาตรการ (พัฒนาระบบ/พัฒนาศักยภาพบุคลากร/พัฒนาคู่มือแนวทาง)
- ประชุมสื่อสารแผนการดำเนินงานให้ สคร.อย่างชัดเจน
- นิเทศการดำเนินงานและพัฒนา สคร.

ส่วนภูมิภาค

- ร่วมกำหนดแผนงาน โครงการการดำเนินงานตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ร่วมกับส่วนกลาง
- สร้างกลไกในการเชื่อมโยงการดำเนินงานกับโรงพยาบาลในพื้นที่
- ร่วมกับส่วนกลางในการนิเทศการดำเนินงานโรงพยาบาลในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการเชื่อมต่อ National Program & Regional program

- กลไกแบบ partner รับผิดชอบแผนงานร่วมกัน ตั้งแต่การวิเคราะห์ วางแผน จัดทำโครงการกิจกรรมการ implement และติดตามประเมินผล รวมทั้งการกำหนดเป็นตัวชี้วัดทั้งส่วนกลาง และ สคร.
- กลไกแบบสั่งการผ่านคณะกรรมการ NICC สู่เขตบริการสุขภาพ โดยการผลักดันให้เป็นตัวชี้วัดของผู้ตรวจราชการ

GAP ที่พบในปัจจุบัน

- ความไม่ชัดเจนของแผนงาน โครงการ กิจกรรม ที่ สคร. ควรจะดำเนินงานเกี่ยวกับ IC
- ผู้รับผิดชอบงาน IC ของ สคร. มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย
- การเชื่อมโยงกับสคร.ในปัจจุบันเป็นการสั่งการจากส่วนกลาง
- ศักยภาพด้าน IC ของ สคร.

ข้อเสนอเพื่อปิด GAP

- จัดตั้ง core team ที่มีความเข้มแข็ง
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรของ สคร.ด้าน IC เพื่อสามารถเป็นผู้นิเทศงาน IC ได้
- มี Focal point ที่ชัดเจนทั้งส่วนกลาง และ สคร.
- ประชุม ร่วมคิด ร่วมทำ
- เพิ่มช่องทางการสื่อสารกับ สคร. มากขึ้น รวมทั้งการส่งรายงานการประชุมกับ สคร. ให้ ผอ.สคร ทราบด้วย

๕.แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ

Role & Function

- การเป็นศูนย์กลางข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการ และการประสานเครือข่ายการดำเนินงาน
  ส่วนกลาง เป็นผู้รวบรวมข้อมูลในระดับประเทศ
  ส่วนภูมิภาค เป็นผู้รวบรวมข้อมูลระดับเขต
- การพัฒนาการสื่อสารสาธารณะ และสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ
  ส่วนกลางสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านพฤติกรรม มีแผน แนวทางการวิจัย และมีโครงการวิจัย
  ส่วนภูมิภาค มีแนวทางการวิจัยด้านพฤติกรรมในพื้นที่ หรือสามารถจัดทำโครงการที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมได้
- การเสริมสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ
  ส่วนกลาง เป็นผู้ประสานงาน สนับสนุน ส่งเสริมเครือข่ายให้เกิดการดำเนินงานฯ
  ส่วนภูมิภาค เป็นผู้ประสานงาน สนับสนุน ส่งเสริมเครือข่ายให้เกิดการดำเนินงานฯในพื้นที่

- กำหนดนโยบาย มาตรฐานในการป้องกันควบคุมโรคและระบบควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล
  ส่วนกลาง เป็นผู้กำหนดนโยบาย มาตรฐานและกำกับติดตามและประเมินผลแบบมีส่วนร่วม
  ส่วนภูมิภาค สามารถดำเนินงานตามนโยบายและมาตรฐานและสามารถควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลในพื้นที่ได้

รูปแบบการเชื่อมต่อ National Program & Regional program

- สามารถสื่อสารนโยบาย แนวทางการทำงานและการติดตามผล ได้ตรงวัตถุประสงค์มีประสิทธิภาพ

GAP ที่พบในปัจจุบัน

- มีเพียงข้อมูลเฉพาะด้านระบาดวิทยา(อัตราป่วย-ตาย การสอบสวนโรค)
- ไม่มีข้อมูลของเครือข่ายการทำงาน / เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง
- ขาดการประสานงานการใช้ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน
- ขาดการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านพฤติกรรม
- ฐานข้อมูลที่มีไม่สามารถระบุพฤติกรรมได้ครบถ้วน
- ไม่มีการศึกษา วิจัย ที่เกี่ยวข้องกับด้านพฤติกรรมและการปรับเปลี่ยน
- ขาด Road map ในการวิจัย
- การประสานงานเครือข่ายยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง
- ขาดการวางเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- ขาดนโยบายบูรณาการและเทคโนโลยีด้านสุขภาพใหม่
- ขาดนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน
- ไม่มีมาตรการระดับประเทศ
- บุคลากรขาดศักยภาพในการประเมินด้านนโยบาย
- มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบระดับเขตเกือบทุกปี
- ขาดการสื่อสารข้อมูลกับระดับเขตอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอเพื่อปิด GAP

- ควรมีการเชื่อมต่อกับเครือข่ายให้มากขึ้นในการจัดทำฐานข้อมูล การวิเคราะห์ ร่วมกัน
- การจัดทำแผนการศึกษาวิจัยด้านพฤติกรรมและแนวทางการจัดทำโครงการที่เกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมในพื้นที่ร่วมกับ สคร.
- สร้างความเข้มแข็งเครือข่าย
- เชื่อมโยงการทำงานกับเครือข่าย ในด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร การทำงานร่วมกัน การสร้างมาตรการหรือข้อบังคับ
- การจัดการความรู้ งานวิชาการ วิจัยและพัฒนา ที่ตอบสนองและแก้ปัญหาอย่างแท้จริง
- พัฒนาและจัดทำยุทธศาสตร์อาหารและน้ำโดยการมีส่วนร่วม
- จัดทำกรอบการวิจัยและพัฒนาบุคลากร/เครือข่าย ในการดำเนินการตามนโยบาย มาตรฐานในการป้องกันควบคุมโรค

- สร้างระบบการสื่อสารกับเขตอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาแนวทางการส่งต่อข้อมูล แนวทางการทำงานในระดับเขต

๖. แผนงานควบคุมโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

Role & Function

- การเป็นศูนย์กลางนโยบาย มาตรการ ข้อมูลอ้างอิง และมาตรฐานวิชาการ
  ส่วนกลาง เป็นผู้กำหนดนโยบายและมาตรการเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานระดับพื้นที่
  ส่วนภูมิภาค นำนโยบายและมาตรการระดับส่วนกลางมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานระดับพื้นที่

- **การพัฒนาภาคีเครือข่ายระหว่างหน่วยงาน**
  ส่วนกลาง เสริมสร้างและพัฒนาภาคีเครือข่ายระหว่างส่วนกลางและระดับเขต
  ส่วนภูมิภาค เสริมสร้างและพัฒนาภาคีเครือข่ายระดับเขต และสนับสนุนการดำเนินงานฯระดับจังหวัด

- **เฝ้าระวังและเตรียมความพร้อมตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉิน**
  ส่วนกลาง เฝ้าระวัง วิเคราะห์สถานการณ์โรคระดับประเทศเพื่อประเมินพื้นที่เสี่ยงและพยากรณ์โรค
  ส่วนภูมิภาค วิเคราะห์สถานการณ์โรคระดับเขตเพื่อประเมินพื้นที่เสี่ยงและพยากรณ์โรค

- **การสื่อสารสาธารณะและประชาสัมพันธ์**
  ส่วนกลาง รณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้และตระหนักถึงการป้องกันตนเองอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง
  ส่วนภูมิภาค รณรงค์และประชาสัมพันธ์โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคนที่เป็นปัญหาของพื้นที่

- **การบริหารจัดการและพัฒนาสมรรถนะบุคลากร**
  ส่วนกลาง พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีทักษะและความเชี่ยวชาญ
  ส่วนภูมิภาค พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้มีความรู้และทักษะ

รูปแบบการเชื่อมต่อ National Program & Regional program

- วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคร่วมกัน เพื่อกำหนดเป็นนโยบายและวางมาตรการการดำเนินงาน

GAP ที่พบในปัจจุบัน

- ขาดความชัดเจนหรือดำเนินการไม่เต็มที่
- บางพื้นที่ยังขาดการติดต่อประสานงานอย่างต่อเนื่องหรือการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน
- ขาดการประสานข้อมูลกัน
- การรณรงค์และประชาสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ ขาดความต่อเนื่อง
- บางโรค ส่วนกลางไม่ได้ทำข้อมูลหรือสื่อประชาสัมพันธ์เตรียมไว้ ทำให้ไม่สามารถกระจายสื่อไปยัง สคร. ได้
- มีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่หรือบุคลากรผู้รับผิดชอบแผนงานตลอดเวลา
- ขาดบุคลากรที่มีความรู้และทักษะ
- ขาดการประสานข้อมูลระหว่างกันหรือมีการประสานงานแล้วแต่เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน

ข้อเสนอเพื่อปิด GAP

- ควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างส่วนกลางกับ สคร.
- พัฒนาความเข้มแข็งและศักยภาพของเครือข่ายผ่านการจัดประชุมหรือการทำโครงการ
- ควรมีการประสานงานและส่งต่อข้อมูลระหว่างกันอย่างต่อเนื่องและทันท่วงที
- ทั้งส่วนกลางและ สคร. ประชาสัมพันธ์/สื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชนรับรู้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง
- ส่วนกลางเตรียมข้อมูลและสื่อประชาสัมพันธ์สำหรับโรคที่เป็นปัญหาของพื้นที่
- ควรมีบุคลากรผู้รับผิดชอบงานที่ชัดเจนและมีประสบการณ์หากมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ควรมีการถ่ายทอดงานระหว่างกัน
- ร่วมกันวางแผนแนวทางการดำเนินงาน

๗. แผนงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

Role & Function

- **เร่งรัดรักษาระดับความครอบคลุมการได้รับวัคซีนทุกชนิดในกลุ่มเป้าหมาย**
  ส่วนกลาง เป็นผู้กำหนดนโยบาย มาตรฐานแนวทางการดำเนินงาน แผนปฏิบัติงาน
  ส่วนภูมิภาค เป็นผู้ติดตาม ควบคุมกำกับ ให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการในการนำนโยบาย มาตรฐาน แนวทางการดำเนินงาน แผนปฏิบัติงาน

- **ยกระดับคุณภาพการให้บริการวัคซีนและการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค**
  ส่วนกลาง ควบคุมกำกับ ให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการและประเมินมาตรฐานการดำเนินงาน
  ส่วนภูมิภาค ควบคุมกำกับ ให้ข้อเสนอแนะทางวิชาการและประเมินมาตรฐานการดำเนินงาน

- **ให้วัคซีนที่จำเป็นและวัคซีนใหม่แก่ประชากรกลุ่มเสี่ยง**
  ส่วนกลาง ขยายพื้นที่สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ครอบคลุมทั่วประเทศ
  ส่วนภูมิภาค ดำเนินกิจกรรมตามบทบาทที่รับผิดชอบในการขยายพื้นที่

- **กำจัดกวาดล้างโรคตามพันธะสัญญานานาชาติ**
  ส่วนกลาง ดำเนินมาตรการกวาดล้างโรคโปลิโอและการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติในระดับประเทศ
  ส่วนภูมิภาค ดำเนินมาตรการกวาดล้างโรคโปลิโอและการกำจัดโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติในระดับเขต

รูปแบบการเชื่อมต่อ National Program & Regional program

- สามารถเชื่อมโยง ถ่ายทอดการดำเนินงานตามนโยบายร่วมกัน ติดตามสถานการณ์ ให้ข้อเสนอแนะ แลกเปลี่ยนเชื่อมโยงข้อมูล แนวทางการทำงาน ติดตามผลการดำเนินงานตลอดจนร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

GAP ที่พบในปัจจุบัน

- ข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนจากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ยังขาดความครบถ้วนถูกต้องทำให้ไม่สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงและแก้ไขปัญหาได้
- ข้อมูลสถานการณ์โรคมีหลายแหล่ง ไม่ตรงกัน รวมถึงข้อมูลสอบสวนโรค ขาดความครบถ้วน
- หน่วยบริการในระดับพื้นที่ที่ปฏิบัติงานไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด
- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ (ใหม่และเก่า) ไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพได้ตามมาตรฐานอย่างทั่วถึงหรือเป็นประจำ
- เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องได้รับการถ่ายทอดไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง
- ยังพบปัญหาการดำเนินงานในระดับเขตหรือในระดับพื้นที่ที่ไม่ปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน/ หรือถ่ายทอดได้ไม่ครอบคลุมและไม่ทั่วถึง

ข้อเสนอเพื่อปิด GAP

- พัฒนาระบบข้อมูลผ่านฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้มให้มีความครบถ้วน ถูกต้อง
- มีกลไกที่สามารถเชื่อมโยงระบบข้อมูล
- จัดกลไกการประสานงานให้หน่วยงาน
- การสนับสนุนองค์ความรู้ การลงพื้นที่เพื่อนิเทศติดตามการดำเนินงานและการจัดระบบประเมินมาตรฐานการดำเนินงาน
- อบรมพัฒนาความเป็นผู้นำ
- สนับสนุนองค์ความรู้
- จัดทำแนวทางการดำเนินงาน
- จัดประชุมชี้แจง
- สุ่มเยี่ยมติดตามนิเทศสถานบริการ
- สนับสนุนแนวทางการดำเนินงานจัดอบรมถ่ายทอดแนวทางนิเทศติดตาม
- พัฒนาและประชุมหารือตกลงแนวทางการดำเนินงานร่วมกันในแต่ละปี

Cluster SALT

ผู้อภิปราย นายแพทย์เฉวตสรร นามวาท ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค

Cluster SALT ประกอบด้วย ๓ สำนัก ๔ แผนงาน คือ

๑. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted disease/AIDS)
   - แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
   - แผนงานควบคุมโรคเอดส์

๒. สถาบันราชประชาสมาสัย (Leprosy)
   - แผนงานควบคุมโรคเรื้อน

๓. สำนักวัณโรค (Tuberculosis)
   - แผนงานควบคุมวัณโรค

บทเรียนและการเรียนรู้จากการพัฒนาความเข้มแข็งของ Program มี ๒ ประเด็นสำคัญ คือ

๑. การจัดการของ Core Team

๒. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (ในมุมมองของ Program)

- แนวทางการเชื่อมต่อระหว่าง National Program และ Regional Program
- การมียุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ของโลก
- DOTS strategy
- Stop Strategy
- End TB Strategy (Post-๒๐๑๕ global strategy)
- การเพิ่มความเข้มแข็งโดยการพัฒนากรอบยุทธศาสตร์ร่วมกับแผนงานเอดส์ RRTTR

๑. การจัดการของ Core team

- วัณโรคเป็นโรคเดียวในสำนัก การดำเนินงานของ Core team คือ การดำเนินงานในสำนัก
  - Enhancing quality of program performance according to National TB Guideline
  - Strengthening TB/HIV, MDR-TB, Prisons and other risk groups
  - Strengthening health system (Provide guidelines, e.g. TB/HIV, to the health service sector, Set quality standard for the district hospital in TB program, Coordinate with the National Health Security Office to provide systematic TB lab network, FLD,SLD)
  - Collaborating all stakeholders to support TB activities
  - Developing ACSM and community participation
  - Promoting research to develop further interventions

๒. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

- เดิมเป็น vertical program ที่มีหน่วยบริการเป็นจุดแข็งในแง่ของการมีความเชี่ยวชาญการรักษา สนับสนุนกิจกรรมการนิเทศติดตามประเมินผลและเครือข่ายการฝึกอบรม
- เมื่อนโยบายกำหนดให้ลดการให้บริการลดลง บทบาทสำคัญจึงไปอยู่ที่การกำหนดมาตรฐานแนวทางต่าง ๆ
- การฝึกอบรมเครือข่าย เป็นช่องว่างสำคัญที่ต้องการมีเพิ่มขึ้น

แนวทางการเชื่อมต่อแผนงานระดับ National กับ Regional

- การเชื่อมด้วยยุทธศาสตร์และแผน
- การเชื่อมด้วย internal process : communication

GAP ในภาพรวมของ Cluster SALT

๑. บุคลากร
๒. Core team Program แกนหลักในการตัดสินใจแผนงาน Core Teams
๓. Stake holder : กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
๔. โครงสร้างการเชื่อมต่อจากส่วนกลาง

๑. ด้านบุคลากร

GAP ที่พบ

๑.๑ บทบาทหน้าที่ไม่ครอบคลุมทุกระดับ

กิจกรรมปิด GAP

- ทำ JD/JR
- ระดับสคร.ควรทำเป็น Matrix

๑.๒ ขาดแผนในการส่งมอบงานในกรณีเปลี่ยนผู้รับผิดชอบHigh turn over rate

กิจกรรมปิด GAP

- จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร
- พัฒนาบุคลากรรุ่นน้องให้สามารถต่องานได้ (รับงานเป็นคู่ เด็กใหม่เวียนทุกงาน/หลักสูตรปฐมนิเทศให้บัณฑิตจบใหม่เรื่องเนื้องานของ สคร.

๑.๓ บุคลากรขาดความรู้ความชำนาญ

กิจกรรมปิด GAP

- ทำการประเมินความต้องการของบุคลากรทุกระดับ (need assessment)
- จัดทำหลักสูตร training บุคลากรทุกระดับ เช่น E-Training

๒. Core team Program แกนหลักในการตัดสินใจแผนงาน Core teams

GAP ที่พบ

๒.๑ Core team ไม่ชัดเจน

กิจกรรมปิด GAP

- Define Core team บุคคลและบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน
- แต่งตั้ง Core team บุคคลและบทบาทหน้าที่ให้เป็นทางการ

๒.๒ Core team แต่ละแผนงานขาดการประสานงาน

กิจกรรมปิด GAP

- จัดแผนประชุมระหว่าง Core team
- เป้าหมาย: บูรณาการแผนงานร่วมกัน

๓. Stake holder : กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

GAP ที่พบ

๓.๑ ขาดการประสานงาน/ สื่อสารระหว่างผู้มีส่วนร่วม

กิจกรรมปิด GAP

- กำหนดทบทวน Stake holderให้ครอบคลุมและชัดเจน
- สร้างความเป็นเจ้าของแผนงานโดยจัดทำแผนงานร่วมกัน
- สื่อสารข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เวทีพูดคุยแลกเปลี่ยน

๔. โครงสร้างการเชื่อมต่อจากส่วนกลาง

GAP ที่พบ

๔.๑ ขาดโครงสร้างที่ชัดเจน Matrix Organization ระดับสคร. ไม่ชัดเจน

กิจกรรมปิด GAP

- ให้ระบุหน้าที่กลุ่มให้ชัดเจน

๔.๒ ขาดโครงสร้างคนทำงาน TB/STIs/AIDS ทุกระดับ (ส่วนกลางและสคร.)

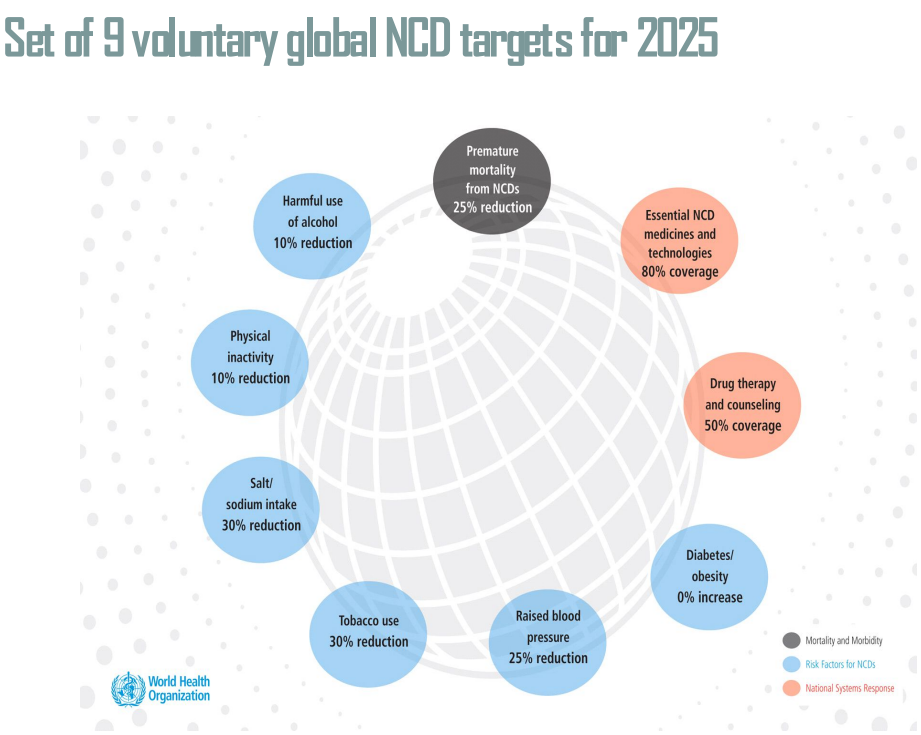
กิจกรรมปิด GAP

- กำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบทางด้าน TB/STIs/AIDS

<u>Cluster NATI</u>

ผู้อภิปราย นายแพทย์ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ

ประเด็นของ NATI ค่อนข้างเยอะและกว้างมาก จริงๆแล้วเรื่องรวมกันเป็น Cluster ไม่ได้ยาก เพราะสำนักแอลกอฮอล์ ยาสูบ NCD และ Injury นั้นได้เกิดขึ้นในกรมควบคุมโรคปี พ.ศ.๒๕๔๖ เป็นสำนักเดียวกัน เคยรวมกันมาก่อน แต่หลังจากนั้นได้แยกออกและกลับมารวมกันอีกครั้ง แต่ถ้ามองในระดับประเทศจะแยกออกจากกัน เช่นเรื่อง Injury จะแยกออกไปอีกกลุ่มหนึ่งและ NCD ก็จะแยกออกไปอีกกลุ่มหนึ่ง ซึ่งเห็นว่าการเริ่มต้นของยาสูบได้มีขึ้นมาอย่างยาวนาน เพราะฉะนั้นยาสูบก็จะมี Body ของตัวเอง เช่น การเชิญประชุมระหว่างประเทศก็จะเชิญสำนักต่างๆ แยกกัน โอกาสที่จะไปประชุมรวมกันน้อยมาก แต่ว่าอย่างไรก็ตามตอนนี้เรื่องการรวมตัวกันในอาเซียนจะมีการปรับรวมกันเป็น Cluster โดยมีตัวเชื่อมคือ เป้าหมายและแผน โดยเฉพาะในส่วนของ NCD ๙ เป้าหมายขององค์การอนามัยโลกจะมี ๔ กลุ่มโรค ๔ ปัจจัยเสี่ยงคืออาหาร ออกกำลังกาย เหล้า บุหรี่ และ NCD ซึ่งดูในภาพรวม แต่เมื่อพูดถึงในส่วนของแอลกอฮอล์ Injury ก็เป็นตัวปัจจัยเสี่ยงซึ่งอยู่ในกรมควบคุมโรค เพราะสองงานนี้ไม่ค่อยมีปัญหาในการเชื่อมกันสักเท่าไหร่ แต่ว่าเรื่องอาหารและออกกำลังกายก็จะอยู่ที่กรมอนามัย ที่สำคัญคือ Stake Holder มีมาก เพราะฉะนั้นในเรื่องของการเชื่อมโยงเบื้องต้นก็จะต้องเชื่อมโยงกันด้วยเรื่องของแผน มี ๙ เป้าหมายขององค์การอนามัยโลก พร้อมด้วย Global NCD Action Plan ซึ่งก็จะครอบคลุมทั้ง NCD ในเชิงระบบ

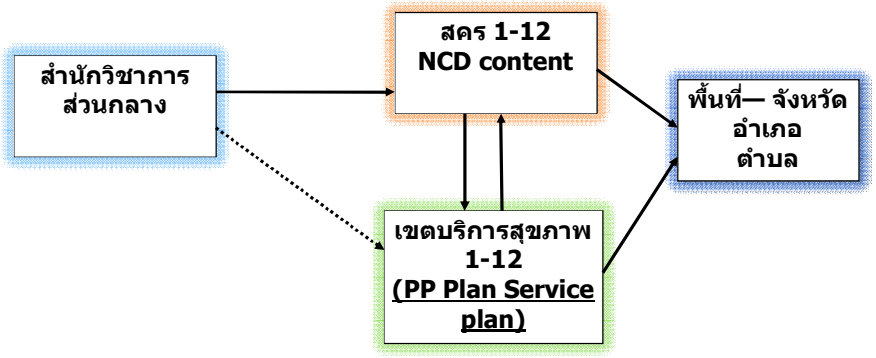


และก็ในส่วนของปัจจัยเสี่ยงเหล้า บุหรี่มีอยู่ในนั้นอยู่แล้ว ซึ่งพอมาถึงประเทศไทยเราก็มีแผนยุทธศาสตร์ชื่อแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ก็ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงทั้งหมดทั้งอาหาร ออกกำลังกาย เหล้า บุหรี่ ซึ่งจะอยู่ในแผนนี้หมด รวมถึงเรื่องของการจัดการทางด้าน Determinant สภาพแวดล้อมต่างๆ และแต่ละประเด็นก็มีแผนยุทธศาสตร์เป็นของตัวเอง เหล้าก็มียุทธศาสตร์ชาติของแอลกอฮอล์ บุหรี่ก็มียุทธศาสตร์ชาติของเรื่องบุหรี่ NCD เองก็ยังใช้แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย แต่ก็พยายามที่จะแปลงเป็นแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดลงไปซึ่งพอถ่ายทอดไปที่กระทรวงก็กลายเป็นยุทธศาสตร์กระทรวง ยุทธศาสตร์กระทรวงก็จะมีอยู่ ๓ ยุทธศาสตร์ คือ Service plan, PP กลุ่มวัย และการบริหารจัดการ

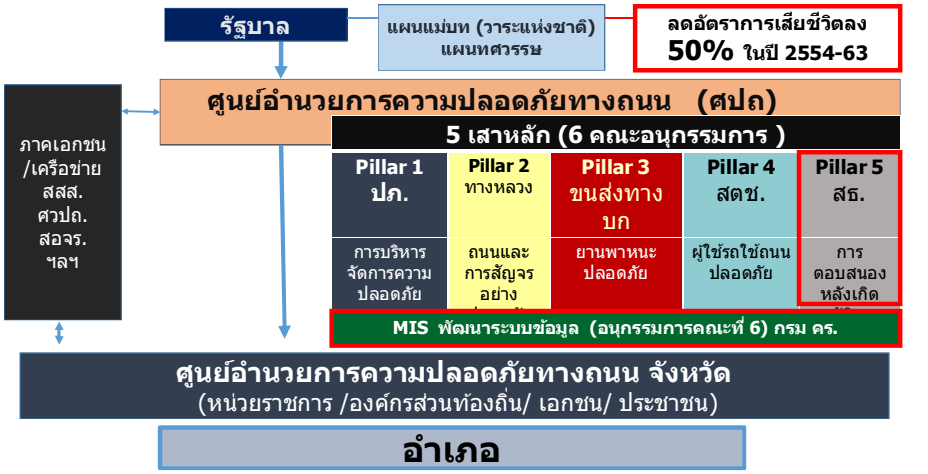
ปัญหาและอุปสรรค

ขณะนี้แผนระดับประเทศและระดับชาติที่จะบูรณาการในแง่ของปัจจัยเสี่ยงและโรคต่างๆ ในการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ของตัวเองที่ไปสู่แผนปฏิบัติการซึ่งเป็นแผนที่จะสื่อสารกันให้เป็นชิ้นเดียวกันนั้นยังไม่เกิดขึ้น ก่อนหน้านี้ก็มีการผลักดันเพื่อให้เกิดการทำแผนปฏิบัติการแต่พอเกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ก็ Phase ไปอีก ตอนนี้จึงพยายามที่จะเริ่มกันใหม่ แต่ก็พบปัญหา คือ การเชื่อมโยงและโครงสร้างเขตบริการสุขภาพ จังหวัด

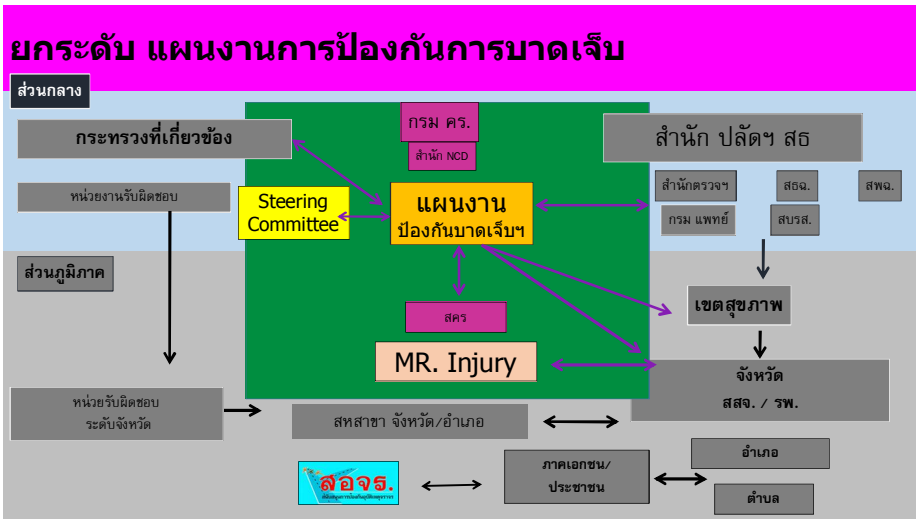
ความเชื่อมโยงกลไกโครงสร้างปัจจุบัน
- จากสำนักวิชาการส่วนกลาง สู่ สคร .และเขตบริการสุขภาพ



ภาพรวมการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของประเทศ 2554-63



อีกแผนหนึ่งคือ แผนงานควบคุมการบาดเจ็บ (Injury) ในส่วนที่รับผิดชอบทั้งหมดก็จะมี ๑๙ สาเหตุ แต่ที่พูดถึงกันบ่อยๆ คือ อุบัติเหตุทางถนนและจมน้ำ จริงๆแล้วยังมีอีกหลายอย่าง แต่อาจจะต้องนำเสนอเกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนนก่อน เพราะว่ามีทศวรรษความปลอดภัยทางถนนที่มุ่งลดการเสียชีวิตทางถนนให้ได้ครึ่งหนึ่งในปีพ.ศ. ๒๕๖๓ เมื่อเทียบกับฐานข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๔ เพราะฉะนั้นปี พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓ จะต้องลดลงได้ครึ่งหนึ่ง และ Focal point ของประเทศไทยอยู่ที่ศูนย์อำนวยการปลอดภัยทางถนน ไม่ได้อยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงสาธารณสุขนั้นเป็นเพียงแค่เสาหลักที่ ๕ ก็คือเรื่อง Post health care การดูแลหลังจากการเกิดอุบัติเหตุแล้ว แต่ทางศูนย์อำนวยการปลอดภัยทางถนนบอกว่าจะต้องมีอนุกรรมการออกมาอีก ๑ ชุดที่ดูแลเรื่องการจัดการข้อมูล เรื่องการติดตามและประเมินผล โดยมอบให้กระทรวงสาธารณสุขด้วยโดยให้กรมควบคุมโรคเป็น Focal point ในส่วนนี้



ส่วนนี้แสดงให้เห็นว่า Global NCD Action plan มียุทธศาสตร์ต่างๆ แต่ในเรื่องของการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ในเรื่องของการ Advocacy เรื่องของการทำให้เกิด Multi Sectoral Partnership และการจัดการเพื่อจะลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ การสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ การพัฒนาในเรื่องของการสร้างพัฒนาศักยภาพความเข้มแข็งในเรื่องของการวิจัย และระบบสนับสนุนต่างๆ แต่ในส่วนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ประเด็นหลักๆ ก็จะเป็นประเด็นยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่กว้างๆ เช่นนโยบายสาธารณสุข การขับเคลื่อนทางสังคมและสื่อสารสาธารณะพัฒนาศักยภาพชุมชน พัฒนาระบบเฝ้าระวังและจัดการโรค สร้างความเข้มแข็งของโรคเป็นต้น แต่ที่ Highlight เป็นสีเหลืองนี้ก็เพราะว่าในส่วนของ Global Action plan ก็มีประเด็นหลักคือลดเรื่องปัจจัยเสี่ยงซึ่งก็จะมีส่วนของยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

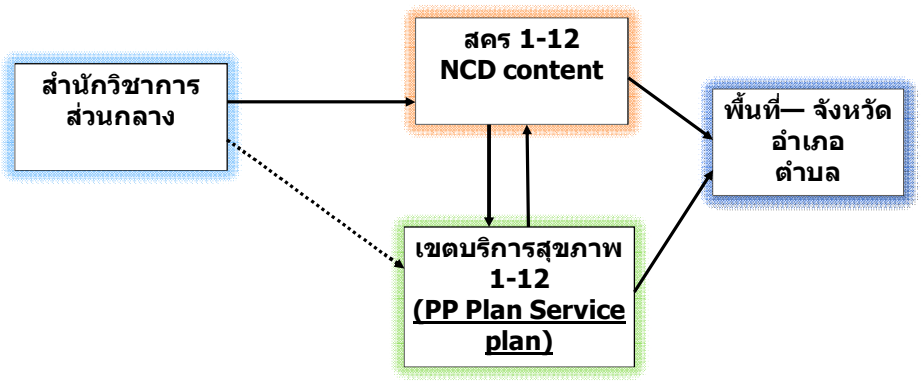
แผน ยุทธศาสตร์	ยุทธศาสตร์					
	1	2	3	4	5	6
Global NCD Action plan 2013-2020	**Strengthen international advocacy to develop agenda**	**Strengthen multi-sectoral action and partnership**	**ลด exposure to mod. RF** **Create HP- ENV**	**Strengthen and reorient health system** **People-centered ,PHC, UC**	**Promote ,support national capacity/ high quality R&D**	**M&E**
ยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย 2011-2020	**นโยบายสาธารณะสร้างสุข**	**ขับเคลื่อนสังคมและสื่อสารสาธารณะ**	**พัฒนาศักยภาพชุมชน**	**พัฒนาระบบเฝ้าระวัง และจัดการโรค**	**สร้างความเข้มแข็งของระบบสนับสนุนยุทธศาสตร์**	
ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ	**การควบคุมการเข้าถึงทางเศรษฐศาสตร์และกายภาพ**	**ปรับเปลี่ยนค่านิยมและการสนับสนุนการดื่ม**	**ลดอันตรายจากการบริโภค**	**จัดการปัญหาแอลกอฮอล์ในระดับพื้นที่**	**พัฒนากลไกการจัดการและสนับสนุนที่เข้มแข็ง**	
แผนยุทธศาสตร์ยาสูบ 2558-2562	**สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถ**	**ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ**	**ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ**	**ควบคุมและเปิดเผยส่วนประกอบผลิตภัณฑ์ยาสูบ**	**ทำสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่**	**ใช้มาตรการทางภาษี**

สรุปผลการดำเนินงานในระยะ ๑ ปี จากการวิเคราะห์ Gap จาก NHA

NHA	การดำเนินงานปี ๒๕๕๘
การกำหนดนโยบายยุทธศาสตร์กลางของประเทศบนข้อมูลและฐานความรู้	๑. มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนสุขภาพแห่งชาติ ๒. ทบทวนและวิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของทุกภาคส่วน - กำหนดโครงสร้าง ๓. มีการจัดตั้งคณะกรรมการ/เครือข่าย เพื่อร่วมขับเคลื่อนยุทธศาสตร์
การสร้างและจัดการความรู้ วิจัยและพัฒนา รวมถึงการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ (รวม ๒ NHA)	**๑.** ประเด็นวิจัยและการประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ **๒.** ประเด็นการจัดการความรู้
การกำหนดรับรองมาตรฐานบริการต่างๆ	๑. การดำเนินงานรับรอง คลินิก NCD คุณภาพ ๒. การรับรองสถานประกอบการฯในส่วนของปลอดโรค
การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข	<u>ครื่องมือ</u> ๑. Application บน tablet เพื่อเก็บข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง (BRFSS) ๒. พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลและส่งต่อ เพื่อการประมวลผล <u>กลไก</u> ๑. มีเครือข่ายและบุคลากรในแต่ละ สคร. ที่รับผิดชอบที่ชัดเจน ทั้งงานเฝ้าระวัง ควบคุมโรค และติดตามประเมินผล แต่อาจจะอยู่ต่างกลุ่มงานที่รับผิดชอบ และไม่เหมือนกันในแต่ละ สคร.
การพัฒนาสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ	๑. มีการจัดตั้งทีมประสานงานระหว่างประเทศ – Global health / Regional health (WHO)/ ASEAN ๒. มีการจัดตั้ง ASEAN Task force NCD ระดับกระทรวงสธ.
การกำกับ ติดตาม ประเมินผลของภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน	กิจกรรม ๑. การประเมินผลความเข้มแข็งของระบบงานการป้องกัน และควบคุมโรค NCD ในระดับเขตร่วมกับ สสว. ๒. M&E แผนสุขภาพวัยทำงาน ในระดับจังหวัด ร่วมกับ ศนย.กลไก
การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว	๑. พัฒนาระบบข้อมูลเฝ้าระวัง ๕ กลุ่มโรค ๕ มิติ ๒. BRFSS ฐานข้อมูลที่พัฒนาโดยกรม คร. สำนักโรคไม่ติดต่อ ๔๓ แฟ้มฐานข้อมูลที่รับจาก สนย. ผ่านสำนักระบาดวิทยา ๓. ชุดตัวชี้วัดที่จำเป็นในการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ
นโยบายและการพัฒนากำลังคนด้านควบคุมโรค	มีระบบพี่เลี้ยงในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการจัดอบรมเพื่อพัฒนา - อบรมในหลักสูตร SM แก่ผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับ สคร. - อบรมในหลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับ CM

บทบาทที่เชื่อมโยงกับเขตสุขภาพ	การ implement ๑ บูรณาการแผนปฏิบัติการถ่ายทอดลงสู่พื้นที่ ผ่าน service plan และ แผนสุขภาพกลุ่มวัยทำงานของกระทรวง ๒ แผนปฏิบัติการของกรม ลงสู่พื้นที่โดยผ่าน สคร. กลไก - โครงสร้าง จากสำนักโรคไม่ติดต่อ สู่ สคร .และเขตบริการสุขภาพ

ความเชื่อมโยงกลไกโครงสร้างปัจจุบัน
- จากสำนักวิชาการส่วนกลาง สู่ สคร .และเขตบริการสุขภาพ



เรื่องการเชื่อมโยงจะขอไล่เรียงมาจากพื้นที่ก่อน ในพื้นที่ จังหวัด อำเภอ ตำบล ตอนนี้ในกลุ่ม Cluster NATI ในส่วนของ NCD จะเป็นอีกแบบหนึ่งแต่มีส่วนที่คล้ายกันคือการทำงานที่ระดับอำเภอต้องมองว่าทำงานเป็น District Health System เพราะฉะนั้นจะไม่มีคนที่รับผิดชอบกลุ่ม Cluster NATI หรือว่า NCD หรือ Injury หรือโรคอื่นๆ เพราะฉะนั้น approach กลุ่มนี้จะต้องเปลี่ยนไป เพราะที่ผ่านมาก็มีปัญหาอุปสรรคมากพอควร ซึ่งก่อนหน้านี้ก็มีปัญหาและอุปสรรคในแง่ว่าเมื่อลงไปที่โรงพยาบาลชุมชนก็จะมีกลุ่มงานที่ดูเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคก็รวมกันอยู่เป็นกลุ่มซึ่งจะมีไม่กี่คน พอไปที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอก็จะมีเจ้าหน้าที่ที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขอยู่แค่ ๔-๕ คน และไปที่ รพ.สต. ก็จะมีเจ้าหน้าที่อย่างที่เห็นเพราะทำทุกเรื่อง ดังนั้น ทุกเรื่องที่ลงไปก็จะมีปัญหาว่าคนรับผิดชอบก็คือคนเดียวกันทำทุกเรื่อง และการประสานงานที่จะลงไปสู่ตรงนั้นเองจะหาบุคคลที่ประสานงานตรงๆก็ยากอยู่เหมือนกัน ตอนนี้ก็ดีขึ้นว่าเมื่อพื้นที่รวมตัวกันเป็นระบบ District Health System เพราะฉะนั้น approach ไปสู่ตรงนั้นก็คงจะต้องปรับวิธีการใหม่ เพราะตรงนี้พยายามวิเคราะห์หน่วยการดำเนินงาน หรือหน่วย Strategic Unit พยายามวิเคราะห์ที่เป็น District Health System พอมาตรงเขตบริการสุขภาพ ปัญหาตอนนี้ก็คือว่าในเขตสุขภาพไม่มีคนเป็นกลุ่มเป็น

ฝ่ายที่จะให้ไป Contact โดยตรง บางเขตสุขภาพก็ใช้จังหวัดหนึ่งเป็น Focal point ยกตัวอย่าง NCD สมมติในเขตสุขภาพที่ ๙ หากเป็นเรื่องของ NCD ก็อาจจะเป็นจังหวัดนครราชสีมาเป็น Focal point อย่างนี้เป็นต้น บางเรื่องถ้าเป็น Service plan ก็จะอยู่ในสายโรงพยาบาล บางเรื่องอย่าง NCD มี Service plan NCD เบาหวาน ความดัน ถ้าเป็นภาพรวมก็จะไปอยู่ที่สาธารณสุขจังหวัด แม้แต่จังหวัดเดียวกันที่เป็นFocal point ในแต่ละเรื่องก็ยังแยกกันอีกอันนี้ก็ส่วนของเขตบริการสุขภาพที่เจออยู่ ณ ปัจจุบันนี้ เพราะฉะนั้นหากถามว่าใครคือผู้รับผิดชอบจะหาตัวไม่เจอในระดับเขต

ระดับสคร. ซึ่งขณะนี้ก็รวมกันเป็น Cluster แล้ว เพราะเมื่อก่อนมีปัญหา ยกตัวอย่างเช่นว่า NCD เมื่อก่อนจะมีคนที่ทำงาน NCD โดยตรงแต่ตอนนี้ก็แยกๆกันออกไป และตอนนี้ก็กลับมารวมกันเป็น Matrix อีกอันหนึ่ง ก็จะมีโจทย์ที่เสนอต่อไปว่า คนที่จะมาดูแล Cluster ตรงนี้ควรจะเป็นคนที่รู้ NCD Content หรือเป็นคนที่บริหารจัดการดูแล Matrix ดี และก็ในส่วนของบุหรี่ เหล้า จะมีในส่วนของนิติกร ซึ่งนิติกรในสคร. หนึ่งจะมีนิติกรหนึ่งคนก็จะรับทั้งเรื่องบุหรี่และเหล้าอยู่แล้ว เรื่องของการออกไปบังคับใช้กฎหมายไม่ค่อยมีปัญหา แต่ตอนที่มีนักวิชาการที่จะดูแลเรื่องบุหรี่ เหล้า บางที่ก็คือคนที่ทำงาน NCD บางที่ก็อาจจะเป็นคนละคน แต่บางสคร. ก็อาจจะเป็นคนเดียวกันอันนี้ก็ยังมีปัญหาตรงส่วนนี้อยู่ แต่เดิม แต่ตอนนี้เรามีภาพของ Cluster

ระดับส่วนกลาง ตรงที่บอกว่าเนื่องจากว่าเป็น Multi sectoral เรื่อง NCD การบูรณาการในส่วนที่จะบูรณาการกับกรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมอื่นๆที่เกี่ยวข้องเวลาค่อนข้างที่จะมาคุยกันหรือตรงกันอะไรต่างๆ ค่อนข้างที่จะยากนิดหนึ่ง แต่ก็พยายามให้มีการเชื่อมกันในส่วนนี้ให้ผ่านแผนงานที่เรียกว่า NCD Network เหมือนกัน และตอนที่บูรณาการแผนกลุ่มวัยทำงานก็พยายามบูรณาการหลายๆกรมเข้าด้วยกัน แต่ปัญหาของการบูรณาการเป็นกลุ่มวัยจะมาในรูปแบบของ ณ ปัจจุบันนี้ยังเป็นร่วมคิด แต่แยกทำ งบประมาณกรมอนามัย กรมควบคุมโรคก็แยกกันซึ่งจะมีโครงการต่างๆ ตอนแรกก็คิดจะเชื่อมกันตามเป้าหมาย แต่พอไปทำก็ต่างคนต่างแยกกันไปทำซึ่งการติดตามก็ค่อนข้างจะยาก

มีปัญหาอยู่ ๓ ประเด็น คือ

๑. ปัญหาข้อมูลและการสร้างองค์ความรู้
   - มีความต้องการการจัดการระบบข้อมูลอีกมากและใช้ข้อมูลยังทำได้ไม่เต็มที่
   - ขาดการสร้างและรวบรวมองค์ความรู้ ทั้งการทบทวนวิชาการและจากงานวิจัย

๒. ปัญหาด้านการดำเนินมาตรการ
   - ขาดการผลักดันการวิเคราะห์ปัญหาจากข้อมูล ให้เต็มประสิทธิภาพ

๓. ปัญหาด้าน Monitoring and evaluation
   - มีระบบประเมินผลเพียงการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนและจมน้ำ และทำเพียงบางส่วน

วิเคราะห์ GAP

๑. โครงสร้างการทำงานไม่ชัดเจนและยังเหลื่อมกันระหว่างหลายสำนัก
๒. ขาดทีมผู้เชี่ยวชาญ ด้านการให้คำปรึกษาและร่วมวางแผน
๓. ขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานในส่วนกลาง ทั้งระดับเชี่ยวชาญและปฏิบัติการในขณะที่การบาดเจ็บเป็นปัญหาที่สำคัญระดับกระทรวง

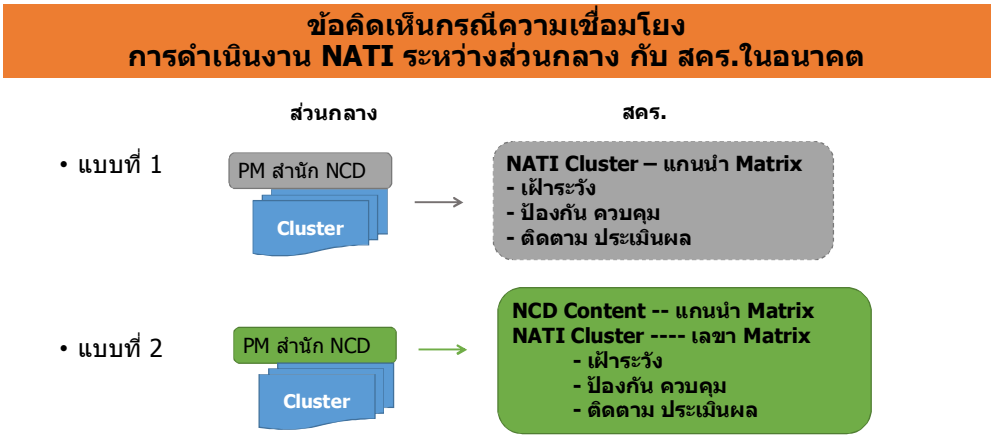
๔. ขาดผู้รับผิดชอบหลักที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ของหน่วยงานในระดับพื้นที่โดยเฉพาะสคร.

๕. ไม่สมดุลสัดส่วนของบุคลากรกับภาระงานและเป้าหมายที่สำเร็จระดับกระทรวง

a. ปัญหาด้านข้อมูลและการสร้างองค์ความรู้

b. ปัญหาด้านการดำเนินมาตรการ

c. ปัญหาด้าน Monitoring and evaluation



ข้อคิดเห็นความเชื่อมโยง จะมี ๒ แบบ ต้องการให้รวมเป็น Cluster เพราะประโยชน์จากการรวมเป็น Cluster หากมีการแยกเรื่อง Injury บุหรี่ เหล้า ก็จะเจอปัญหาเรื่องผู้ที่จะมารับผิดชอบจะกระจัดกระจาย และคนไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน แต่หากนำมารวมกันก็จะร่วมมือกันทำและได้กำลังคนเพิ่ม แต่จะต้องพัฒนาศักยภาพของคนใน Cluster นี้ให้สามารถปฏิบัติได้ทุกเรื่อง ทั้งเรื่อง Injury บุหรี่ เหล้าด้วย แต่ก็ยังมีความคิดเห็นว่าในขณะเดียวคนในกลุ่มนี้จะต้องพัฒนาศักยภาพให้หลากหลาย จะต้องมีคนที่เชี่ยวชาญในเรื่องนั้นๆ อยู่ด้วย ทั้งเชี่ยวชาญเชิงลึกและทำได้เชิงกว้างด้วย

บทบาทหน้าที่ของ PCM NATI ของ สคร.

๑. การวางกรอบ กำหนดแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการรายปีแก่เขตบริการสุขภาพ และจังหวัด

๒. ร่วมดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ติดตามประเมินผล ในภาพเขตบริการสุขภาพ

๓. เป็นที่ปรึกษาแก่ NCD system manager ของจังหวัดด้านยุทธศาสตร์และการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ติดตามประเมินผล

๔. ร่วมสอบสวนศึกษาเหตุการณ์ที่มีความสำคัญหรือประเด็นที่น่าสนใจ

๕. ประชุมร่วมกันระหว่าง PM ของ สำนักฯ และ PM ระดับเขต เพื่อติดตามงาน ทุก ๓ เดือน ตามประเด็น สถานการณ์ปัจจุบัน ผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้

การพัฒนาศักยภาพ ในมุมมองของ Program

ประเด็น

- ระดับส่วนกลาง ความสามารถในการวิจัย ระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ ความสามารถในการออกแบบ intervention การติดตามประเมินผล
- ระดับเขต/สคร ระบาดวิทยา (รวมวิเคราะห์ข้อมูล) System Manager
- ระดับพื้นที่ System Manager/ Case Manager / Mini CM (coordinator)/อสม.

วิธีการ

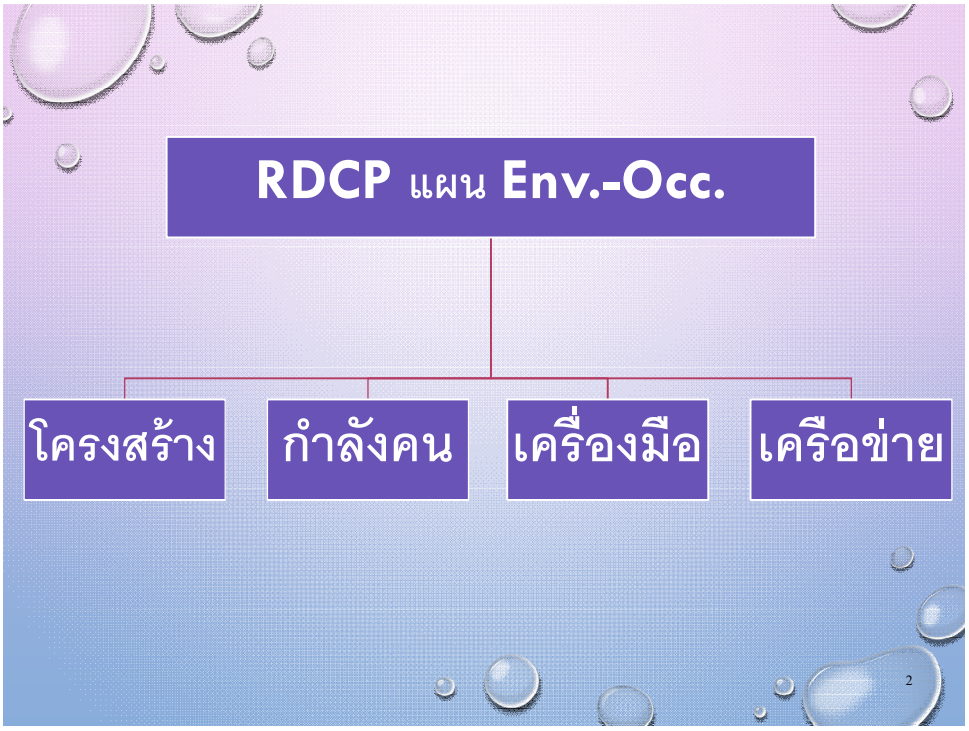
- self learning ระบบพี่เลี้ยง การอบรมระยะสั้น ศึกษาต่อ (ในและต่างประเทศ)

Cluster Env-Occ

ผู้อภิปราย นายแพทย์ปรีชา เปรมปรี

ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

แผนงาน Env-Occ มีการปรึกษาหารือกันมาหลายครั้ง ทั้งส่วนในสำนัก ผู้ทรงคุณวุฒิ และสถาบันราชประชาสมาสัย ปรึกษาหารือร่วมกันได้วิเคราะห์เรื่องของ GAP มาพอสมควร ซึ่งทุกคนก็ทราบอยู่แล้วว่า GAP ที่พบนั้นมีอะไรบ้างซึ่งทางสำนักเองก็มองเห็นภาพรวมและ GAP เนื่องจากว่าการทำงานทั้งเรื่องของ Env และ Occ เป็นการทำงานข้ามกระทรวงเป็นส่วนใหญ่ เพราะงานหลายๆงานจะต้องจับมือกับหน่วยงานอื่นๆ หากงาน Env จะต้องจับมือกับกระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม และทำงานภายในกรมอนามัยมาก ส่วน Occ ก็จะทำงานร่วมกับกระทรวงแรงงานมาก เพราะฉะนั้นจะมีสองเจ้าภาพหลักที่มาเชื่อมกัน ทางสคร. จะรู้ว่าเวลาทำงานก็จะมีปัญหาพอสมควร หากย้อนกลับไปตั้งแต่กองอาชีวอนามัยย้ายเข้ามาอยู่ที่กรมควบคุมโรคและก็มาเป็นสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม งานสิ่งแวดล้อมไม่ได้ย้ายมาจริงๆ นำคนมาบางส่วนเท่านั้น ตัวงานจริงๆไม่ได้มาด้วย และก็จะมีสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ที่กรมอนามัย สคร.อาจจะมองเห็นภาพนี้ไหมก็ต้องยอมรับสคร. บางส่วนที่ไม่ย้ายตามเข้ามาไม่มีเนื้องาน Content หลักตัวนี้อยู่ อันนี้เป็นสิ่งที่เกิดความกังวล เพราะฉะนั้นหากมีเรื่องปัญหาเกิดขึ้นจะเป็นปัญหาที่ยาก เหมือนปัญหาเหมืองทอง จะหาคนลงไปจับเรื่องสิ่งแวดล้อมแทบจะไม่มี จึงต้องใช้คนของกรมอนามัยที่จะต้องลงไปช่วยจับว่าจะทำอะไร เพราะฉะนั้นปัญหาตรงนี้ต้องทำงานร่วมกัน และก็จะต้องมีตัวยุทธศาสตร์ข้างบนร่วมกันแล้วค่อยๆไล่ลงไป และบูรณาการร่วมกันและแบ่งบทบาทหน้าที่ ส่วนนี้ก็เป็นทิศทางที่พยายาม Modify ให้เป็นการทำงานด้านนี้ ดังนั้นการที่จะทำงานให้เกิดความเข้มแข็งได้ ก็จะมีประมาณ ๔ ด้าน เรื่องโครงสร้าง กำลังคน เครื่องมือ และเครือข่าย



วิเคราะห์ GAP

ส่วนที่ ๑. การพัฒนาความเข้มแข็งด้านโครงสร้าง

๑.๑ มีการทบทวน / จัดทำ

- แผนยุทธศาสตร์การเฝ้าระวังฯ Env-Occ ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๘ (แผน ๑๐ ปี) และจะเสนอคณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมซึ่งก็จะมีการประกาศใช้ต่อไป

- แผนคุ้มครองสุขภาพในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๗ (แผน ๑๐ ปี) ส่วนนี้เพิ่งเข้ามาใหม่โดยจะแก้ปัญหาทั้งประเทศไม่ได้จะเป็นเฉพาะพื้นที่

แผนยุทธศาสตร์การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๘ (ภาพรวม)

เป้าหมาย	ยุทธศาสตร์หลัก
ผู้ประกอบอาชีพและประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลให้ปลอดภัยจากโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เพื่อนำไปสู่สุขภาวะที่ยั่งยืนภายในปี ๒๕๖๘	• การพัฒนากฎหมาย นโยบาย โครงสร้าง • การพัฒนาเครือข่ายระหว่างประเทศ • การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ • การพัฒนาบุคลากร • การพัฒนาความเข้มแข็งท้องถิ่น • การพัฒนาระบบเฝ้าระวังตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน • การพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยง

แผนคุ้มครองสุขภาพในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (พ.ศ.๒๕๕๘-๒๕๖๗)

เป็นแผนที่สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กำลังดำเนินการ และขับเคลื่อนแผนคุ้มครองสุขภาพในพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (พ.ศ.๒๕๕๘-๒๕๖๗)

วัตถุประสงค์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการของ กสธ ในการจัดการปัญหาสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง

เป้าประสงค์ เพื่อป้องกันและลดผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมประสิทธิภาพในจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม หากมองภาพแบบนี้จะดำเนินการอย่างไร แต่ไม่ใช่เฉพาะกรมควบคุมโรคลงไปทำ และสคร.ไปทำ จะต้องทำด้วยกันทั้งระบบ ซึ่งมียุทธศาสตร์ ดังนี้

๑. สร้างกลไกการดำเนินงานคือการพยายามสร้างระบบการทำงาน สร้าง System การทำงานให้ยั่งยืน เพราะฉะนั้นงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวสิ่งแวดล้อมจะมีกระบวนการที่ทำให้เกิดขึ้นภายในและเกิดการขับเคลื่อนอย่างยั่งยืน
๒. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ ระบบข้อมูล และการสื่อสาร เตือนภัย
๓. สร้างการมีส่วนร่วมทุกระดับ การทำงานร่วมกันกับภาคประชาชน ภาคสังคม
๔. พัฒนาระบบกฎหมาย
๕. พัฒนาองค์ความรู้ ชุดความรู้ มาตรการทางวิชาการเพื่อรองรับปัญหา
๖. พัฒนาระบบคัดกรองสุขภาพ การวินิจฉัย การรักษา กรณีเกิดผลกระทบ

แผนการดำเนินงานในพื้นที่เสี่ยง (ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๗)

ระยะสั้น (เม.ย. - ก.ย.๕๘)

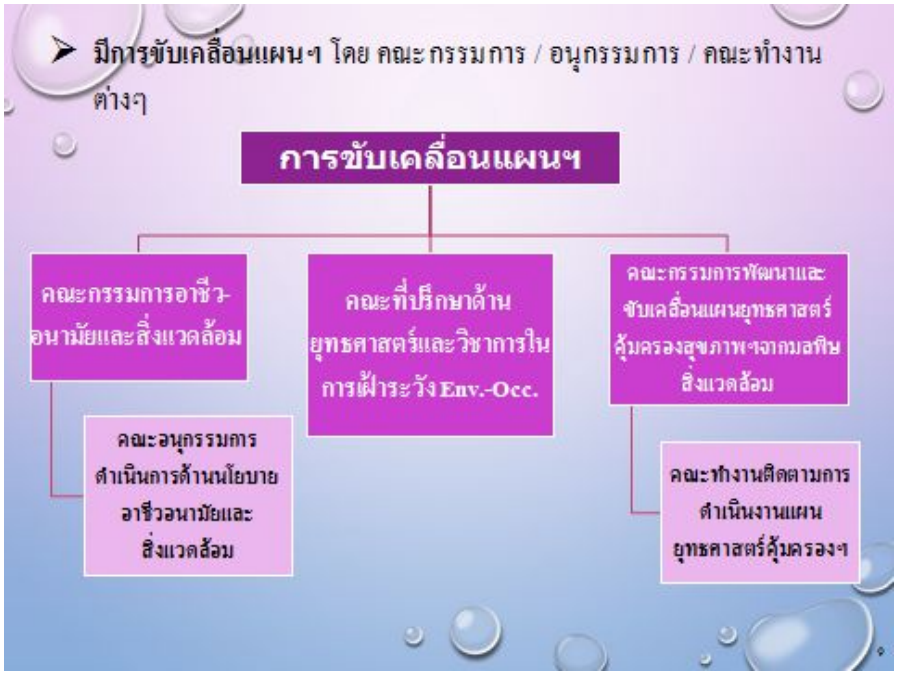
- กำหนดประเด็นเสี่ยงและพื้นที่ดำเนินการ
- การสร้างกลไกการดำเนินงานในพื้นที่เสี่ยง

ระยะกลาง (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๒)

- การวางแผนด้านทรัพยากรในการดำเนินงาน
- พัฒนาระบบข้อมูลเชิงพื้นที่
- พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง/เตือนภัย
- ปรับปรุง/พัฒนากฎหมาย/เชื่อมโยงกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
- ฝึกอบรมบุคลากรทุกระดับ
- พัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในพื้นที่เสี่ยง
- การเฝ้าระวัง/เตือนภัยเชิงพื้นที่
- เสนอร่างกฎหมายเพื่อการคุ้มครอง
- สุขภาพจากปัญหามลพิษ
- บริหารจัดการทรัพยากรเพื่อการดำเนินงาน

ระยะยาว (ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗)
ประชาชนผู้ได้รับผลกระทบได้รับการคุ้มครองสุขภาพจำนวน ๒๕ ล้านคน

๑.๒ มีการขับเคลื่อนแผนฯ โดย คณะกรรมการ / อนุกรรมการ / คณะทำงานต่างๆ



มองภาพส่วนกลางและภาพระดับเขตว่าการขับเคลื่อนในส่วนกลาง ในระดับประเทศ

- ส่วนที่ ๑ คณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งกรรมการชุดนี้จะเป็นกรรมการที่ Endorse เรื่องการวางแผนยุทธศาสตร์ลงไปจะมีคณะอนุกรรมการดำเนินการด้านนโยบาย และอาจจะต้องมีคณะกรรมการในระดับเขต ซึ่งกำลังคิดว่าจะต้องมีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับเขตขึ้นมาเพื่อช่วยขับเคลื่อน
- ส่วนที่ ๒ คณะกรรมการที่ปรึกษา ที่จะพยายามตั้ง STAG ให้เกิดขึ้น ที่คอยให้องค์ความรู้ ให้แนวทางและทิศทางการดำเนินการ
- ส่วนที่ ๓ คณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์คุ้มครองสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม

โดยคณะกรรมการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเป็นหลักในภาพรวม ส่วนคณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์คุ้มครองสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อมจะเป็นภาพอยู่ในกระทรวงเท่านั้น ก็จะมีคณะกรรมการติดตามดำเนินงานแผนยุทธศาสตร์ฯ และที่เสนอก็จะมีคณะกรรมการระดับเขต ที่จะให้มีการควบคุมกำกับ และขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับเขต เพราะฉะนั้น สคร. ก็จะเป็นส่วนหนึ่ง และก็จะช่วยกันขับเคลื่อน ในกรณีของสิ่งแวดล้อมไม่สามารถลงไปทำหน่วยงานเดียวหรือคนเดียวไม่ได้ จะต้องร่วมกันดำเนินการและจะต้องอาศัยอำนาจของผู้ตรวจช่วยขับเคลื่อน งบประมาณก็จะไปอยู่ตรงนั้น

ส่วนที่ ๒ การพัฒนาความเข้มแข็งด้านการพัฒนากำลังคน จะสร้างอะไรบ้าง และควรสร้างในทุกระดับตั้งแต่ทีมแพทย์ พยาบาล นักวิชาการ แม้แต่ รพ.สต. ก็ยังถูกสร้างขึ้นมา และอสม. ก็จะมีอสม. เชี่ยวชาญ ก็จะถูกสร้างขึ้นมาเพื่อรองรับการดำเนินงาน แต่จุดเน้นก็คือว่าเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงก่อน และขับเคลื่อนในพื้นที่เสี่ยงให้เรียบร้อยก่อนนั้นคือสิ่งที่จะดำเนินการ

๑. โดยการจัดอบรม พัฒนาสมรรถนะบุคลากร

- หลักสูตรพื้นฐาน Env- Occ สำหรับ นวก.สธ.
- พยาบาลอาชีวอนามัยระยะสั้น
- หลักสูตร อส.อช.
- หลักสูตรการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (สำหรับทีมหมอครอบครัวและ นวก.สธ.)

๒. แผนการลงทุนเพื่อพัฒนาความเป็นเลิศด้านการควบคุมโรค (Mega Project) ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๒

- การผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านโรค Env-Occ ซึ่งมีการผลิตบุคลากรในระดับนานาชาติ ในระดับประเทศ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สามารถพัฒนาองค์ความรู้ เทคโนโลยีนวัตกรรม ด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมให้ตอบสนองความต้องการของเครือข่าย เพื่อให้มีความพร้อมในการแก้ไขปัญหาในอนาคต

ส่วนที่ ๓ การพัฒนาความเข้มแข็งด้านเครื่องมือในการดำเนินงาน

- แผนการลงทุนเพื่อพัฒนาความเป็นเลิศด้านการควบคุมโรค (Mega Project) ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๒

ในระดับสคร.ที่ได้รู้กันก็จะเป็น Excellence ในด้านต่างๆ พวกนี้ก็จะมีการสร้างเครื่องมือและเพื่อการศึกษาวิจัยและพัฒนาด้านโรค Env-Occ ในประเด็นใหม่ และกรณีไม่มีหน่วยงานอื่นดำเนินการได้เพราะฉะนั้นการจัดบริการเพื่อให้ทางสคร. สามารถเข้าไปเฝ้าระวังทั้งสอบสวนโรค ส่วนนี้ก็เป็นกระบวนการหนึ่งที่จะจัดขึ้นตามที่เป็น Excellence ของสคร.เพื่อพัฒนาความเชี่ยวชาญในการตรวจวัดด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม โดยการจัดหาเครื่องมือ/ครุภัณฑ์รองรับการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรค Env-Occ อย่างที่ทราบเครือข่ายมีหลาย

ระดับ สำหรับเครือข่ายระดับประเทศก็จะมีเครือข่ายการทำงานร่วมกับ WHO มีเครือข่ายร่วมกับของทีมสิ่งแวดล้อมในระดับนานาชาติ มีเครือข่ายกับกระทรวงแรงงานหรือ IGO ILO ระหว่างองค์กร แรงงานระหว่างประเทศที่มีการทำงานร่วมกัน ๒ เครือข่ายที่จะดำเนินการเฝ้าระวังการพัฒนาการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการจัดหาเครื่องมือ Lab ที่จำเป็นสำหรับศูนย์อ้างอิงฯ และศูนย์ฯ ระยอง เพื่อพัฒนาให้เป็น Research Lab : เพื่อศึกษาวิจัยและพัฒนาด้านโรค Env-Occ ในประเด็นใหม่และกรณีไม่มีหน่วยงานอื่นดำเนินการได้ ๙ ด้าน :

(๑) สารกำจัดศัตรูพืช, (๒) รังสี, (๓) ภูมิคุ้มกันวิทยา, (๔) โลหะหนักและไอออน,
(๕) สารอินทรีย์และสารอินทรีย์แปรรูป, (๖) ชีวโมเลกุล, (๗) จุลชีววิทยาและเส้นใย,
(๘) การตรวจวิเคราะห์พื้นฐานทางห้องปฏิบัติการ, (๙) อนุภาคนาโน

การพัฒนาความเชี่ยวชาญในการตรวจวัดด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

๑. จัดหาครุภัณฑ์ด้านอาชีวสุขศาสตร์ :

- เครื่องมือตรวจสภาพแวดล้อมการทำงาน

๒. จัดหาครุภัณฑ์ด้านอาชีวเวชศาสตร์:

- เครื่องตรวจสมรรถภาพทางกาย

ส่วนที่ ๔ การพัฒนาความเข้มแข็งด้านการสร้างกลไกเครือข่ายสนับสนุนงาน

- พัฒนาเครือข่ายระดับบูรณาการ, จังหวัด, ประเทศ, นานาชาติ
  - เครือข่ายสู่ความเป็นเลิศฯ ด้านโรค Env-Occ (สำนัก + สคร.)
  - เครือข่ายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม
  - เครือข่ายจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (รพ.)
  - เครือข่ายต่างประเทศ : มณฑลกวางตุ้ง จีน, KECO เกาหลีใต้ (แร่ใยหิน)
- พัฒนาศักยภาพเครือข่าย และสนับสนุนการดำเนินงาน แก่ สคร. ๑ – ๑๒ และจังหวัด : ถ่ายทอดนโยบาย, แนวทางดำเนินงาน, องค์ความรู้
- สนับสนุนการพัฒนาความเป็นเลิศทางวิชาการ Env-Occ ของ สคร. : จัดหาเครื่องมือที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน)

ส่วนที่ ๕ ผลการดำเนินงาน / โครงการที่สนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งของแผนงาน Env.-Occ.

- วิเคราะห์เพื่อจัดทำ Road Map RDCP ด้าน Env.-Occ.
- วิเคราะห์การดำเนินงานตามบทบาท NHA ทั้ง แผน Occ. และ แผน Env.
- กำหนดผู้รับผิดชอบ / ทีมงานพัฒนาความเข้มแข็งของ แผน Occ. และ แผน Env.
- การวิเคราะห์ Gap ของแผนงาน และหามาตรการ/กิจกรรมปิด Gap
- ดำเนินกิจกรรมเพื่อปิด Gap

<u>แผนการพัฒนาเพื่อปิด GAP</u>

๑. การประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ จัดทำการประเมินเทคโนโลยีด้านโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพอย่างเป็นระบบโดยดำเนินการร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องรวมทั้ง พัฒนาศักยภาพในหลายสาขาความเชี่ยวชาญ

๒. การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว โดยการบูรณาการกับระบบข้อมูลที่มีอยู่โดยจัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน เพื่อทบทวน ศึกษาออกแบบและวางแผนระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศการบริหารจัดการ ที่ต้องมีความสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาองค์การและเครือข่ายที่มีเนื้องานเกี่ยวข้อง

๓. การสร้างและจัดการความรู้ วิจัยและพัฒนาที่ตอบสนองและแก้ปัญหาโรค/ภัยสุขภาพของประเทศเพื่อกำหนดทิศทางงานวิจัยอย่างเป็นระบบ และจัดทำแผนแม่บทการวิจัย (Research Map) และแผนแม่บทการจัดการความรู้ เพื่อสามารถนำผลการวิจัยในการตอบคำถามเชิงนโยบาย การวิจัยประยุกต์และเพื่อต่อยอดสำหรับนำไปใช้อย่างเป็นรูปธรรมได้

๔. การพัฒนาระบบการกำกับ ติดตาม ประเมินผลของภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน

๕. การพัฒนากลไกการเฝ้าระวังฯ และแผนพัฒนาบุคลากรในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ สำหรับโรคจากการประกอบอาชีพ โดยหนุนเสริมกลไกทีมงาน/เครือข่ายในพื้นที่ให้สามารถดำเนินการเฝ้าระวัง เตรียมการรองรับอุบัติภัยด้านโรคและภัยจากการประกอบอาชีพ โดยผลักดันให้จังหวัดหรือเขตบริการเป็นเจ้าภาพในการดำเนินการเฝ้าระวังฯ และตอบโต้ฯ ในพื้นที่ด้วยตนเอง โดยมีสำนักฯ เป็นผู้สนับสนุนข้อมูลด้านวิชาการต่างๆ

บรรยายแนวคิดการประสานเชื่อมต่อระหว่าง National Program กับ Regional Program และชี้แจงแนวทางการประชุมกลุ่ม

โดย นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

การพัฒนาความเข้มแข็งของแผนงาน ประกอบไปด้วยคุณลักษณะ ดังนี้

๑. กำหนดเป้าหมายชัดเจน
๒. กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ
๓. มี Program Manager
๔. มี Core Team
๕. มีการกำหนด Stakeholder
๖. มีโครงสร้างการดำเนินงาน
๗. มีบุคลากรเหมาะสม และมีคุณภาพ
๘. มีงบประมาณเหมาะสมและต่อเนื่อง
๙. ทบทวนและประเมินผลสม่ำเสมอ
๑๐. ได้รับการยอมรับ

ซึ่งเราได้มีการศึกษาวิเคราะห์กันมาระดับหนึ่งใน ๒ ครั้งที่ผ่านมา และในวันนี้เราจะนำเอาตรงนี้มาเป็นกรอบเริ่มต้นในการวิเคราะห์ หลังจากที่เรามีโปรแกรมดำเนินการไปแล้ว เราต้องเข้าสู่ Step ต่อไป คือ ทำอย่างไรให้แผนงานที่มีอยู่สามารถดำเนินการได้อย่างสม่ำเสมอ ในอนาคตอาจมีปัจจัยเข้ามาวิเคราะห์เพิ่มอีก ๕ ตัว เป็นเรื่องของ Leader ship เรื่องของศักยภาพ Capacity เรื่องของความสามารถในการปรับตัวและเรื่องของ Performance และหลังจากที่เราปลุกชีพแผนงานต่างๆขึ้นมาแล้ว จะทำอย่างไรให้แผนงานต่างๆ ดำเนินการได้อย่างคงทนถาวร และในแต่ละแผนงานมีบทบาทหน้าที่ ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ที่พึงประสงค์และควรต้องดำเนินการในแต่ละแผนงานโรคต่างๆ

หลังจากที่เราได้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายของผู้บริหารที่บอกว่า อยากให้ในส่วนของสำนักในส่วนกลาง ในส่วนของ สคร. ในแต่ละแผนงานต่างๆ อยากให้เป็น Excellence center คือเป็นศูนย์ความเป็นเลิศ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความเป็นเลิศในเรื่องของการไปทำบทบาท เช่น เป็นศูนย์ความเป็นเลิศของวิชาการ เป็นศูนย์ทางด้านการวิจัย เป็นศูนย์ของการให้บริการ เป็นศูนย์ทางด้าน Lab
คุณลักษณะ ๘ ประการขององค์กรแห่งความเป็นเลิศ Excellence center คือ

๑. มุ่งเน้นการปฏิบัติ
๒. มีความใกล้ชิดลูกค้า
๓. ให้อิสระในการทำงานและสร้างความเป็นเจ้าขององค์กร
๔. เพิ่มผลิตภาพโดยอาศัยพนักงานผู้ปฏิบัติ
๕. สัมผัสงานอย่างใกล้ชิดและเชื่อมั่นในคุณค่าที่เป็นแรงผลักดันองค์กร
๖. ทำธุรกิจที่มีความเชี่ยวชาญหรือเกี่ยวเนื่อง
๗. โครงสร้างองค์กรเรียบง่าย และมีผู้บริหารน้อย
๘. ใช้แนวทางทั้งการควบรวมและกระจายอำนาจในเวลาเดียวกัน

นอกจากทางด้านความเป็นเลิศแล้ว เราคงต้องทำวิชาการอย่างไร มีการฝึกอบรมอย่างไร เป็นสิ่งที่จะมาสนับสนุน หลังจากที่คุยในวงกลม ๘ รูปไปแล้ว ข้อหนึ่งของวงกลมต้องมีทีมงาน มีผู้รับผิดชอบ มีผู้จัดการ มี Core Team ในคณะกรรมการแผนงานควบคุมโรคที่เราเริ่มต้นอย่างน้อยก็มีอยู่ ๖ กลุ่ม คือ

๑. คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค ซึ่งเป็นกลุ่มของผู้บริหารระดับสูง

๒. ทีมพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค เป็นทีมของแต่ละแผน

๓. ที่ปรึกษาแผนงานควบคุมโรค คือกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่มีหน้าที่ในการให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยง

๔. ผู้จัดการแผนงาน Program Manager : PM

๕. ผู้จัดการกลุ่มแผนงาน Program Cluster Manager : PCM ระดับ สคร.

๖. ที่ปรึกษากลุ่มแผนงานควบคุมโรคระดับ สคร. คือผู้ทรงฯที่ถูกกำหนดให้ดูแล สคร.นั้น

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการแผนงาน

๑. จัดทำแผนพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค ร่วมกับผู้ช่วยผู้จัดการ และผู้รับผิดชอบหลัก โดยปรึกษาหารือกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้รับมอบหมายให้เป็นที่ปรึกษาแผนงาน

๒. จัดโครงสร้างการบริหารแผนงานควบคุมโรคและมอบหมายบทบาทหน้าที่ให้กับผู้รับผิดชอบหลักที่รับผิดชอบแผนงานควบคุมโรค (Core team)

๓. ติดต่อประสานงาน สื่อสาร สร้างความสัมพันธ์กับภาคีเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งประสาน สื่อสารการดำเนินงานกับผู้บริหารทุกระดับ

๔. ติดตาม กำกับ และประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งแก้ไขปัญหาอุปสรรคในการ ดำเนินงาน และรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้อง

๕. สรรหา และจัดสรรงบประมาณเพื่อให้การดำเนินการเป็นไปตามแผน

๖. ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิ

๑. ให้คำปรึกษาด้านยุทธศาสตร์ หรือวิชาการแก่ผู้จัดการ ผู้ช่วยผู้จัดการ และคณะทำงานในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค

๒. ส่งเสริม สนับสนุน โน้มน้าวและสร้างแรงจูงใจให้เกิดการดำเนินงานพัฒนาแผนงานควบคุมโรค

๓. เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาทางด้านวิชาการแก่บุคลากรของแผนงาน

๔. ร่วมติดตาม กำกับและประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งแก้ไขปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุประสงค์

และสุดท้ายได้มีการคาดการณ์ในแต่ละแผนงานจะต้องมีการติดตาม กำกับ เพื่อให้แผนงานมีความเข้มแข็ง โดยใช้คณะกรรมการอำนวยการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคเป็นกลไกหลักในการติดตาม กำกับ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการดำเนินงาน สิ่งหนึ่งที่ได้จากการประชุมใน ๒ ครั้งที่ผ่านมา ประเด็นที่เป็นช่องว่าง หรือ เป็นประเด็นที่หลายๆท่านพูดว่าเป็นปัญหา คือเรื่องการเชื่อมต่อระหว่างแผนงานส่วนกลาง คือ สำนักในส่วนกลาง กับคนรับผิดชอบแผนงานระดับเขต หรือ สคร.

กรอบแนวคิดทางวิชาการ

แม้ว่าเราจะเรียกว่าเป็นแผนงานโรค แต่ก็อยู่ภายใต้ organization ก็คืออยู่ในรูปขององค์กร ถ้าในระดับส่วนกลาง แผนงานจะเป็นระดับสำนัก เช่น สำนักวัณโรค เป็นทั้งแผนงานและเป็นสำนักด้วย หรือบางสำนักอาจมีหลายแผนงาน หรือบางสำนัก ๒ สำนักอยู่ในแผนงานเดียวกัน เป็นต้น จึงเป็นการยากที่จะแยกระหว่างแผนงานโรคกับองค์กร แม้แต่สคร.เองก็เป็นองค์กร และมีกลุ่ม Cluster ของแผนงานต่างๆเกิดขึ้น ดังนั้นการพัฒนาความเข้มแข็งคงจะพัฒนาเฉพาะแผนงานโรคอย่างเดียวไม่ได้ ต้องพัฒนาควบคู่กันไป

หมายความว่าถ้าจะให้แผนงานโรคเข้มแข็งก็ต้องพัฒนาองค์กรด้วย ในขณะเดียวกันถ้าองค์กรเข้มแข็ง ก็จะทำให้แผนงานโรคเข้มแข็งไปด้วย

การพัฒนาองค์กร หลักการใหญ่ต้องพิจารณาในประเด็นตั้งแต่เริ่มต้น คือ กลยุทธ์ (Strategy) ว่าองค์กรมีวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายในการที่จะพัฒนาไปสู่จุดใด ของเราก็คือ การที่จะมีนโยบายเพื่อนำไปสู่การควบคุมป้องกันโรค หรือภัยสุขภาพซึ่งเป็นภารกิจหลักของกรม พิจารณาโครงสร้าง คือ การแบ่งบทบาทหน้าที่ อำนาจในการตัดสินใจ การออกแบบโครงสร้าง และการออกแบบหน้าที่ต่างๆ คือ Job design หลังจากนั้นพิจารณาในเรื่องของเทคโนโลยี และบุคลากร

การที่จะให้หน่วยงานมีความเข้มแข็ง มีประสิทธิภาพ ต้องพิจารณาในองค์ประกอบ ๕ อย่างด้วยกัน คือ

๑. Leadership ความเป็นผู้นำขององค์กร หรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจ จะต้องมีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน สามารถพิจารณาจัดอันดับความสำคัญ ก่อน หลังได้ และเป็นผู้ประสานงานในทีมขององค์กรนั้น

๒. Decision-making and structure อำนาจในการตัดสินใจ/สั่งการ และโครงสร้าง ต้องมีบทบาทฟังก์ชั่นชัดเจน และโครงสร้างขององค์กรจะรองรับอย่างไร

๓. People ตัวบุคลากรในองค์กร มองว่าบุคลากรมีความเชี่ยวชาญ และความสามารถในด้านใดบ้าง ทำอย่างไรจึงจะมีผลการทำงานออกมาที่ดี สามารถตรวจวัดได้

๔. Work processes and systems

๕. Culture วัฒนธรรม ถ้าทุกอย่างเป็นไปด้วยดี Culture จะมีความชัดเจนมากขึ้น แต่สิ่งหนึ่งที่สำคัญจะต้องมี Culture ของความยืดหยุ่นที่จะปรับเปลี่ยนได้ ถ้าองค์กรไหนมีกระแสต่อต้านของความเปลี่ยนแปลง แสดงว่าไม่ effective เราคงต้องมีการสร้างวัฒนธรรมอย่างหนึ่งให้กับองค์กรคือ มีความยืดหยุ่นและมีความพร้อมที่จะปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เพื่อการพัฒนาเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ในเรื่องของโครงสร้าง มักจะพูดในเรื่องของ Structure คือ เรื่องของกลุ่มจะวางอย่างไรดี แบ่งตามแผนงานโรค แบ่งตามยุทธศาสตร์ แบ่งตามวิชาชีพ เราโฟกัสที่การแบ่งกลุ่ม แต่สิ่งหนึ่งที่สำคัญคือ เราขาดการมองในเรื่องของความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม ไม่เคยมองว่าแต่ละกลุ่มจะทำงานร่วมกันได้อย่างไร หรือในกรมส่วนกลางเอง เรามีสำนักวิชาการต่างๆ แต่ไม่เคยคุยว่าจะให้สำนักต่างๆทำงานด้วยกันอย่างไร ประเด็นนี้ยังไม่มีการคุย อาจเป็นครั้งต่อไปต้องคุยว่า การเชื่อมต่อการทำงานระหว่างสำนักวิชาการในส่วนกลาง กับกองสนับสนุน จะทำงานกันอย่างไร เพราะการทำงานมีการบูรณาการและการสื่อสารกันมากขึ้น การมองโครงสร้างไม่ใช่มองเฉพาะโครงสร้างกลุ่มเท่านั้น ต้องมองในลักษณะ Linking ด้วย การแบ่งกลุ่มมีลักษณะ ๕ อย่างคือ

- Functional เอาบทบาทหน้าที่เป็นตัวตั้ง
- Geographicการมองในเชิงพื้นที่
- Program เป็นการแบ่งตามกลุ่มโรคต่างๆ
- Customer/Market
- Matrix การเอามาผสมผสานกัน และพัฒนาต่อไปเป็น Hybrid

Geographic model คือ การมองทั้งส่วนกลางและ สคร. อยู่ในองค์กรเดียวกัน คือกรมควบคุมโรค โดยที่ สคร. เป็น Geographic center ที่อยู่ตามศูนย์ต่างๆ

มีข้อดีคือ

- ทรัพยากรต่างๆสามารถเข้าถึงได้ง่ายตามเขตต่างๆ
- สามารถตอบสนองต่อลูกค้าในเขตนั้นๆ ได้ตรงตัว
- สามารถตอบโจทย์ในการโฟกัสปัญหาที่สำคัญของพื้นที่นั้นๆ
- สามารถเข้าถึงงบประมาณในพื้นที่ได้

การแบ่งเป็นเขตต่างๆในภาพของกรม มีข้อจำกัดหรือจุดอ่อนคือ

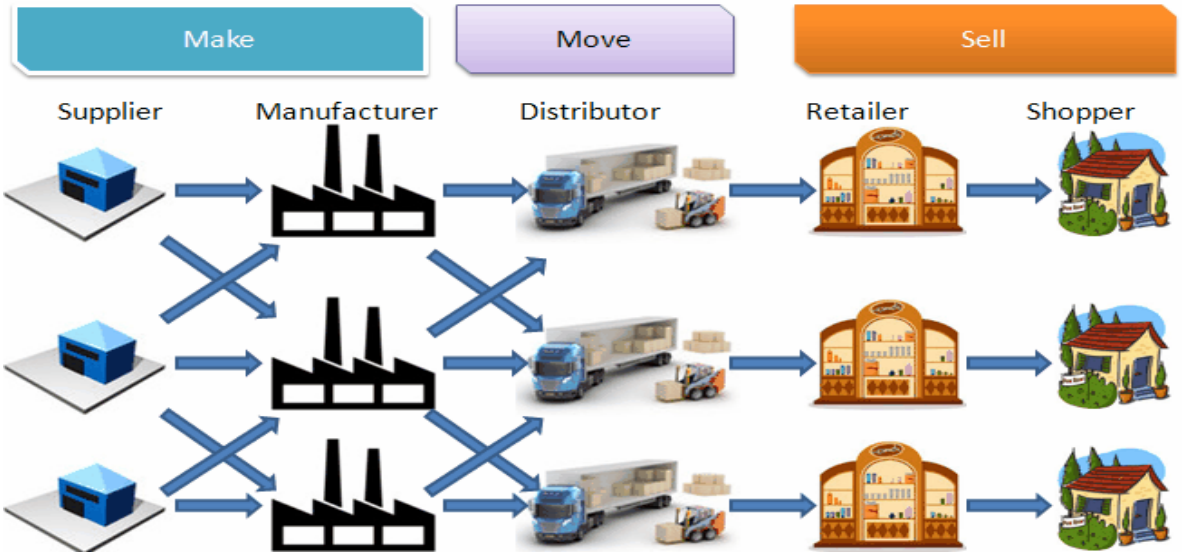
- จำเป็นต้องอาศัยผู้อำนวยการ หรือหัวหน้าที่มีความสามารถมากๆ (Strong skills)
- การที่ สคร.อยู่ อาจทำให้มีบทบาททับซ้อนกับหน่วยงานในส่วนกลาง และอาจควบคุมทิศทางของยุทธศาสตร์ไม่ได้
- แผนงานหรือกระบวนการทำงานอาจจะแตกต่างกันในระหว่าง สคร.
- อาจมีความสับสนในเรื่องของการตัดสินใจ
- มีลักษณะการทำงานที่หลากหลาย

ปัจจัยในการเชื่อมต่อ Linking factors

- ลูกค้าและภาคีเครือข่าย
- งบประมาณและทรัพยากร
- การประสานและบริหารจัดการภายใน
- การพัฒนาศักยภาพองค์กร

สิ่งที่อยากให้พิจารณาในเรื่อง ประเด็นการเชื่อมต่อใน ๔ มิติ เพื่อหาข้อเสนอในการที่จะปรับปรุง ๔ เรื่องนี้ แม้ว่าจะแบ่งเป็น ๔ มิติ แต่ทั้งหมดนี้จะต้องไปด้วยกัน ในแต่ละเรื่องแม้จะมีวัตถุประสงค์ มีทิศทาง มียุทธศาสตร์ แต่ก็ต้องเชื่อมต่อกัน

การมองในฐานะที่ สคร. อยู่ใน Chain ของ Supply chain กับทางส่วนกลาง



โดยกำหนดให้

- Manufacturer เป็นสำนักต่างๆในส่วนกลาง หรือแผนงาน
- Distributor เป็น สคร.
- Retailer เป็น สสจ.
- Shopper เป็นโรงพยาบาล หรือท้องถิ่น

ทางกรม ทางส่วนกลาง และทางสคร. อาจต้องมาคุยเรื่องการพัฒนากระบวนการในการที่จะจัดการของ Supply chain ในการที่จะส่งต่อผลงานลงไปยังผู้ซื้อหรือลูกค้า ซึ่งกระบวนการตรงนี้ต้องมีการมามองต่อซึ่งยังไม่มีการคุยกันในเชิงยุทธศาสตร์ คือ ต้องมองในเชิงยุทธศาสตร์ว่าจะทำอย่างไรที่จะส่งต่อ Product ของเราไป สสจ. ไปท้องถิ่น โดยที่จะมีโครงสร้างอย่างไร ยุทธศาสตร์อย่างไร หรือบริหารจัดการอย่างไร

แนวทางการประชุมกลุ่ม

วัตถุประสงค์

- เพื่อกำหนดบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการ RDCP ในทุกระดับให้ชัดเจน
- เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การประสานและเชื่อมต่อการทำงานของแผนงานโรคในส่วนกลางและสคร.
- เพื่อให้ข้อเสนอในการพัฒนากระบวนการประสานและเชื่อมต่อการทำงานของแผนงานโรคในส่วนกลางและสคร.

กระบวนการประชุมกลุ่ม

- แนะนำตัวของสมาชิกในกลุ่ม
- พิจารณาคัดเลือกประธาน เลขา และผู้นำเสนอผลการประชุมกลุ่ม
- พิจารณา (ร่าง) บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ RDCP พร้อมทั้งหามติของกลุ่ม (ใช้เวลาไม่เกิน ๓๐ นาที)
- แลกเปลี่ยนสถานการณ์การประสานงานและเชื่อมต่อการทำงานของแผนงานโรค ระหว่างสำนักในส่วนกลางและสคร. (อาจเชื่อมโยงถึงระดับจังหวัดและพื้นที่ได้) ในมิติด้านเครือข่าย การเงินและทรัพยากร กระบวนการทำงานและประสานภายใน และการพัฒนาศักยภาพ รวมทั้งพิจารณาการจัดการ supply chain เช่น การจัดทำยุทธศาสตร์และแผน เป็นต้น
- พิจารณาภาพที่ควรเป็น วิเคราะห์ช่องว่างและข้อเสนอแนะในการปิดช่องว่างหรือพัฒนาระบบการทำงาน

การอภิปราย เรื่อง“การบริหารจัดการ Disease Control Program Cluster ของ สคร. ที่ตอบสนองต่อเขตสุขภาพและจังหวัด”

ดำเนินการอภิปรายโดยนายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ
รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

เราพยายามกำหนดภาพฝันและมีความมุ่งมั่นเพื่อจะไปให้ถึงฝัน คือ อยากเห็นระบบควบคุมโรคที่มีความเข้มแข็งและพยายาม Identify องค์ประกอบของความเข้มแข็งดังกล่าว และรูปนาฬิกา ๑๐ คุณลักษณะคือภาพที่อยากเห็น โดยตั้งเป้าหมายไว้ภายในปี ๒๕๖๐ เพื่อลดโรคและภัยสุขภาพภายใต้องค์ประกอบของระบบควบคุมโรคที่เข้มแข็งทั้ง ๑๐ องค์ประกอบ แต่เราจะไปสู่เป้าหมายได้อย่างไร ด้วยวิธีการใด

สิ่งที่สำคัญคือวิธีการที่จะไปสู่ระบบควบคุมโรคที่เข้มแข็ง จะต้องจัดการ Program เป็นแบบ Disease Program Cluster ไม่ใช่แค่รายโรคอย่างเดียว และต้องฟื้นฟูสร้างความเข้มแข็งในลักษณะของการจัดการองค์กรทั้งแบบ Matrix และแบบ Hybrid สุดท้ายมีเจตนารมณ์ร่วมคือมีการปรับระบบให้ Diseases Control มีความเข้มแข็ง แต่จะทำงานเชิงยุทธศาสตร์ได้อย่างไร

นายวิรัช ประวันเตา นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ พิษณุโลก

<u>โจทย์คำถามในการอภิปราย</u>

การบริหารจัดการ DCP Cluster ของ สคร.ที่ตอบสนองต่อเขตสุขภาพและจังหวัด เป็นอย่างไร

<u>คำถามย่อย</u>

๑. ความคาดหวังของเขตสุขภาพ และ จังหวัดที่มีต่อ DCP Cluster สคร.คืออะไร
๒. ประเด็นท้าทายการบริหารจัดการ DCP Cluster ที่ตอบสนองต่อเขตสุขภาพและจังหวัดเป็นอย่างไร
๓. ประสบการณ์ความพร้อมในการบริหารจัดการ DCP Cluster ของ สคร.เป็นอย่างไร
๔. ข้อเสนอในการบริหารจัดการ DCP Cluster ของ สคร. มีอะไรบ้าง

การตอบสนองแบบนี้ ตรงความคาดหวัง?

ปัญหา/อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. การสร้างความตระหนักให้กับ อปท. และสถานศึกษาในพื้นที่เสี่ยงสูง ยังมีน้อย ๒. จังหวัด/อำเภอยังขาดทักษะการสอบสวนหาสาเหตุการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ๓. ขาดข้อมูลสถานการณ์ พ.ท.เสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	๑. สร้างเครือข่ายระดับนโยบายและระดับ พท.กับ อปท., เขต พท.การศึกษา/สถานศึกษา เพื่อจัดกิจกรรมในการเรียนการสอน ๒. พัฒนาทักษะการสอบสวนหาสาเหตุการเสียชีวิตจากการจมน้ำ แก่ทีม SRRTและคืนข้อมูลผู้บริหาร อปท. ,สถานศึกษา เพื่อกำหนดป้องกัน ๓. ประสาน อปท.เพื่อ - สำรวจแหล่งเสี่ยง - ติดป้ายห้าม/เตือน/อุปกรณ์ช่วย - จัดทีมเฝ้าระวัง เตือนภัย

เป้าประสงค์การป้องกันควบคุมโรค (ลดอัตราตาย ลดอัตราป่วย ลดความเสี่ยง)

๑. ความคาดหวังของเขตสุขภาพ และ จังหวัดที่มีต่อ สคร. คืออะไร

- **ความคาดหวังเขตสุขภาพ**
  - บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ
  - มีข้อมูลใหม่ๆ ในการสะท้อนผลการดำเนินงานจังหวัด
  - ให้คำปรึกษา แนะนำวิธีการป้องกันควบคุมโรคที่ตรงประเด็น ชัดเจน ปฏิบัติได้
- **ความคาดหวังของจังหวัด (Advise, Assist, Service)**
  - ช่วยสนับสนุนการควบคุมโรค
  - ช่วยปฏิบัติการควบคุมโรค
  - แนะนำวิธีการควบคุมโรคที่ได้ผลดี
  - คำยกย่องชมเชย

วัตถุประสงค์ของการตรวจราชการ

๑. ชี้แจง แนะนำ ทำความเข้าใจกับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ของรัฐในการปฏิบัติตามนโนบายของรัฐบาล และแผนต่างๆของชาติ

๒. ทำการตรวจ ติดตามความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค และประเมินประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า (M&E) ในการปฏิบัติราชการ

๓. สดับตรับฟังทุกข์สุข ความคิดเห็น ความต้องการของเจ้าหน้าที่และประชาชน

๔. แสวงหาข้อเท็จจริงด้วยการสืบสวน สอบสวนเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่กำลังเป็นปัญหาในพื้นที่

เป้าประสงค์และความคาดหวังในการควบคุมโรคของเขตสุขภาพ และ จังหวัด

ความคาดหวังมีอะไรบ้าง แต่ละ CLUSTER ของ สคร.ต้องไปหา/รวมรวม/สรุป

ตัวอย่างความคาดหวัง

	NCD	ALCOHOL	TOBACO	INJURIES
เป้าประสงค์การควบคุมโรค	- ลดอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (๑๐%) - ผู้ป่วย DM/HTที่ควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดีเพิ่มขึ้น - อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากโรค DM/HT(ลดลง) - ความชุกของพฤติกรรมเสี่ยงลดลง	- ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกลุ่มอายุ ๑๕-๑๙ ปี ไม่เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๕๗	- ร้อยละผู้สูบบุหรี่ในวัยรุ่น (ไม่เกิน ๑๐)	- อัตราเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุ <๑๕ ปี ไม่เกิน ๖.๕/แสน - อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน ๑๘ ต่อแสน

	NCD	ALCOHOL	TOBACO	INJURIES
ความคาดหวังเขตสุขภาพ	- เทียบเคียงผลการดำเนินงานของจังหวัด - สะท้อนการรับรู้เข้าใจ และการปฏิบัติตามมาตรการลดความเสี่ยง	?	?	?
ความคาดหวังจังหวัด	- ช่วยการวิเคราะห์ข้อมูลจาก ๔๓ แฟ้มที่ถูกต้อง - ชี้เป้า/จุดมุ่งเน้นของกรมควบคุมโรค	- ช่วย(อย่า) มาดำเนินการมาตรการทางกฎหมาย	?	- ข้อมูลสถานการณ์ - ให้จังหวัดทำอะไรก่อนดี

๒. ประเด็นท้าทายการบริหารจัดการ DCP Cluster ที่ตอบสนองต่อเขตสุขภาพและจังหวัด เป็นอย่างไร

ประเด็นท้าทายการบริหารจัดการ DCP Cluster ที่ตอบสนองต่อเขตสุขภาพและจังหวัด

๑. ด้านกลยุทธ์
๒. ปฏิบัติการ
๓. ด้านบุคลากร
๔. ด้านอื่นๆ

ประเด็นท้าทายการบริหารจัดการ DCP Cluster

	NATI	SALT	EN-OCC	CD	AREA
ด้านกลยุทธ์ในการจัดระบบงาน	- เป้าหมายในการบริหารจัดการที่ชัดเจน/ถูกต้อง - ความสอดคล้องกับระบบบริหารจัดการ/โครงสร้างที่ปฏิบัติอยู่ - การติดต่อสื่อสารที่เป็นเอกภาพกับเขตสุขภาพและจังหวัด - ความมั่นคงทางนโยบาย				
ด้านปฏิบัติการตามระบบ	- การกำหนดแนวทางที่ชัดเจน/ความซ้ำซ้อนการดำเนินงาน - การรับรู้ และเข้าใจในเป้าหมาย/ระบบงาน ของบุคลากร - การติดตามและประเมินผลสำเร็จการบริหารจัดการ - ตัววัดผลสำเร็จที่เหมาะสมคืออะไร				
ด้านบุคลากร	- ตัวแบบสมรรถนะของบุคลากรในแต่ละ CLUSTER คืออะไร - GAP ของบุคลากรในแต่ละ CLUSTER หาอย่างไร - เครื่องมือที่เหมาะสมในการพัฒนาบุคลากรใน CLUSTER - การประเมินประสิทธิผลในระยะสั้น/ระยะต่อไป				

๓. ประสบการณ์ความพร้อมในการบริหารจัดการ DCP Cluster ของ สคร.เป็นอย่างไร

ประสบการณ์ & ความพร้อมในการบริหารจัดการ DCP Cluster ของ สคร.

	NATI	SALT	EN-OCC	CD	AREA
๑.ผู้บริหารองค์กร	- มีประสบการณ์การบริหาร แบบ Matrix ยุทธ์ & โรค - มีประสบการณ์จากการปรับโครงสร้างองค์กร - ประสบการณ์น้อยในการบริหารจัดการ DCP Cluster - ประสบการณ์สูงในการบริหารจัดการแบบ Vertical				
๒.ผู้ปฏิบัติ/ทีมงาน	- มีความรู้ ความเข้าใจการบริหาร Matrix ยุทธ์ & โรค..... - เรียนรู้การปรับโครงสร้างองค์กรมีผลอย่างไรบ้าง - มีทักษะ ความสามารถเชิงยุทธศาสตร์มากขึ้น				
๓. การนำไปปฏิบัติ	- GAP การบริหาร Matrix ยุทธ์ & โรค..... - ความหลากหลายในการจัดโครงสร้างองค์กร - ความแตกต่าง /หลากหลายในการปฏิบัติ				

ความพร้อม : พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง แต่ไม่รู้จะเปลี่ยนอย่างไร ? ถึงจะดี

๔. ข้อเสนอในการบริหารจัดการ DCP Cluster ของ สคร. มีอะไรบ้าง

ข้อเสนอในการบริหารจัดการ DCP Cluster ของ สคร.

๑. กรมควบคุมโรค (โดยสำนักผู้ทรง) ต้องกำหนดเป้าหมายการบริหารจัดการ DCP Cluster ของ สคร.ที่ตอบสนองต่อเขตสุขภาพและจังหวัด ทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว

๒. เนื่องจากการบริหารจัดการ DCP Cluster ของ สคร. เป็นงานเชิงนโยบาย ผอ.สคร. ควรมอบหมายผู้มีความสามารถในการบริหารจัดการ(มีพลัง อำนาจ) ในแต่ละ CLUSTER

๓. กรมควบคุมโรค (กอง จ) กำหนดสมรรถนะเฉพาะ (KSAs) ที่สำคัญของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติในแต่ละ Cluster เพื่อใช้เป็นกรอบประเมินและพัฒนา เช่น M&E, การคิดเชิงวิเคราะห์, การนำเสนอ เป็นต้น

๔. สคร แต่งตั้งบุคลากรและมอบหมายการทำหน้าที่ Coach & Mentor ในแต่ละ Cluster

๕. กรมควบคุมโรค (สำนักโรค & KM) จัดทำหลักสูตร และคู่มือ Coaching & Mentoring บุคลากรเฉพาะ Cluster เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการ DCP Cluster ของ สคร.

นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ กรุงเทพฯ
หลักการสำคัญ (ความเชื่อ)

- นักวิชาการ ของ สคร.ต้อง เก่งทางกว้าง และเชี่ยวชาญทางลึก
- นักวิชาการทุกคนต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน อย่างน้อย ๑ ด้านไม่ว่าจะอยู่ตำแหน่งใดหรือกลุ่มใด
- คณะทำงานกลุ่มโรค ที่ประกอบด้วยสมาชิกทีมที่มีความหลากหลาย สามารถทำงานเสริมพลัง สร้างสรรค์งานที่ดีกว่าทำเพียงคนเดียวหรือกลุ่มเดียว

ถ้าจะทำให้คณะทำงานกลุ่มโรคหรือทำงานได้จริง ต้องนำสิ่งที่ดีมาทำร่วมกัน เพราะความหลากหลายจะเป็นสิ่งที่ช่วยเติมเต็ม เพราะปัจจุบันความรู้เรื่องโรคอย่างเดียวไม่สามารถเปลี่ยนเป็นการปฏิบัติการที่ลดโรคและลดป่วยตายได้จริง เพราะมีกลไกการทำงานที่ซับซ้อนกว่าแค่การให้ความรู้วิชาการอย่างเดียว

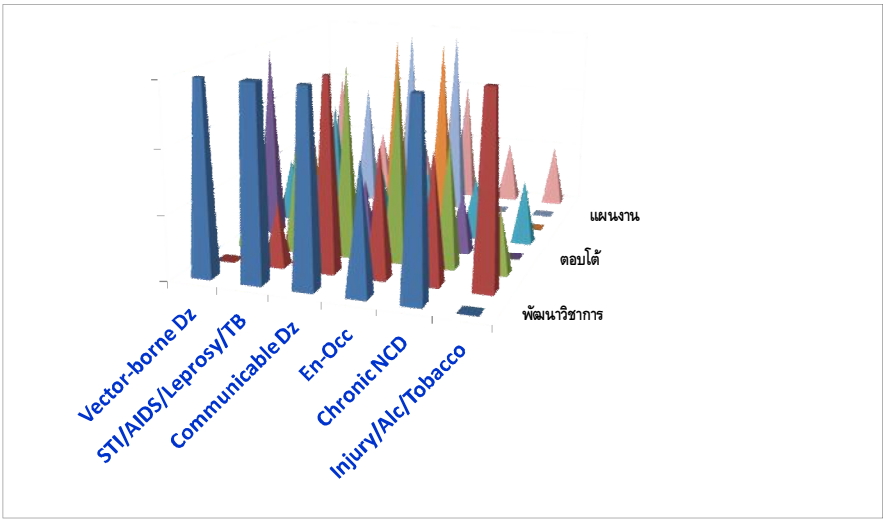
ตัวอย่างการทำงานของ สคร.๑

คณะทำงานกลุ่มโรค ปี ๒๕๕๘

คณะทำงานโรค/กลุ่ม	โรคติดต่อนำโดยแมลง	วัณโรค โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	โรคติดต่อทั่วไป	โรคไม่ติดต่อ	โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม	การบาดเจ็บและสุรา ยาสูบ
ผู้บริหาร	๒	๑	๑	๑	๒	๑
พัฒนาวิชาการ	๕	๑๒	๖	๖	๒	๐
พัฒนาภาคีเครือข่าย	๐	๑	๔	๒	๒	๖
ระบาดวิทยา ฯ	๒	๒	๓	๒	๓	๑
ปฏิบัติการควบคุมโรค ฯ	๓	๑	๑	๑	๒	๐
สื่อสารความเสี่ยง	๑	๒	๑	๑	๑	๑
แผนงานและประเมินผล	๑	๒	๓	๐	๓	๐
พัฒนาองค์กร	๒	๐	๓	๐	๓	๐
รวม	๑๖	๒๑	๒๒	๑๓	๑๘	๙

เราใช้ศักยภาพทุกระดับ ตั้งแต่ผู้บริหาร ซึ่งมีทั้งผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการมาเป็นทีมที่ปรึกษา แบ่งเป็น ๖ Cluster ที่เพิ่มเติมจาก Cluster โรคของ RDCP คือ โรคติดต่อนำโดยแมลงเพราะโรคไข้เลือดออกถือเป็นปัญหาสำคัญ และการบาดเจ็บและสุรา ยาสูบ

โครงสร้างแบบ Matrix



ขั้นตอนและกระบวนการ

- กำหนดนโยบายที่ชัดเจน
- สรรหาหัวหน้าคณะทำงานที่มีศักยภาพ เป็นที่ยอมรับ
- เปิดโอกาสเลือกคณะทำงานกลุ่มโรคที่สนใจ
- จัดคนให้กระจายลงตัว
- กระจายคนให้สมดุลกับปริมาณงาน
- มอบหมายงานใน PMS (๑๐%)
- ประชุมคณะทำงาน ไตรมาสละอย่างน้อย ๑ ครั้ง

หลักๆ คือ การทำให้งานระบาดวิทยาแทรกเข้าไปในทุก Cluster แต่กลไกในการทำงานไม่ง่าย และมีข้อจำกัด เช่น ความชอบหรือไม่ชอบ

โครงสร้างคณะทำงาน

- หัวหน้า และ เลขา
- Core team
- ที่ปรึกษา ๒ คน
- กลุ่มพัฒนาวิชาการ ๖ คน
- กลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย ๔ คน
- กลุ่มระบาดวิทยา ฯ ๓ คน
- กลุ่มปฏิบัติการควบคุมโรค ฯ ๑ คน
- กลุ่มสื่อสารความเสี่ยง ฯ ๑ คน
- กลุ่มแผนงานและประเมินผล ๓ คน
- กลุ่มพัฒนาองค์กร ๓ คน

หัวหน้าคณะทำงาน

- มีประสบการณ์ เข้าใจปัญหาและมาตรการ
- มีความเป็นผู้นำ ได้รับการยอมรับ
- ไม่เป็นหัวหน้ากลุ่มยุทธ์
- หัวหน้ากลุ่มยุทธ์ รองผอ. ผอ.เป็นที่ปรึกษา
- Career path
- มีภารกิจเป็นพี่เลี้ยงสร้างรุ่นใหม่
- พัฒนาศักยภาพการบริหารงานในระบบ
- ฝึกประสานการทำงานโดยใช้หลักวิชา เจรจา

ลูกทีม

- นักวิชาการ ทั้งข้าราชการ พนักงานราชการ
- สมาชิกกระจายในทุกกลุ่มยุทธ์
- เรียนรู้จากพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์
- รับมอบหมายงานจากหัวหน้า
- เพิ่มศักยภาพทางวิชาการ
- มีเวลาทำงานฝึกฝนเก็บเกี่ยวประสบการณ์
- ใช้เทคโนโลยีในการประสานงาน

ตัวอย่างการดำเนินงานเมื่อมีเหตุเกิดขึ้น เช่น

เหตุการณ์ : ฝุ่นถ่านหิน อ.นครหลวง จ.อยุธยา

- ปัญหาที่ได้รับมอบหมายจากการตรวจราชการ
- มอบคณะทำงานกลุ่มโรค En-Occ
- ประชุมคณะทำงานแก้ปัญหา
- สำรวจสิ่งแวดล้อม และประเมินความเสี่ยง
- สำรวจขนาดของปัญหาสุขภาพ
- ให้ข้อเสนอแนะเพื่อการแก้ปัญหา

ความท้าทาย

- ▶ การจัดสรรเวลาทำงาน
- ▶ จัดลำดับความสำคัญของงาน
- ▶ การประสานงานระหว่างคณะทำงานโรคกับกลุ่มยุทธ์
- ▶ อำนาจการบริหารโครงการ และงบประมาณ
- ▶ การประเมินผลการทำงาน (PMS, KPI)
- ▶ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรต่อเนื่อง

แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดขอนแก่น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงฯ ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ และท่านผู้ทรงฯ สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ ที่กรุณาให้มาแลกเปลี่ยนในวันนี้ จริงๆวันนี้เราโชคดีนะค่ะ คือ ได้ฟังของท่านผอ.โสภณ สคร. ๑ และรองฯวิรัช บรรยายก่อน เพราะว่าเตรียมการนำเสนอมาไม่คล้ายกัน และที่ได้รับฟังมายังไม่ได้วิเคราะห์มาและทั้งสองท่านได้วิเคราะห์มาให้เป็นที่เรียบร้อยแล้วในประเด็นนั้น ก็ดีอีกอย่างหนึ่งคือคุณหมอพงศธร ซึ่งได้เชิญมาเป็นวิทยากรท่านเดียว เพราะท่านเคยเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน เป็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และเป็นผู้อำนวยการเขตเพราะฉะนั้นท่านสามารถที่จะ Comment ได้หมดในหลายๆประเด็นที่ได้นำเสนอไป ช่วงสุดท้ายคุณหมออาจจะได้ comment อีกครั้งนะค่ะว่าสคร เราคิดแบบนี้ เราทำแบบนี้แล้วในระดับ Level ของจังหวัดจนไปถึงระดับเขตนั้นดีหรือไม่ สำหรับของ สคร. ๖ มีอยู่ ๓ ประเด็นที่จะสรุปสั้นๆ ดังนี้

๑. ความคาดหวังของตัวสคร.เองและตัวของ Program Cluster ที่ทางท่านผู้ทรงฯได้พัฒนาขึ้นมาหรือที่เรียกว่า Revitalizing Disease Control Program

๒. เรื่องการบริหารจัดการProgram Cluster ในสคร. การวิเคราะห์แผนโรคใน ๕ Cluster นี้

๓. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

สำหรับความคาดหวัง เรื่องการจัดการ Program Cluster แบบ ๕ Cluster (SALT, NATI, CD, Env-Occ และโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพ) เราต้องการได้อะไร สำหรับตัวเราเองต้องการการเรียนรู้ ต้องการ Achievement ต้องการ Program Manager ระดับเขตที่สามารถจะแก้ปัญหาให้กับเขตได้ ต้องการได้การ M&E ที่มีคุณภาพให้กับเขต ต้องการ Technology Assessments ที่สามารถไป Evaluate ต่อได้ มีการประเมินเทคโนโลยีให้เห็นชัดเจนส่งผลแก้ไขปัญหาต่อเขตหรือจังหวัดเกิดความพึงพอใจ อันนี้คือผลลัพธ์ที่ สคร.ต้องการ ก่อนที่จะได้ผลลัพธ์เหล่านี้ก็คาดว่าจะต้องมีปัจจัยใส่เข้าไปก่อน ไม่ว่าจะเป็น ๕ I ๕ Information ที่เป็นนโยบายของกรมหรือกระบวนการในการจัดการ PCM ในระดับ สคร. จะต้องดีด้วย เมื่อสักครู่ได้ฟังท่านผอ.โสภณ กับท่านรองฯ วิรัช คล้ายๆ กันประเด็นปัญหาอยู่ตรงกลาง ปัญหาก็คือกระบวนการจะทำอย่างไรที่จะให้ Program Cluster นั้นดี โดยมีปัจจัยนำเข้า มีกระบวนการและมีผลลัพธ์ที่ต้องการ และคิดว่าก็น่าจะ Archive ได้ถ้าทำตรงกลางของเราให้ดี หากกระบวนการเราดีซึ่งขณะนี้ยังไม่ดี ๕ I ที่ว่าเป็นปัจจัยนำเข้า อย่างเช่น Information อย่างที่บอกจะต้องมีข้อมูล ข้อมูลจะต้องตอบ What Where Why ให้ได้ด้วย บางทีข้อมูลเรายังไม่สามารถตอบอะไรได้ ข้อมูลของเราเป็นเพียงแค่ DATA ข้อมูลยังไม่ได้ไป Focus บอกว่าจังหวัดของทางสสจ หรือจังหวัด หรือเขตนี้มีจังหวัดไหนอยู่ที่ไหนอย่างไร และปัญหาคืออะไร และทำไมถึงเกิด คำถามเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ด้วย เราจะต้องมีเครื่องมือไม่ว่าจะด้วยเป็นข่าวกรองของเราเอง หากไม่มีข่าวกรองอาจจะนำเรื่องการพยากรณ์มาช่วยด้วยในเรื่องของการ Do list Information หรือ Survey ให้เขา มี Innovation ไหม มีนวัตกรรมไหม เช่น ขยะที่กาฬสินธุ์ มี Model ขยะที่ไปทำ ขยะ electronic หรือโรคพยาธิใบไม่ในตับ มีนวัตกรรมอะไรใหม่ๆหรือไม่ ซึ่งอาจจะมีการทำโรงเรียนปลอดพยาธิ โรงเรียนปลอดอาหารเป็นพิษ มี Intervention หรือเปล่า Intervention ที่ทำเหมาะสมกับพื้นที่หรือไม่ ขณะนี้มี Family care team ก็ต้องมาดูว่า Family care team สามารถที่จะ Match เข้ากับโรคเรื้อรังของกรมควบคุมโรคได้หรือเปล่า ในเรื่องของการดูแล มี Standard หรือเปล่า สิ่งที่จะทำต้องอ้างอิงได้ จะต้องมี Reference และรวดเร็ว ทันเวลา โดยอาศัย Core team ของเราที่อยู่

under Cluster สำหรับเรื่องกระบวนการ ยังไม่สามารถบรรยายได้ ซึ่งคิดว่าน่าจะยากที่สุด ขอพูดไปที่ผลผลิตที่ได้ ถ้าเราทำ Process ดีใน Program Cluster ๕ Program ที่ดี คิดว่าผลผลิตที่ได้อย่างน้อยๆ ก็คือแผนงานที่ชัดเจนใน ๕ Cluster มี Model ต่างๆ มีการเรียนรู้ของเราเอง ไม่ว่าจะเป็นโครงสร้าง ความรู้ของหน่วยงาน สคร. หรือ Core team ที่มีการพัฒนา มีระบบพัฒนาบุคลากร มี Career Path ที่ชัดเจน มี Work Flow กระบวนการหลักก็คือ สายงานหลักกับ Work Flow ของสายสนับสนุนหรือมี Back office ที่ชัดเจนอันนี้คือผลผลิตที่ได้ ส่วนผลลัพธ์คิดว่าหากระดับเขตบริการสุขภาพจะได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากเรา หากสามารถบริหารจัดการได้ดีซึ่งสิ่งนี้คือผลลัพธ์ที่เราคาดว่าจะได้ และก็มีกระบวนการ M&E ที่น่าเชื่อถือ มี Technology Assessment ซึ่งขณะนี้เรายังไม่มีการประเมินเทคโนโลยีด้านการป้องกันควบคุมโรค โดยจะต้องใส่ Intervention เข้าไปในแต่ละจุด เช่น การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกว่าวิธีนี้ดีจริงหรือไม่ หรือว่าการ M&E Monitoring บางอย่างที่ใส่เข้าไป เรายังไม่ได้วัดว่าดีหรือไม่ สำหรับที่จะ evaluate แต่เมื่อ evaluation แล้วเขาอยู่ในระดับไหน และต้องปรับอะไรบ้าง สำหรับระดับของสสจ. คิดว่าจะต้องให้เกิดความพึงพอใจเพราะถือว่าเป็นลูกค้า และ M&E Support เรื่องปัญหาสุขภาพที่ต้องการโดยใช้หลักของ Stake Holder base evaluation ซึ่งอาจจะไม่ใช่ตัวสสจ. เอง อาจจะเป็นเครือข่ายในนั้น เช่น ยกตัวอย่างชุมชนเหมืองทอง จังหวัดเลย หรือขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่จังหวัดกาฬสินธุ์นี่ต่างกันอย่างสิ้นเชิง เพราะใช้วิธีการเดียวกันไม่ได้ สิ่งที่จะไป Monitor หรือจะใส่ Intervention อะไร เพราะว่าอย่างเหมืองทองที่เมืองเลยมีผลกระทบต่อชุมชนรอบ ๆ แต่ขยะอิเล็กทรอนิกส์ที่จังหวัดกาฬสินธุ์ผลกระทบน้อย เนื่องจากเขาทำกันทั้งตำบลเหมือนจะไปแก้ไขว่าใช้วิธีการ Zoning หรือแยกไปอีกจะเป็นวิธีที่ยากมาก เพราะเขาก็ต้องการที่จะทำแบบนั้นอยู่ เหมือนเหมืองทองคำเพราะเป็นคนละบริบท เพราะฉะนั้น Stake Holder base evaluation สำคัญที่จะนำนวัตกรรมไปใช้ต่อว่าจะขยายพื้นที่อย่างไร

สำหรับเรื่องที่ ๒ Process ทำอย่างไรซึ่งจะต่างจากท่านผอ. โสภณ ซึ่งที่สคร. ๖ รองฯ จะทำงานหนักหมด Program Cluster PCM NATI ก็ท่านรองฯ หนึ่ง และท่านรองฯ สอง ก็จะดู Program Cluster SALT ท่านรองฯ ที่ ๓ ก็จะดู Cluster CD กับ Area base ท่านรองฯที่สี่ ก็จะดูเรื่องของโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม under ก็จะมี Core team สำหรับกระบวนการก็คือนำแผนโรคมาวิเคราะห์ว่าในเชิงของสถานการณ์ ค่าเป้าหมาย Setting ยกตัวอย่างเช่น แผนโรค NCD จะให้จังหวัดไปแก้ปัญหาตรงไหน ใครทำ มาตรการอาจจะมีเฉพาะของ NCD บุหรี่ แอลกอฮอล์ จมน้ำ ค่าเป้าหมายยังไม่ได้ตั้ง และก็ Setting จะให้จังหวัดไปแก้ไขปัญหาตรงไหน ใครทำก็ยังไม่มีผู้รับผิดชอบ มาตรการก็อาจจะมี NCD เป็นมาตรการจากกรม แต่มาตรการของบุหรี่ แอลกอฮอล์ จมน้ำ บาดเจ็บก็ยังไม่มีเช่นกัน การพัฒนา Core team ของสคร.ก็ยังไม่มี ส่วนนี้วิเคราะห์ตามแผนโรค ซึ่งนำ ๕ ประเด็นมาจับเป็น Process เพราะสถานการณ์แผนงานโรคดีหรือยัง ค่าเป้าหมาย setting มาตรการมีหรือยัง Core team ดีหรือยัง ส่วนใหญ่ตอบถูกประมาณ ๘๐% สำหรับแผนของ Env-Occ เนื่องจากข้อมูลของแผนนี้อาจจะมีการวิเคราะห์มาก่อน มีการกำหนด Setting ชัดเจน เนื่องจาก Env และ Occ จะวิเคราะห์ปัญหาสถานการณ์ว่าอยู่ตรงไหน อาจจะมีการวิเคราะห์น้อยอยู่หรือเปล่าซึ่งอาจจะมีการวิเคราะห์ไม่ครบก็อาจจะมีส่วน ก็เลยเป็นว่าแผนของ En-Occค่อนข้างที่จะดี และโรคที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่ก็ค่อนข้างดีเช่นกัน

ประเด็น	แผนงานโรค SALT			
	เอดส์	STIs	โรคเรื้อน	วัณโรค
การวิเคราะห์สถานการณ์โรค	✓	✓		
การกำหนดค่าเป้าหมาย	✓	✓	✓	✓
การกำหนด Setting	✓	✓	✓	✓
การกำหนดมาตรการ		✓	✓	✓
การพัฒนาบุคลากรของ Core team	✓	✓	✓	✓

✓ หมายถึง แผนงานโรคมีสภาพปัญหาตามประเด็นการวิเคราะห์

ประเด็น	แผนงานโรค SALT			
	เอดส์	STIs	โรคเรื้อน	วัณโรค
การวิเคราะห์สถานการณ์โรค	✓	✓		
การกำหนดค่าเป้าหมาย	✓	✓	✓	✓
การกำหนด Setting	✓	✓	✓	✓
การกำหนดมาตรการ		✓	✓	✓
การพัฒนาบุคลากรของ Core team	✓	✓	✓	✓

✓ หมายถึง แผนงานโรคมีสภาพปัญหาตามประเด็นการวิเคราะห์

ประเด็น	แผนงานโรค EN-OCC	
	โรคจากการประกอบอาชีพ	โรคจากสิ่งแวดล้อม
การวิเคราะห์สถานการณ์โรค		
การกำหนดค่าเป้าหมาย	✓	✓
การกำหนด Setting		
การกำหนดมาตรการ		
การพัฒนาบุคลากรของ Core team	✓	✓

✓ หมายถึง แผนงานโรคมีสภาพปัญหาตามประเด็นการวิเคราะห์

อันนี้ก็ดีเช่นกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ มะเร็งท่อน้ำดี โรคพิษสุนัขบ้า ก็ค่อนข้างจะดี ซึ่งมีปัญหาน้อย ส่วนที่เป็น GAP จะต้องไปทำ Process ให้ดี

สภาพปัญหา	แผนงานโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่	
	โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	โรคพิษสุนัขบ้า
การวิเคราะห์สถานการณ์โรค		
การกำหนดค่าเป้าหมาย	✓	✓
การกำหนด Setting		
การกำหนดมาตรการ		
การพัฒนาบุคลากรของ Core team	✓	✓

✓ หมายถึง แผนงานโรคมีสภาพปัญหาตามประเด็นการวิเคราะห์

ส่วนนี้เป็น Cluster CD จะมีปัญหาเยอะมากคือไม่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ Focus ให้กับจังหวัดกับตำบลให้ชัดเจนได้ สำหรับโรคไข้เลือดออกค่อนข้างจะดี ชี้ประเด็นโรคได้ กำหนดค่าเป้าหมายให้ได้ กำหนด Setting บอกได้ แต่อย่างอื่นอาจจะบอกไม่ได้เช่น อาหารเป็นพิษ ซึ่งบอกยากแต่หลายๆเรื่องทั้งค่าเป้าหมาย Setting จะให้เขาทำอะไร นี่คือ GAP

ประเด็น	แผนงานโรคติดต่อทั่วไป						
	EPI	IC	CDD	Zoonosis	EID	Malaria	ไข้เลือดออก
การวิเคราะห์สถานการณ์โรค		✓		✓		✓	✓
การกำหนดค่าเป้าหมาย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การกำหนด Setting	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การกำหนดมาตรการ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
การพัฒนาบุคลากรของ Core team	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓ หมายถึง แผนงานโรคมีสภาพปัญหาตามประเด็นการวิเคราะห์

การพัฒนาต่อไป

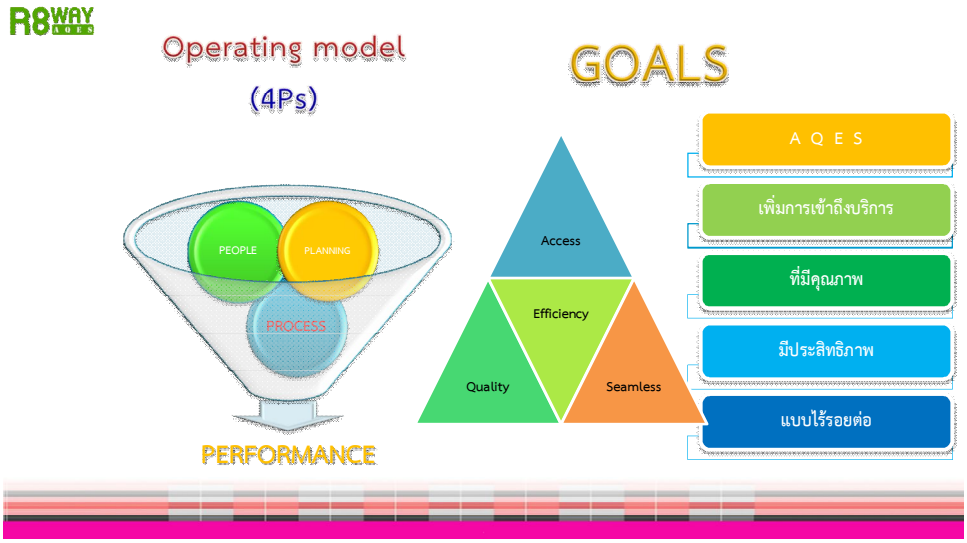
๑. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรแผนโรคด้านการจัดการ แผนงาน โครงการ
๒. วางแผนกำลังคนระยะยาว จะบริหารอย่างไรในแนวราบแนวดิ่งอย่างไร
๓. การบริหารจัดการแผนโรคเชิงยุทธศาสตร์
๔. การติดตาม ประเมินผล และพัฒนาต่อ

ดร.นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

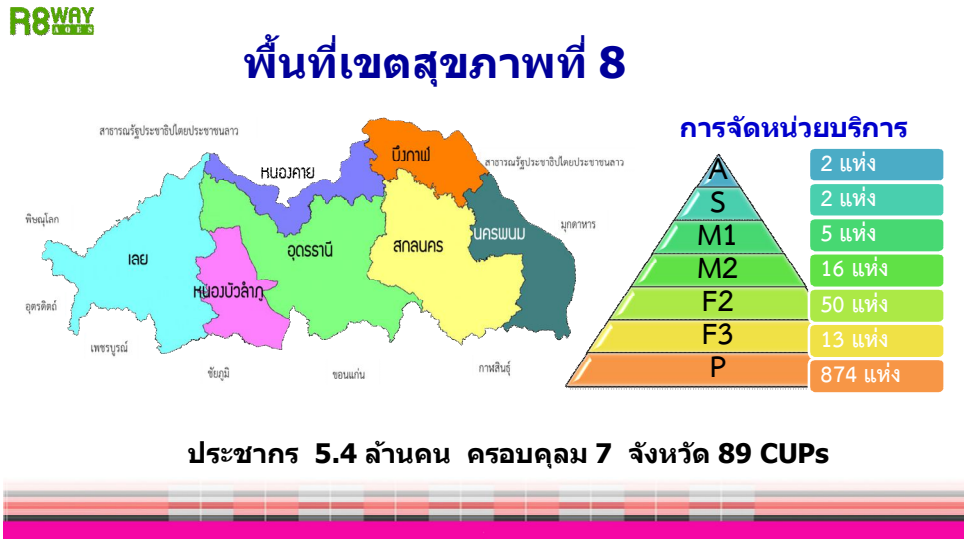
ก่อนอื่นต้องนำเรียนก่อนว่าสำหรับกรมควบคุมโรค ในส่วนตัวรู้สึกว่าตัวเองใกล้ชิดกับกรมนี้ สำหรับกรม คร. สิ่งที่ชื่นชมคือวัฒนธรรมของคนในองค์กร เมื่อเทียบกับกรมอื่นๆ รู้สึกส่วนตัวว่ากรมนี้มีวัฒนธรรมค่อนข้างติดดิน คนในกรม คนในสคร. อันนี้คือความรู้สึกจริง ๆ และก็เป็นกรมที่ค่อนข้างแตะพื้นที่เป็นกรมที่เวลาที่อยู่สสจ.มีคนของกรมไปหาบ่อยๆ ส่วนกรมอื่นไม่ค่อยจะมีเท่าไหร่ ซึ่งมีคุณหมอศศิธรกับทีมคุณหมอนงลักษณ์ ดร.เกษร มาบ่อยๆ โดยที่ไม่ว่าที่เขต ๘ ไม่มีสคร. เขต ๘ เป็นเขตที่ไกลปืนเที่ยงมากเป็นเขตอุดรธานีที่ไม่มี สคร. โดยจะต้องใช้สคร. ร่วมกับเขต ๗ ก็สึกว่าเขตนี้แปลกดีไม่มีสคร.อยู่ ส่วนนี้คือความรู้สึกที่กรมมีวัฒนธรรม และอีกเรื่องหนึ่งคือเรื่องตัว System ของกรม ผมคิดว่าเป็นกรมที่ก้าวหน้ามาก อย่างตอนที่อยู่เขตเรามี Staff จากสคร. มาช่วย ไม่ว่าจะเป็นระบบประเมินความดีความชอบ ระบบต่างๆ สคร.มีหมดแล้ว ซึ่งเป็นระบบที่ก้าวหน้ามาก ผมเองก็ต้องขอชื่นชมไปด้วย ก่อนที่จะลงรายละเอียดคิดว่ามีประมาณ ๒-๓ ประเด็นที่นึกถึง และไม่แน่ใจว่าจำได้ละเอียดหรือเปล่า เพราะนึกถึงตอนที่ทำเรื่องของ CDC ตอนช่วงเปลี่ยน CEO ซึ่งตอนนั้นเข้าใจว่ามีการปรับใหม่ของ CDC พอสมควร นี่เป็นประเด็นที่ ๑ ที่ผมคิดว่าเป็นประเด็นที่อยากเรียนรู้ และคงไม่มีเวลามา Review ประเด็นที่ ๒ คือตอนที่นิวยอร์กจัดการเรื่องบุหรี่ ซึ่งส่วนนี้ก็เป็นประเด็นเช่นกันว่าบทบาทของกรมฯ การทำงานแบบนั้นทำงานกันอย่างไร และก็มีเหตุการณ์หนึ่งเหตุการณ์ที่ ๓ ที่นึกถึงก็คือ ผมเคยอ่านหนังสือและก็ฟังท่านหนึ่งบรรยายชื่อ โลกไม่ใช่ใบเดิม ดร.สุวิทย์ เมษินทรีย์ ท่านเป็นเภสัช หนังสือตัวนี้บอกชัดว่าวันนี้องคาพยพเปลี่ยนไปแล้ว ตอนผมอยู่ Geneva ยังจำได้เลย Bill Gates Foundation สั่งให้ WHO โทรหาเพราะเป็นแบบนั้นจริงๆปัจจุบันนี้ ผมยังไม่เข้าใจเลยนั่งอยู่ใน WHO เขาบอกว่าวันนี้เขาสั่งให้ Geneva โทรไปหาเขาหน่อย ไม่รู้ครับรู้สึกว่าเปลี่ยนไปหมดเลย โลกไม่ใช่ใบเดิมคำนี้กับสิ่งที่ Bill Gates Foundation ทำกับ WHO สำหรับผมคิดว่าเปลี่ยนมิติวันนี้เลยรู้สึกดีใจว่ากรมเปลี่ยนมิติในการคิดแล้ว มีอีกเหตุการณ์หนึ่งที่ยังนึกถึงก็คือเรื่อง Hybrid หรือ Matrix เป็นประเด็นที่ที่ผมเอง Discuss พอดีมีโอกาสไปเรียนที่ Harvard อยู่ช่วงหนึ่ง หลักสูตร Advanced Management Program ผมมี Partner คนหนึ่งที่จะต้องอยู่ด้วยกัน Partner คนนั้นคงไม่เชื่อว่าเป็นผู้บังคับบัญชาทหารสูงสุดของสิงค์โปร ไปนิวยอร์กก็ไปพักห้องเดียวกัน ก็นั่งคุยกันไปหลายเรื่องมาก ผมเคยถามเขาเรื่องกองทัพของสิงค์โปร เขาบอกว่าไม่กลัวใครเลยในอาเซียนนี้ ทั้งที่มีคนอยู่สี่ล้านคน และก็บอกว่าคนในองค์กรเขานี้มี Speed ที่สูงมาก เขาเป็นผู้บังคับบัญชาทหารบกตอนอายุ ๔๕ ปี เป็นทหารสูงสุด ตอนนี้อายุ ๔๘ ปี จะเกษียณอายุตอนอายุ ๕๐ เขากำลังจะเกษียณพอดีและเขาต้อง Apply เป็นปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ผมก็ถามว่าทำไมระบบคุณเป็นแบบนั้น เพราะหากคนเกษียณอายุที่ ๖๐ คนจะไม่ทำอะไรแล้ว อันนี้น่าสนใจมาก และ Speed ในการ Change เขาเร็วมาก อันนี้คือจุดหนึ่งที่ผมรู้สึกว่าน่าสนใจเลยทีเดียวและประเด็นที่พูดถึงคือ Matrix เขาบอกว่าระบบกองทัพของสิงค์โปรใช้ระบบ Matrix มานานแล้วและมี Paper อยู่ผมอ่าน Hybrid Matrix ผมก็ไม่รู้ ผมก็อยากดูกรมควบคุมโรคเหมือนกันว่าจะเป็น Hybrid หรือ Matrix เพราะผมก็ว่าจะเอาไปใช้บ้าง

สำหรับวันนี้ขออนุญาตแลกเปลี่ยน โดยจะเล่าเกี่ยวกับ R8 ให้ฟัง ขอเวลาสั้นๆ เล่าถึงเขต ๘ นิดหนึ่ง ตอนนี้ได้จัดการอยู่ R8WAY ถูกตั้งขึ้นมาตอนถูกตั้งเขต ตอนนั้นมีท่านสุรเชษฐ์เป็นผู้ตรวจ R8 ก็ย่อมาจากเขต 8Way ก็จะเป็นแค่วิถีการทำงาน เพราะว่าเรามีอยู่เพียง ๗ จังหวัด คิดแต่ว่าจะทำอย่างให้ ๗ จังหวัดนี้

ไปด้วยกันได้ เพราะ ๗ จังหวัดก็คนละสสจ. ก็เหมือนคนละประเทศ เพียงแค่คิดวิธีการมาทำอย่างไร และจำลองวิธีคิดจาก Toyota way Samsung way ทั้งหลายที่เป็นกระบวนการกรอบวิธีคิดว่าเราจะเดินกันอย่างไร ถ้าเป็น คร. ก็ต้องเป็น คร. CDC WAY อันนี้มาเล่าให้ฟัง คล้ายๆอย่างนั้น ตัว AQES คือธงของเราคือเป้าหมายว่าการเป็นเขตตอนที่อยู่นี่ทำอย่างไรก็แลกเปลี่ยนกับท่านสุรเชษฐ์ ท่านก็ปรับมาเป็นแบบนี้ AQES ย่อมาจาก Access Quality Efficiency and Seamless อยากให้ ๗ จังหวัดเป็น Seamless

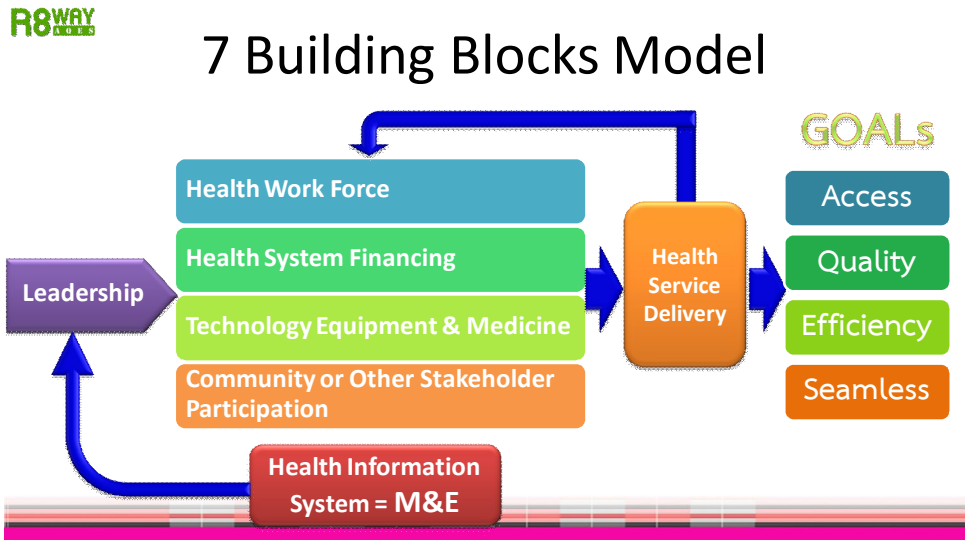


เขต ๘ เป็นเขตที่ไม่มีสคร. ซึ่งมีประชากรอยู่ประมาณ ๕ ล้านและมีขอบเขตไกลมากตั้งแต่จังหวัดเลยจนถึงนครพนม บึงกาฬเป็นพื้นที่ที่สุดกู่มาก บึงกาฬเป็นพื้นที่ที่ผมว่าวันนี้หมอลาออกเกือบหมดคนแห่ไปเนปาลให้มาบึงกาฬแทน เป็นพื้นที่ขาดแคลน แพทย์ก็ขาด

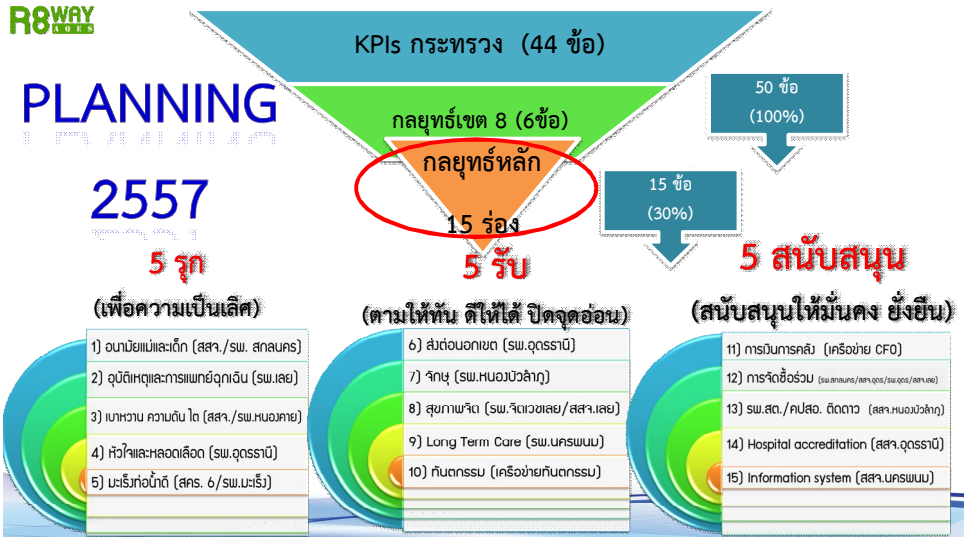


อันนี้เป็นอันหนึ่งที่อยากให้สคร. ทำคือพวกนี้ DALYs ทั้งหลายคือสคร.เป็นหน่วยที่มีความพร้อมมากที่สุด คือกรม คร. พร้อมที่สุดแล้ว วันนี้เรารอ HIPP ทำหรือรอ สนย. ทำ ซึ่งผมไม่รู้ว่าทำยากขนาดไหนหากเกิด คร. จะ

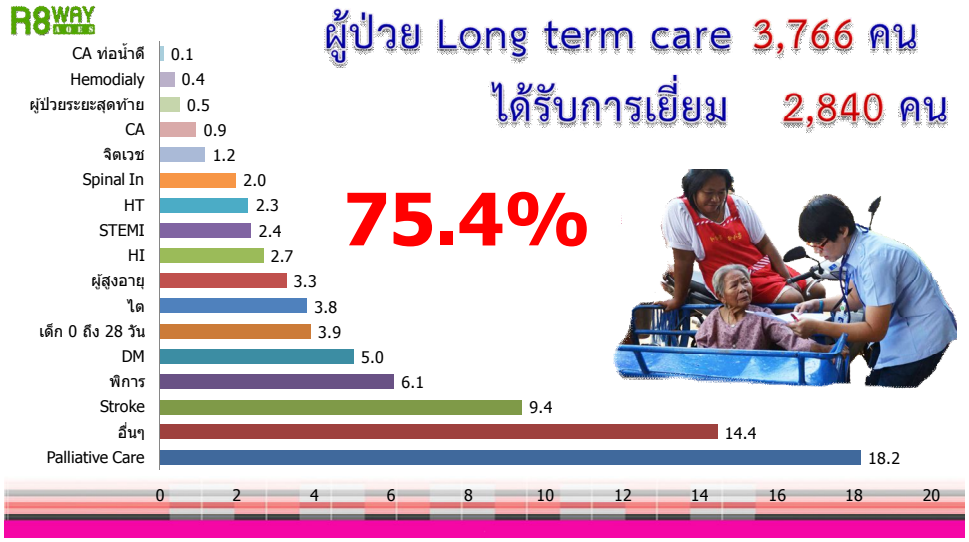
ทำ สำหรับเขตต้องการข้อมูลแบบนี้ ที่ชี้เป้าที่ควรชี้ Set Priority อะไร อันนี้คือเรื่องของ Refer เราไม่มีมหาวิทยาลัย เราพบปัญหาเรื่อง Refer พอได้ออกแบบเขตแล้วว่าเรามี R๘WAY เรามี Operating Model อยู่ ๔ ประเด็นง่ายๆคือว่า เราจะ Focus ไปที่ Planning ก่อนถัดมากคือตัว People คือคน และถัดมาคือ Process และสุดท้ายคือ Performance อันนี้คือ Operating Model ที่เขต ๘ ทำงาน วิธีการทำงานก็จำลองมาจากหลายๆ Model แต่อันหนึ่งนำมาจากบริษัทชั้นนำระดับโลก โดยมีการปรับใช้ Matrix ในเรื่องคุณภาพก็มีการปรับอีก ที่มี ๗ อย่าง ซึ่งปรับกันจนได้แบบนี้ และก็ใช้ตัวนี้ทำงานและสื่อสารทำความเข้าใจ



พอ Planning เสร็จแล้ว เขตก็ปรับแผนของเขตว่า ๗ จังหวัดจะทำอะไรพร้อมกัน ก็ดู KPI ดูกลยุทธ์ ซึ่งจะเห็นว่ารุก รับ เป็นการออกแบบการทำงานเฉยๆ รุกก็คือต้องการทำให้เป็นเลิศให้ได้ รับนี่ถือว่าเป็นจุดอ่อนของเขต และส่วนสนับสนุน หากเรามี Back Office ที่ดีงานจะ Process ตัวมะเร็งท่อน้ำดีถือว่าเป็นข้อสำคัญ สคร. เข้ามาช่วยเรา ในการเป็น Program Manager ให้ทั้งเขตคือเรื่องนี้ คือจะมอบหมายแต่ละที่คล้ายๆกับ Program Manager เหมือนคล้ายๆกับว่าสำนักงานเขตเรามีคนไม่ถึง ๒๐ คน ตอนแรกๆมีเพียง ๕ คน เราไม่เหมือนกับเขตอื่น งานเขตเหมือนบริษัทแม่ กลุ่มยุทธศาสตร์คุมเงินคุมคน แต่เราแตกบริษัทลูกคือโรงพยาบาลต่างๆ สสจ. ต่างๆ ให้ผลิตสินค้าให้เรา นั่นคือวิธีคิดของเรา เพราะฉะนั้นแต่ละจังหวัด แต่ละสสจ.ก็จะผลิตสินค้าให้ อย่างเช่น นครพนม จะต้องผลิต Long Term Care ซึ่งเราทำก่อนหน้าที่กระทรวงจะมา Implement เพราะว่าเรามองเห็นว่าอนาคตหนีไปพ้น



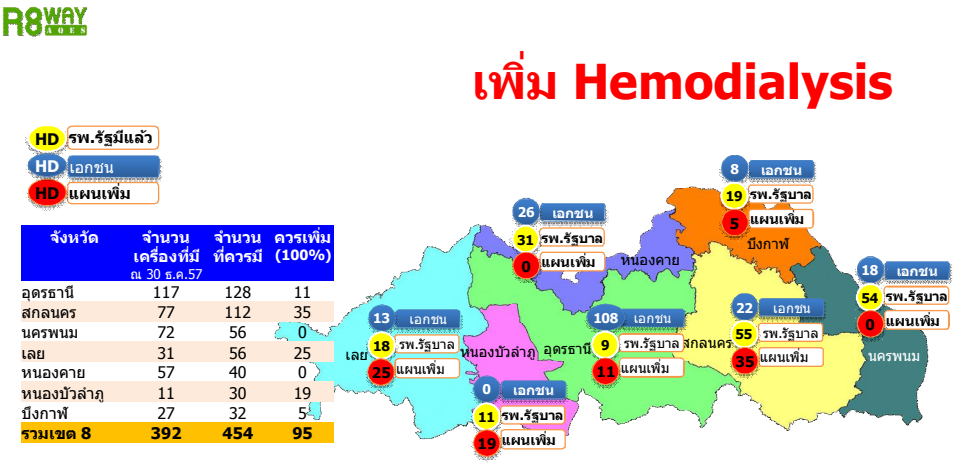
ครานี้จะถามว่า สคร. จะมาเกี่ยวอะไร คือหาก สคร.มาเพิ่มได้ตอนมาทำยุทธศาสตร์ตั้งแต่ต้น ซึ่งจะสามารถ Implement ได้ทั้ง ๗ จังหวัดได้ง่ายมากเลย เพราะงบประมาณของเขตที่ถูกกันไว้ และถูกส่งไปในแต่ละเรื่อง อย่างน้อยเรื่องละ ๕๐๐,๐๐๐ ในเบื้องต้นจะถูกกันไว้เรียบร้อยแล้วจะถูกส่งกลับไปเพื่อขับเคลื่อน อันนี้ก็เป็นตัวอย่างว่าเราทำอย่างไร นี่คือการจัดการที่เขตเน้น และแต่ละเรื่องก็จะถูกขับเคลื่อน ปี ๒๕๕๘ ก็มีการปรับเล็กน้อย บางเรื่องเด่น บางเรื่องด้อยมีการขยับ แต่เห็นว่าเด็กจมน้ำไม่มีอยู่ในที่นี้ เพราะว่ายังไม่ค่อยมี Priority เท่าไหร่ อันนี้ก็เป็นการปรับ



อันนี้เป็นเรื่องของคน เนื่องจากเราไม่แพทย์ ไม่มีสคร. ซึ่งไม่มีอะไรเลย มีวิทยาลัยพยาบาลแห่งเดียว เราก็ใช้วิทยาลัยพยาบาลผลิตหลักสูตรอื่นๆให้ เช่น ไตวาย ผลิตเองและขณะนี้เริ่มผลิตแล้ว ผมใช้เวลา ๓ ปี ในการเปิด

คลินิกไตตอนอยู่ที่โรงพยาบาลโนนสังข์ พระให้ตึก ให้เครื่อง ให้ทั้งหมดเลยส่งไปเรียนก็ไม่รับ จึงผลิตเอง ปีละ ๕๐ คน วิกฤต ICU เหมือนกัน ก็ผลิตเองและเริ่มผลิตประมาณ ๖-๗ หลักสูตร

อันนี้เป็นตัวอย่างในการจัดการเรื่องคน และแผน Hemodialysis ได้วิเคราะห์ว่าจะต้องมีจำนวนประชากรเท่าไรต่อประชากร และก็ Implement ว่าจังหวัดไหนขาดเท่าไหร่ และก็เริ่มวางแผนโดยเป็นการผนวก Service plan เข้าไป



จังหวัด	จำนวนเครื่องที่มี ณ 30 ธ.ค.57	จำนวนที่ควรมี	ควรเพิ่ม (100%)
อุดรธานี	117	128	11
สกลนคร	77	112	35
นครพนม	72	56	0
เลย	31	56	25
หนองคาย	57	40	0
หนองบัวลำภู	11	30	19
บึงกาฬ	27	32	5
รวมเขต 8	**392**	**454**	**95**

การ CAPD คือการวางเครื่องสแกน รวมทั้งการเข้าถึงบริหาร อันนี้ก็เป็นการวางNODE เหมือนกันว่าเขตจะวางอย่างไร ต้อกระจกก็เช่นเดียวกัน NICU ก็คล้ายๆ กัน อันนี้เป็นการวางตัวการจัดการ

Performance ซึ่งผมคิดว่าตัวนี้อยากเห็นสคร. อยากเห็นกรม คร. เข้ามาช่วยอยู่ใน P เหล่านี้อย่างไรบ้าง เมื่อสักครู่ก็เห็นแล้วว่า

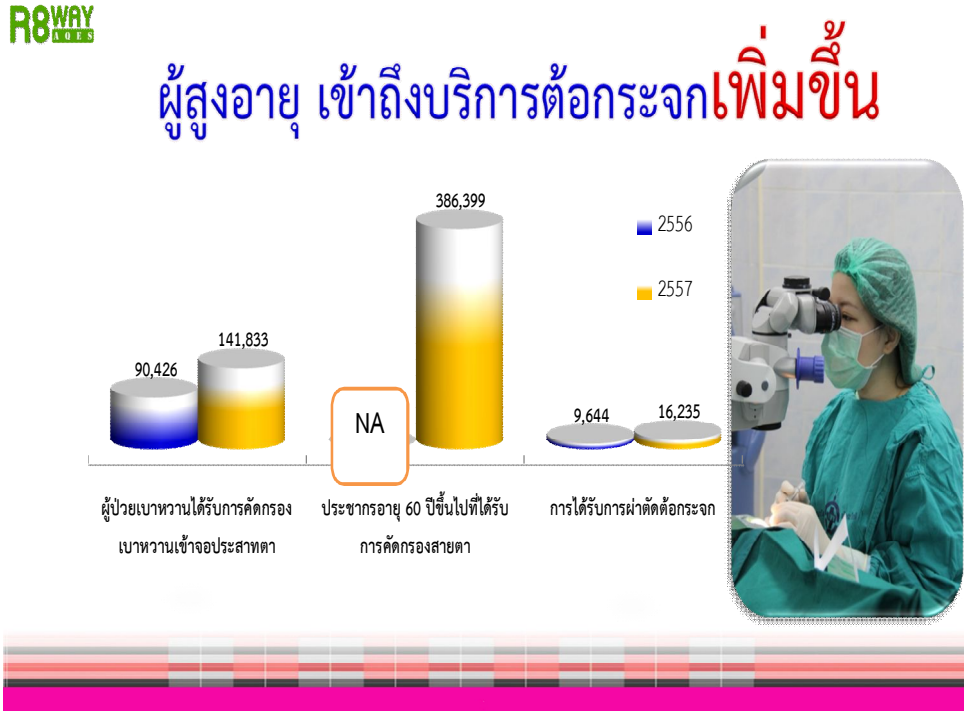
P ตัวหนึ่ง ๑ คือ Planning ต้องการให้เข้ามาช่วย Identified Target ให้เรา การมีข้อมูลเชิงประจักษ์ การมีข้อมูลที่มีคุณภาพ มี DALYs ข้อมูลที่มีการวัดที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลทั้งหลาย เพราะล้วนแต่เป็นประโยชน์ต่อพื้นที่

P ตัวที่ ๒ คือ People จะต้องมีหลักสูตรในการพัฒนาคน สคร.หรือกรม คร.จะมาช่วยในการ Strengthening อย่างไร มีอีกประเด็นหนึ่งคือตัว

P ตัวที่ ๓ คือ Process เนื่องจากว่าเราใกล้ชิดกับสคร. ค่อนข้างจะมีการแลกเปลี่ยนกันอย่างใกล้ชิด

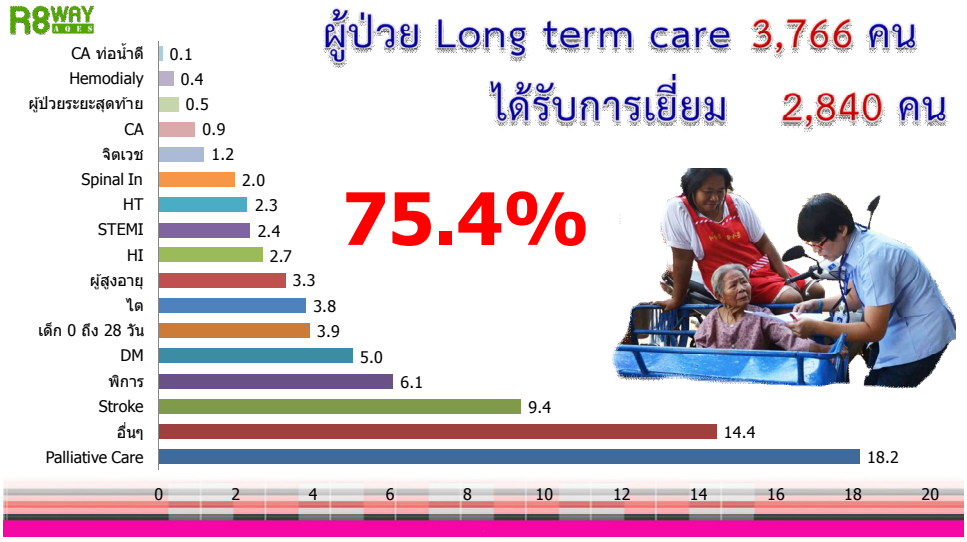
สำหรับตัว Performance จริงๆแล้วเคยคุยกับคุณหมอศศิธรหลายครั้งแล้วว่าเราต้องการให้สคร. มาช่วยทำ Performance ให้ได้และให้ดี ยกตัวอย่างกรณีที่ว่าเรา Success สำหรับการทำงานร่วมกับเขต กับสคร. คือวัคซีน dT หากท่าน Monitor เขต ๘ ท่านจะเห็นว่าวัคซีน dT เป็นอันอับหนึ่งของประเทศ เพราะเราใช้ข้อมูลดึงกลับจาก สคร. ส่งให้เราแล้วเราก็ Feedback ผู้บริหารทุกสัปดาห์ตอนที่ทำอยู่ที่เขตทุกสัปดาห์แล้ว พอมีอยู่ช่วงหนึ่งคือพบว่าบึงกาฬต่ำมาก ก็ใช้วิธีการขอดึง Identified line CUP พอได้ line CUP ก็ใช้ Authority ของเขต เราใช้ผู้ตรวจกับ สธน. ในการจัดการแต่ละ CUP ก็เลยขึ้นภาพรวมทั้งหมดนี่คือการใช้ข้อมูลคืนกลับที่ผมคิดว่าเกิดประโยชน์สูงสุดจริงๆ แต่ข้อมูลจะต้องเป็นปัจจุบัน สามารถ Access ได้ง่ายด้วย เพราะฉะนั้นหากจะมีฐานข้อมูลที่ดีจะต้องมีการใช้ ๔๓ แฟ้มหรือข้อมูลอื่น ๆ **การจัดการเป็นกลุ่ม Disease ที่แบ่งเป็น Cluster ใหม่คิดว่ามีประโยชน์กับจังหวัด** แต่ท่านต้องทำ benchmarking คืนกลับ อันนี้ก็เป็นผลงานที่เราอยากจะเห็นว่าการทำงานของเขตไม่ใช่เฉพาะ dT การจัดการแบบเขตภายใน ๑ ปี HA ผ่าน ๒๕ แห่งภายในปีเดียว ด้วยการจัดการแบบเขต ขึ้นจากที่ ๔ ที่ ๕ ขึ้นมาอันดับ ๑ ของประเทศ ซึมเศร้าจากอันดับที่ ๑๑ ขึ้นมาอันดับ ๓ ซึมเศร้านี่เป็นตัวอย่างที่ดีที่ใช้ Performance DATA จากกรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ เรา Feedback คืนกลับ และเราคืนข้อมูลกลับสู่ผู้บริหารโดยเขตทำให้เราขึ้นจากที่ ๑๑ มาเป็นอันดับ

ที่ ๓ ภายในเวลาปีเดียว นี่คือการใช้ Performance Database เพื่อการวัด Performance ล้วนๆ พอใช้เสร็จรู้เลยว่าหลุมอยู่อุดรเราก็ไปจัดการที่อุดรธานี อย่างนี้เป็นต้น เข้าใจว่าปีนี้น่าจะขึ้นมาอยู่ที่อันดับ ๑ เรามีแบบรายจังหวัดแล้วยังมีแบบรายประเทศให้เห็นด้วยตรงไหนคือหลุมของเราแล้วก็ไล่ได้ นี่ก็เป็นการจัดทำไปตามยุทธศาสตร์ที่เราจัดการ NCD คุณภาพ

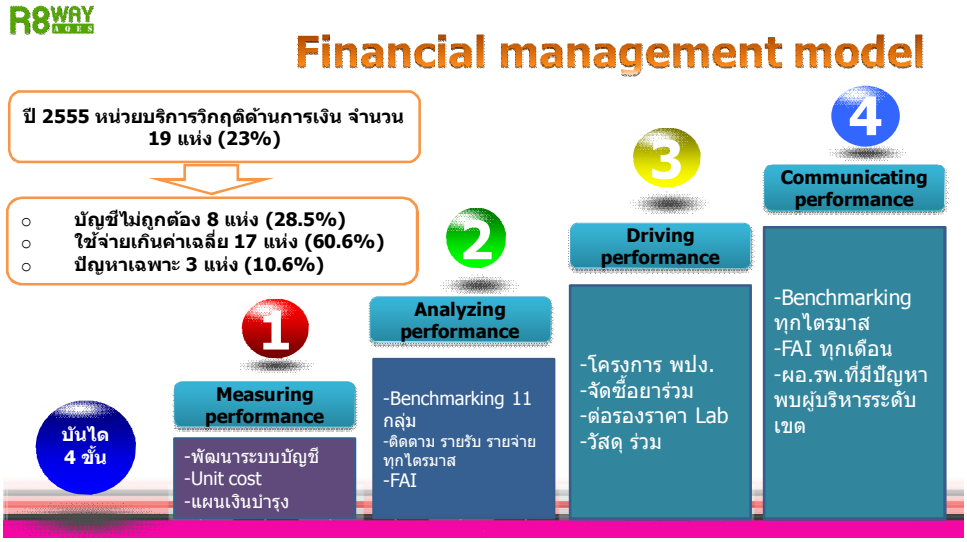


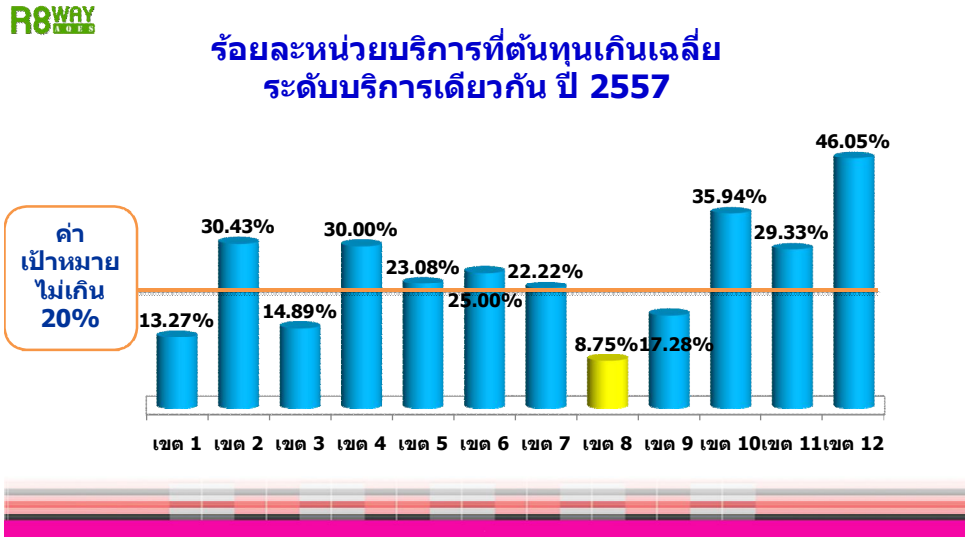
ต้อกระจก ก็เป็นอีกตัวที่เป็นนโยบายเขต ท่านจะเห็นเลยว่า เขต ๘ มีจักษุแพทย์น้อยที่สุดในประเทศ ต่อประชากร ผ่าตัดปกติอยู่ ๙,๖๐๐ ภายในปีเดียวเราผ่าได้อยู่ ๑๖,๐๐๐ ราย โดยที่มีหมอเท่าเดิมล้วนแล้วแต่ใช้กลไกลในการจัดการระดับเขตทั้งนั้น

Long Term Care ที่เป็นนวัตกรรม เรามีศูนย์ข้อมูล มีฐานข้อมูล เรามีระบบข้อมูลที่ได้คิดขึ้นมาเองในเขต ๘ ของ Long Term Care Link แต่อาจจะยังไม่ดีมาก แต่อาจมองเห็นว่าปัญหาของคนไข้ผู้สูงอายุเป็นแบบไหนนี่เป็นปีแรกที่ได้ดำเนินการ

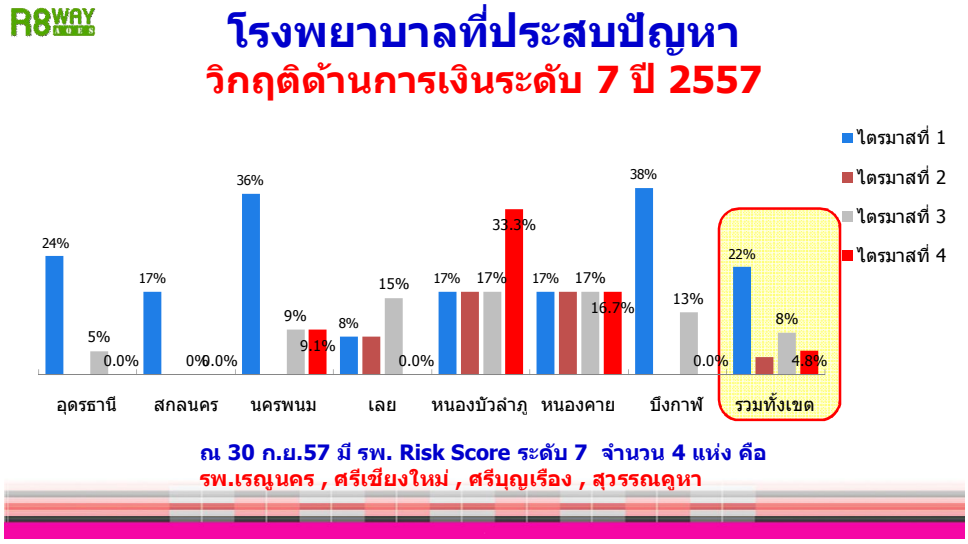


อันนี้ก็เป็นตัวอย่างการเงินการคลัง และก็เป็นเขตหนึ่งที่มีปัญหาเยอะมากแต่การจัดการแบบเขตก็สามารถ Monitor เห็นได้โรงพยาบาลใดเป็นอย่างไร





สำหรับส่วนนี้คือภาพรวม เมื่อการทำงานเป็นภาพรวม การขับเคลื่อนเชื่อว่าสามารถถึงเป้าหมายได้ และก็ประสบความสำเร็จได้ดีขึ้น อันนี้เป็นตัวอย่างข้อมูลที่เชื่อมกับฐานของสคร.ซึ่งจะพยายามเชื่อมกันให้ได้ หากสามารถเชื่อมต่อกันติดได้ฐานข้อมูลตัวนี้จะเป็นประโยชน์ในเรื่องของการวางแผน การติดตามและการประเมินผลได้อย่างดี



ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

นายวิรัช ประวันเตา รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ พิษณุโลก

ขณะนี้จะมุ่งเน้นที่ตัวบุคคลหรือระบบ ดังนี้

๑. กรมควบคุมโรค (โดยสำนักผู้ทรง) ต้องกำหนดเป้าหมายการบริหารจัดการ DCP Cluster ของ สคร.ที่ตอบสนองต่อเขตสุขภาพและจังหวัด ทั้งในระยะสั้น ระยะกลางและระยะยาว

๒. เนื่องจากการบริหารจัดการ DCP Cluster ของ สคร. เป็นงานเชิงนโยบาย ผอ.สคร. ควรมอบหมายผู้มีความสามารถในการบริหารจัดการ(มีพลัง อำนาจ) ในแต่ละ Cluster เนื่องจากการบริหารจัดการในเรื่องนี้เป็นข้อเสนอของกรม

๓. กรมควบคุมโรค (กอง จ) ต้องกำหนดสมรรถนะเฉพาะ(KSAs)ที่สำคัญ ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติในแต่ละ CLUSTER เพื่อใช้เป็นกรอบประเมินและพัฒนา เช่น M&E,การคิดเชิงวิเคราะห์, การนำเสนอ เป็นต้น

๔. สคร แต่งตั้งบุคลากรและมอบหมายการทำหน้าที่ Coach & Mentor เพื่อพัฒนาคนให้ได้ Competency ที่กำหนดในแต่ละ Cluster วิธีการอาจจะส่งบุคลากรไปอบรมวิธีการที่ได้พบปะกันหรือการ On the job training จึงจำเป็นต้องมี Coach & Mentor

๕. กรมควบคุมโรค (สำนักโรค & KM) จัดทำหลักสูตร และคู่มือที่จะนำไปใช้ในเรื่อง Coaching & Mentoring บุคลากรเฉพาะ Cluster เพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการ DCP Cluster ของ สคร.

และต้องการให้จัดเวทีผู้ทรงฯ และผู้เชี่ยวชาญ เพื่อที่จะนำเรื่องนี้ไปคุยกับนักวิชาการเพื่อให้ตกผลึกเป็นข้อเสนอกับฝ่ายบริหารต่อไป

นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ กรุงเทพฯ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ สระบุรี

ในแง่ของการทำงานช่วงหลังมีภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นทุกวัน แต่การตัดงานเก่าไม่สามารถตัดได้ง่าย เพราะฉะนั้นการเพิ่มประสิทธิภาพโดยการใช้ศักยภาพร่วมกันน่าจะเป็นเรื่องที่สำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ความรู้ทางวิชาการผมรู้สึกว่าเราเติมอยู่เรื่อยๆ เพียงแต่ว่าหากเราสังเกตการประชุมของเราหลายๆครั้งเรานำไปใช้ประโยชน์ได้ไม่มากเท่าที่ควรกับเวลาที่เสียไป แต่ปรากฏว่ากลไกในการทำงานจริงๆ ตอนนี้ปัญหาสุขภาพซ้ำซ้อนขึ้น มักจะต้องมีการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น หน่วยงานอื่นๆให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้นเรื่อยๆ ยิ่งเป็นปัญหาในจังหวัด จังหวัดจะต้องมีความเป็นพันธมิตรที่สูงมาก และผมคิดว่ากลไกหลังจากนี้เป็นต้นไปถ้าหากจะให้ Revitalize Disease Control Program เป็นจริงการพัฒนากลไกและศักยภาพซึ่งอาจจะพูดถึง Competency ก็ได้ แต่ผมเชื่อว่ากรมเราได้กำหนดไว้หมดเรียบร้อยแล้ว เพียงแต่ว่าจะเน้นตรงไหน ที่ใครอย่างไรและกลไกตรงนี้ต้องทำให้เป็นจริงโดยการผลักดันในทุกระดับ ถ้าเราสามารถทำให้คนของเราซึ่งมีอยู่จำกัดเมื่อเทียบกับปริมาณงานนั้น ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ๑+๑ ได้ ๓ ขึ้นไปน่าจะทำให้ภารกิจบรรลุเป้าหมายได้ ซึ่งขณะนี้พวกเราอาจจะรู้สึกว่า ๑+๑ = ๐.๕ รู้สึกว่าการทำงานเป็นทีมเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้ม แต่หากลงทุนคุ้มเชื่อว่าพวกเราจะไปต่อได้

แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ขอนแก่น

ประเด็น Revitalize Disease Control Program หรือ Program Cluster มีอยู่ ๒ ประเด็น คือ

๑. การพัฒนาคือการพัฒนาสมรรถนะคนของเราที่อยู่ใน PCM อาจจะต้องพัฒนาเป็น Level เพราะบางท่านก็มาใหม่ บางท่านก็ Senior แล้ว บางท่านก็เป็นรองผู้อำนวยการ เพราะฉะนั้นเราจะต้องมีหลาย Level

๒. การจัดการคือในเรื่องของงบประมาณที่จะรองรับ Program Cluster ต่างอย่างไรกับงบประมาณที่รองรับรายโรค ปัญหาหลายๆ อย่าง คือ รายโรคไม่มีงบประมาณเลย และหากเป็น Program Cluster จะได้งบประมาณอย่างไร การจัดการงบประมาณของเราก็จะได้รอบเดียวจบ จะได้ไม่เหมือนทุกครั้งที่ผ่านมาซึ่งจะมีปัญหาตรงส่วนนี้

ดร.นพ.พงศธร พอกเพิ่มดี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

มี ๓ ประเด็นสุดท้ายที่จะขออนุญาตนำเรียน

เรื่องที่หนึ่งสรุปการใช้ ๔ P ตาม Operating Model ของเขตที่ใช้มานี้ และมีความคาดหวังจากกรมควบคุมโรคอยู่ประมาณ ๓-๔ เรื่อง คือ เรื่อง Planning ก็หวังว่าจะมีข้อมูล People คนไหนที่จะต้องมาปฏิบัติงานร่วมกัน และก็ฝึกอบรมด้วยกัน ตัว Process อยากเห็นตัว Guideline ง่ายๆเป็นแพ็กเกจที่สวยงาม ที่ สามารถ Implement ง่ายได้ในรพ.สต. และสุดท้ายคือตัว M&E

ประเด็นที่สองขอฝากเรื่องเนื้อหาในหลักสูตร Training หลักสูตรบริหารอันหนึ่ง ที่ Lausanne Switzerland คือ การที่จะเปลี่ยนอะไรสักอย่างของคนให้คิดแบบนี้คือ Transform Specific To Generalist แต่ของสคร. อาจจะไม่ใช่ อาจจะต้อง Simplify ขึ้นอันนี้อาจจะใช่ คือตอนนี้กรมควบคุมโรคเป็น problem Solving หรือไม่ คือวิ่งตามหรือแก้ไขโรคหรือว่าจะเป็น Agenda sector sและเรื่องสุดท้ายที่อยากจะฝากให้คิดและประเมินว่าหากพูดถึงเจ้าหน้าที่ในสคร. กับการทำงานกับสสจ.หรือหน่วยบริหาร ท่านให้ถามตัวเองว่า นับ ๐-๙ เราเป็นตัวเลขอะไร แต่หากสคร. กับจังหวัด ผมคิดว่าสคร.อยากจะให้เป็นเลข ๐ คือหมายความว่าหากสคร. ทำงานกับกรมอื่นหน่วยอื่น ถ้าหากสคร.วางตัวเองไว้หน้าคนอื่นจะมีค่าไหม สมมติสสจ.เป็น ๒ ทีมสคร.ไปวางไว้หน้าจะมีค่าไหม ควรจะวางไว้ไหน หากวางไว้หน้าจะเป็น ๒ เหมือนเดิม แต่หากวางไว้ข้างหลังก็จะกลายเป็น ๒๐ และก็จะสามารถขับเคลื่อนงานที่เราอยากให้เห็นนั้นเคลื่อนไปได้ หากเราปรับวิธีคิดของกรมเป็นแบบนี้ สสจ.เองก็ปรับวิธีคิดเป็นแบบนั้นเหมือนกัน แต่เพราะว่าบทบาทการ Implement แตกต่างกัน ก็อยากจะทิ้งท้ายไว้กับ เลข ๐-๙ ก็หวังว่าจะเป็นประโยชน์บ้างไม่มากก็น้อย

ต้องขอขอบคุณทั้งสามท่าน ซึ่งอาจจะเป็นการสร้างแรงบันดาลใจให้กับทุกคน เช่นการสร้างความเข้มแข็งให้กับการควบคุมโรคนี่ไม่ใช่เป็นเรื่องของสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ หรือว่าเป็นเรื่องที่ทางท่านอธิบดีให้ความสำคัญ หรือว่าจะต้องเป็นเรื่องที่ผู้อำนวยการ สคร. เป็นผู้ขับเคลื่อน แต่ผมคิดว่าเรื่องนี้จะต้องอยู่ในใจของทุกคนในฐานะที่ทำเรื่องของการควบคุมโรค ว่าเราอยู่ในกรมนี้หรือที่เป็นหน่วยงานหลักเกี่ยวกับเรื่องการควบคุมโรค ต้องรู้ว่าเป้าหมายของเราคืออะไรเพราะอันนี้คือสิ่งสำคัญของการดำเนินงานที่เราทำงานมาทั้งหมด ก็จะเป็นข้อมูลที่สำคัญที่เราจะร่วมกันและก็ปรับปรุงและก็นำไปสู่การควบคุม ป้องกันโรคที่เข้มแข็งต่อไป

แนวทางการประชุมกลุ่มระดมความคิด ๕ Cluster เพื่อหาแนวทางพัฒนาการบริหารจัดการ Program Cluster ระดับ สคร.

โดยนายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

ขออนุญาตชี้แจงในเรื่องของการประชุมกลุ่มในช่วงถัดไปนี้ ก็คือเราได้ภาพของคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของแผนงาน ซึ่งส่วนนี้จะเป็นกรอบใหญ่ ซึ่งจะประกอบด้วยคุณลักษณะ ๑๐ ประการ

หลังจากนั้นก็ได้พูดถึง**คุณลักษณะ ๘ ประการขององค์กรแห่งความเป็นเลิศ (Organizational Excellence)**

๑. มุ่งเน้นการปฏิบัติ (A base for action)
๒. มีความใกล้ชิดลูกค้า (Close to the customer)
๓. ให้อิสระในการทำงานและสร้างความเป็นเจ้าขององค์กร (Autonomy and entrepreneurship)
๔. เพิ่มผลิตภาพโดยอาศัยพนักงานผู้ปฏิบัติ (Productivity through people)
๕. สัมผัสงานอย่างใกล้ชิดและเชื่อมั่นในคุณค่าที่เป็นแรงผลักดันองค์กร (Hands-on, value driven)
๖. ทำธุรกิจที่มีความเชี่ยวชาญหรือเกี่ยวเนื่อง (Stick to the knitting)
๗. โครงสร้างองค์กรเรียบง่าย และมีผู้บริหารน้อย (Simple form, lean staff)
๘. ใช้แนวทางทั้งการควบรวมและกระจายอำนาจในเวลาเดียวกัน (Simultaneous loose-tight properties)

ลักษณะของการปรับเปลี่ยนองค์กร เพื่อที่จะนำไปสู่องค์กรที่มีความเข้มแข็ง ก็คือปรับเปลี่ยนในเรื่องของ STRATEGY STRUCTURE TECHNOLOGY และก็ PEOPLE

Types of Organizational Change

STRATEGY

Corporate
(growth, stability, and turnaround and retrenchment)

Business Level
(prospecting, defending, and analyzing)

Functional
(marketing, operations, finance, and human resources)

STRUCTURE

Principles
(unity of command and direction, chain of command, span of management, division of labor, coordination, balanced responsibility and authority, delegation, and flexibility)

Authority
(formal and informal, levels of, line and staff, and centralized and decentralized)

Organizational Design
(departmentalization)

Job Design
(job simplification, rotation, enlargement, enrichment, and work teams)

TECHNOLOGY

Machines

Systems Process

Information Process

Automation

PEOPLE

Skills

Performance

Attitudes

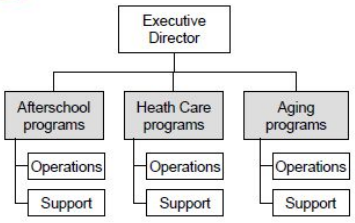
Behavior

Culture

Program ("product") model

Description • Organized around major programs

Most appropriate when:
- Programs are very different from one another (e.g. different customers, economics, etc.); these factors are similar across geographies
- Resources and skills needed to succeed by program are very different



Pros

- Promotes depth of understanding within a particular program area; promotes program innovation
- Resources needed to succeed within a program are available
- Enables clear focus with accountability for program results
- Enables focus on funding sources which are often program oriented

Cons	Ways to manage cons
• Requires strong skills, particularly program heads	• Focus on hiring, training, and best practice sharing
• Leads to functional duplication and potential loss of control	• I.D. functions to manage commonly (e.g. finance); create hybrid structure
• Difficult to coordinate common customers across programs	• Develop work processes and systems that enable management and tracking of customers
• Organization becomes heterogeneous; not a unified culture	• Develop and reinforce elements of common culture (if important)

Source: Peter Thies, Equinox Organizational Consulting and Bridgespan

ปัจจัยในการเชื่อมต่อ (Linking factors) ระหว่างกลุ่มงานกับกลุ่มงานในองค์กร

- ลูกค้าและภาคีเครือข่าย (Stakeholders)
- งบประมาณและทรัพยากร (Financial resources)
- การประสานและบริหารจัดการภายใน (Internal processes)
- การพัฒนาศักยภาพองค์กร (Organizational capacity)

แนวทางการประชุมกลุ่ม

วัตถุประสงค์

- เพื่อวิเคราะห์ลักษณะของ cluster แผนงานโรคแต่ละแผนใน สคร. ตามกรอบของการที่จะทำให้แผนงานโรคในระดับเขตมีความเข้มแข็ง
- เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การประสานและเชื่อมต่อการทำงานของแต่ละกลุ่มแผนงานโรคใน สคร.
- เพื่อให้ข้อเสนอในการพัฒนาความเข้มแข็งและกระบวนการประสานการทำงานของกลุ่มแผนงานโรคใน สคร.

กระบวนการประชุมกลุ่ม

- แบ่งกลุ่มตามเดิม
- พิจารณาคัดเลือกประธาน เลขา และผู้นำเสนอผลการประชุมกลุ่มใหม่
- พิจารณาลักษณะการบริหารจัดการของกลุ่ม Cluster ของแผนงานโรคใน สคร. ที่รับผิดชอบในปัจจุบัน เมื่อเทียบกับกรอบของคุณลักษณะของแผนงานที่พึงประสงค์ และลักษณะของ Organizational Excellence เพื่อวิเคราะห์หาช่องว่างและข้อเสนอในการปิดช่องว่างหรือพัฒนา
- แลกเปลี่ยนสถานการณ์การประสานงานและเชื่อมต่อการทำงานของกลุ่ม
- แผนงานโรคใน สคร. (อาจเชื่อมโยงถึงระดับจังหวัดและพื้นที่ได้) ในมิติด้านเครือข่าย การเงินและทรัพยากร กระบวนการทำงานและประสานภายใน และการพัฒนาศักยภาพ หลังจากนั้นพิจารณาภาพที่ควรเป็น วิเคราะห์ช่องว่างและข้อเสนอแนะในการปิดช่องว่างหรือพัฒนาระบบการทำงาน

นำเสนอผลการประชุมกลุ่ม

- **Role & Function และรูปแบบการดำเนินงานที่เชื่อมต่อระหว่าง National Program กับ Regional Program**
- **แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการ Program Cluster ระดับ สคร.**

<u>๑. แผนงานโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่</u>

โรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่ ทั้ง ๑๒ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค มีดังนี้

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ แรงงานต่างด้าว
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ แรงงานต่างด้าว
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ แรงงานต่างด้าว
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ มาลาเรีย และโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว และศูนย์อพยพ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ พยาธิใบไม้ตับ/ แรงงานต่างด้าว
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ พยาธิใบไม้ตับ/ ชายแดน/ และแรงงานต่างด้าว
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ พยาธิใบไม้ตับ ชายแดน และแรงงานต่างด้าว
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ แรงงานต่างด้าว / Strep Suis
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ มาลาเรีย/เท้าช้าง/แรงงานต่างด้าว / Leprosy /ศูนย์พักพิง โรคจากการประกอบอาชีพ และ เหมืองทองคำ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ หมอกควัน / พยาธิใบไม้ตับ /ชายแดน / แรงงานต่างด้าว
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ แรงงานต่างด้าว ลิสจิเนีย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ มาลาเรีย เท้าช้าง แรงงานต่างด้าว

โดยโรคและภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่หลัก คือ แรงงานต่างด้าว ซึ่งพบทั้ง ๑๒ สคร. ณ ปัจจุบัน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ ๔ ๕ ๗ ๘ และ ๑๐ ยังไม่มี Focal Point ทางกลุ่มจึงขอให้ทุก สคร. มี PM โรคทำหน้าที่

- เป็นผู้นำในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ป้องกันควบคุมโรค
- เป็นผู้ประสานงานหลักกับส่วนกลาง เขตสุขภาพ จังหวัดและพื้นที่
- ให้ข้อแนะนำการดำเนินงาน ติดตาม กำกับ ประเมินผล ภาพรวม
- กำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายงานให้กับ core team
- มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานของ core team
- อื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

วิเคราะห์สภาพปัญหา

- อัตราการเกิดของแรงงานสตรีต่างด้าวมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี
- เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์
- เด็กที่คลอดมาบางส่วนไม่ได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กและเกิดโรคต่างๆ เกี่ยวกับเด็ก
- แรงงานต่างด้าวอาจเป็นได้ทั้งผู้นำโรคเข้ามาในประเทศไทยและติดโรคจากประชาชนไทยจนมีการระบาดใหญ่

- มีปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพเกิดโรค/โรคระบาดซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อคนไทย
- จำนวนแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามบางส่วนไม่มีหลักประกันสุขภาพใดๆ
- แรงงานต่างด้าวส่วนหนึ่งยังเป็นโรคติดต่อ ได้แก่ มาเลเรีย วัณโรค เท้าช้าง ไข้เลือดออก โรคเรื้อน และไข้กาฬหลังแอ่น ซึ่งหากไม่มีการควบคุมให้ดีแล้ว อาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเหล่านี้ในประเทศไทยอีกครั้ง (กลุ่มปัญหาแรงงานต่างด้าว, ๒๐๑๒) ยังไม่พบความชัดเจนในการดำเนินการ
- กระบวนการและกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องกับประชากรข้ามชาติ
- แผนงานรองรับประชาคมอาเซียนที่เน้นในเรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในกลุ่ม แรงงานข้ามชาติ
- การจัดบริการเชิงรุกด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การคัดกรอง การตรวจสุขภาพ การป้องกันโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน การป้องกันโรคในภาวะปกติ และภาวะที่มีการระบาด
- การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพในกลุ่มแรงงานและการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อกำหนดนโยบายที่สอดคล้องและทันต่อสถานการณ์
- การพัฒนาช่องทางการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อลดช่องว่างด้านการสื่อสารสุขภาพ
- การสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนผลักดันให้แรงงานอาเซียนทุกคนเข้าสู่ระบบการลงทะเบียนแรงงานต่างด้าวและเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ

ข้อเสนอแนวทางการดำเนินงาน

- กลไกการประสานงานและพัฒนานโยบายเรื่องสุขภาพแรงงานต่างด้าวระหว่างส่วนกลางกับสคร. และระดับพื้นที่ในจังหวัด
- ดำเนินการพัฒนาระบบการจัดบริการเชิงรุกด้านการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การคัดกรอง การตรวจสุขภาพ การป้องกันโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน การป้องกันโรคในภาวะปกติ และภาวะที่มีการระบาด
- ระบบการสื่อสารความเสี่ยงต่อสุขภาพครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายและลักษณะพื้นที่เป้าหมายที่รวมตั้งแต่รูปแบบ ช่องทางการสื่อสารและภาษา
- แผนงานการพัฒนาบุคลากรภายในและระบบงานสนับสนุน

๒. Cluster NATI

บทบาทของส่วนกลาง

๑. กำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินงาน
๒. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็นต่อการดำเนินงานในระดับประเทศ
๓. บูรณาการการดำเนินการร่วมกัน
๔. เป็นที่ปรึกษาให้แก่ สคร. และ จังหวัด
๕. พัฒนาศักยภาพ สคร.ให้สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย
๖. สนับสนุนการดำเนินงาน สคร.ด้านวิชาการ ปฏิบัติการ และM&E
๗. แกนหลักในการจัดทำเครื่องมือการติดตามและประเมินผลมาตรการ ให้แก่ สคร.และจังหวัด

บทบาทของ สคร.

๑. มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและมาตรการ
๒. สามารถออกแบบกิจกรรมตามมาตรการให้เหมาะสมกับพื้นที่
๓. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่จำเป็นต่อการดำเนินงานระดับเขตและจังหวัด
๔. จัดโครงสร้างรองรับภาระงานที่สอดคล้องกับส่วนกลาง
๕. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับจังหวัด และประเมินผล การดำเนินงาน
๖. สะท้อนผลการดำเนินการ M&E สู่สำนักฯ เพื่อการพัฒนาและปรับปรุง
๗. ประเมินรับรองคุณภาพ/มาตรฐาน

ความเชื่อมโยง

- จัดเวทีพูดคุยกันระหว่างสำนักและ สคร.ให้มากขึ้น ทั้งเป็นทางการ(อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง) และไม่เป็นทางการ
- มีการสื่อสารผ่านช่องทาง Line group NATI
- พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ของ สคร.ให้สามารถเป็นที่ปรึกษาการดำเนินการ

รูปแบบการบริหารจัดการ Program Cluster ใน สคร. และแนวทางการบูรณาการการทำงานระหว่าง Cluster ใน สคร.

ข้อเสนอ ๓ รูปแบบ

๑. กลุ่มเฉพาะทำทุกอย่าง (function+โครงสร้าง)
๒. ทำงานแบบ Matrix แบบ มี focal point matrix กับกลุ่ม
๓. มีผู้รับผิดชอบหลักอยู่ในกลุ่มเดียวกันโดยมีกลุ่มยุทธศาสตร์มาสนับสนุนงาน

ข้อเสนอเพื่อพัฒนาความเข้มแข็ง

๑. พัฒนาความสามารถการจัดการฐานข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลนำไปสู่การใช้งาน
๒. พัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะภายในกลุ่ม NATI โดยระบบพี่เลี้ยง, on the job training
๓. การประเมิน NCD คุณภาพในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ต้องการการสนับสนุนจากส่วนกลาง
๔. สำนักส่วนกลางควรกำหนดแผน กิจกรรม และเป้าหมายให้สอดคล้องก่อนถ่ายลงสู่ สคร.

๓. <u>Cluster CD</u>

ประชุมกลุ่มระดมความคิดเพื่อกำหนด Role & Function และออกแบบการดำเนินงานเชื่อมต่อระหว่าง National program กับ Regional program

วัตถุประสงค์

- เพื่อกำหนดบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการ RDCP ในทุกระดับให้ชัดเจน
- เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การประสานและเชื่อมต่อการทำงานของแผนงานโรคในส่วนกลางและสคร.

เพื่อให้ข้อเสนอในการพัฒนากระบวนการประสานและเชื่อมต่อการทำงานของแผนงานโรคในส่วนกลางและสคร. เพื่อกำหนดบทบาทและหน้าที่ของคณะกรรมการ RDCP ในทุกระดับให้ชัดเจน

- **ระดับสำนัก**

  ที่ปรึกษาแผนงานควบคุมโรค มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

  - ให้คำปรึกษาด้านยุทธศาสตร์ หรือวิชาการแก่ผู้จัดการ ผู้ช่วยผู้จัดการและคณะทำงานในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค เชื่อมโยงกับเขตสุขภาพ
  - ส่งเสริม สนับสนุน โน้มน้าวและสร้างแรงจูงใจให้เกิดการดำเนินงานพัฒนาแผนงานควบคุมโรค
  - เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาทางด้านวิชาการแก่บุคลากรของแผนงาน
  - ร่วมติดตาม กำกับและประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งแก้ไขปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์

- **ผู้จัดการ มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้**
  - เป็นผู้นำในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติและกำหนดทิศทาง เป้าหมายการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคให้เป็นไปตามคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของแผนงานควบคุมโรค และถ่ายทอดสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม
  - ขับเคลื่อนการดำเนินงาน รายงานความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอเพื่อรับการสนับสนุนจากคณะกรรมการอำนวยการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค
  - ประสานและเชื่อมโยงกับระบบการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรค ตามคำสั่งกรมควบคุมโรคที่ ๒๓๓/๒๕๕๗ สั่ง ณ วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๗ และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
  - กำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายงานให้กับ core team
  - มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรใน core team
  - ปฏิบัติงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

ระดับสคร.

- **ที่ปรึกษากลุ่มแผนงานควบคุมโรค มีบทบาทหน้าที่ดังนี้**
  - ให้คำปรึกษาด้านยุทธศาสตร์ หรือวิชาการแก่ผู้จัดการกลุ่มแผนงาน ในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคระดับสำนักและสคร. โดยเชื่อมโยงกับเขตสุขภาพ
  - ส่งเสริม สนับสนุน โน้มน้าวและสร้างแรงจูงใจให้เกิดการดำเนินงานพัฒนาแผนงานควบคุมโรคระดับสคร.
  - เป็นพี่เลี้ยงในการพัฒนาทางด้านวิชาการแก่บุคลากรของแผนงานระดับ สคร.และเขตสุขภาพ
  - ร่วมติดตาม กำกับและประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งแก้ไขปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุประสงค์
- **ผู้จัดการกลุ่มแผนงาน (Program cluster Manager: PCM) มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้**
  - เป็นผู้นำในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มแผนงาน (cluster) ระดับเขตให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาติ
  - เป็นผู้ประสานงานหลักกับส่วนกลาง เขตสุขภาพ จังหวัด พื้นที่ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ

- ให้ข้อแนะนำการดำเนินงาน ร่วมติดตาม กำกับ ประเมินผล ภาพรวมการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ระดับเขตในกลุ่มแผนงาน (Cluster)
- กำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายงานให้กับ core team
- มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรใน core team
- ปฏิบัติงานอื่นๆที่ได้รับมอบหมาย

- **ข้อเสนอแนะ**
  - ควรให้ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการร่วมเป็นที่ปรึกษากลุ่มแผนงานควบคุมโรค เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้ง สคร
  - เนื่องจาก PM ในส่วนกลางของงาน CD มีหลากหลาย มีความลำบากต่อการประสานงานจาก สคร. เสนอให้ตั้ง PCM ในส่วนกลางเพื่อเป็น focal point ในการรับประสานงาน
  - แต่ละ program ควรมีการปรึกษาหารือกันอย่างสม่ำเสมอระหว่างส่วนกลางและ สคร. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การประสานและเชื่อมต่อการทำงานของแผนงานโรคในส่วนกลางและสคร.
  - ขาดกลไกที่จะเชื่อมต่อสำนักส่วนกลางกับสคร.
  - ผู้จัดการกับ core team ในปัจจุบันยังกำหนดตัวบุคคลได้ไม่ชัดเจน
  - การเชื่อมต่อจากส่วนกลางสู่ สคร. ควรมีลักษณะการ plug-in เป็นกลุ่มโรคหรือโรคนั้นๆ
  - ตัวชี้วัดจากส่วนกลางบางครั้งไม่เข้ากับบริบท สคร. ทำให้ไม่สามารถทำได้ตามเป้าหมาย
  - ความเชี่ยวชาญของ core team รุ่นใหม่ยังมีน้อย, รุ่นเก่าทยอยเกษียณ

ข้อเสนอในการพัฒนากระบวนการประสานและเชื่อมต่อการทำงานของแผนงานโรคในส่วนกลางและสคร.

- ควรให้ สคร. มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติร่วมกันตามบริบทของพื้นที่
- Cluster ที่ตั้งขึ้นมุ่งหวังความสะดวกในการทำงาน ดังนั้นควรมีความยืดหยุ่นของ Cluster, เปิดโอกาสให้ สคร. สามารถปรับเปลี่ยนลักษณะของ Cluster ได้เอง (การเพิ่มลด, โยกย้ายโรคในแต่ละ Cluster) แต่จุดสำคัญต้องรู้ตัวบุคคลที่จะให้ส่วนกลางติดต่อได้ (Key Person)

Competency ของ PM/PCM ที่ควรมีคือ

- ด้านความเชี่ยวชาญโรค ซึ่งอาจน้อยลงได้ในอนาคต และ สคร. อาจเลือกให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค ไม่ต้องมีความเชี่ยวชาญเชิงลึกในทุกๆโรค
- ด้านความสามารถในการบริหารจัดการเครือข่ายและด้านอื่นๆ ซึ่งสามารถพัฒนาได้เร็วกว่าความเชี่ยวชาญโรคเชิงลึกและสามารถชดเชยกับการมีความเชี่ยวชาญโรคที่ลดลง
- การพัฒนาความเชี่ยวชาญโรคอาจทำได้หลายทาง ซึ่งทางที่มีประโยชน์ต่อทุกฝ่ายน่าจะเป็นการที่ส่วนกลางของกรม หรือเครือข่ายในพื้นที่ที่เชี่ยวชาญกว่า (เช่นงาน IC) มา coaching ในพื้นที่ระยะหนึ่งจนพื้นที่นั้นมีความเชี่ยวชาญ (collective leadership)
- ข้อเสนอแนะจากสมาชิกกลุ่มกล่าวถึง ๔ ปัจจัยหลักที่ต้องทำให้เกิดในกรมฯ
  - Disease program : ฟื้นฟู program โรค
  - Human resource : ต้องมี focal point ที่เชี่ยวชาญ

- Value : ค่านิยมต่อองค์กรและระบบ, การสร้าง Collective Leadership
- Success : มีการวัดผลความสำเร็จ และทำสำเร็จโดยการทำให้เกิด ๔ ปัจจัยดังกล่าวขึ้นต้องอาศัย
- Recognize บุคลากรในกรมมีความสำคัญ มีความภูมิใจในงาน
- Competency มีศักยภาพในการทำงาน
- Participation ทำงานอย่างมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันการทำงานในลักษณะ Cluster นี้ อาจมองเป็นลักษณะของ Modified Vertical Program ซึ่งมีประโยชน์คือ
- การเชื่อมโยงระหว่างส่วนกลาง,สคร. และ จังหวัด จะสอดรับต่อกันได้ดี
- การบริหารเชิงยุทธศาสตร์ในการ Modified Vertical Program นี้ จะช่วยให้กรมมีความเข้มแข็งด้านวิชาการและเครือข่าย

ประเด็นอภิปรายอื่นๆ ในกลุ่ม

เรื่องงบประมาณ

Gap

- การโอนเงินงบประมาณจากส่วนกลางในระหว่างปี เป็นการเพิ่มภาระให้ สคร. ในการทำแผนงานสอดรับกับงบประมาณที่ได้รับมา ซึ่งบางครั้ง สคร. เองไม่ได้ต้องการใช้งบประมาณในส่วนที่โอนให้เพิ่ม

ข้อเสนอแนะ

- การวางงบประมาณตามยุทธศาสตร์จะทำให้สามารถใช้งบประมาณได้คล่องกว่าการวางเงินใน cluster
- เรื่องงบประมาณให้เน้นหนักในด้านประสิทธิภาพของการบริหารโครงการ, เน้นความสัมพันธ์กับเครือข่ายในพื้นที่

เครือข่าย

- การทำงานของสคร. ควรสอดรับกับความต้องการของเครือข่ายเป็นหลักทั้งในส่วนสาธารณสุขจังหวัดหรือหน่วยงานปกครองท้องถิ่น

ความคาดหวังในอนาคต

- มีผู้เชี่ยวชาญทุกโปรแกรมในทุก สคร.

แนวทางการพัฒนาการบริหารจัดการ Program Cluster ระดับ สคร.

- **การดำเนินงานที่ผ่านมา**
  - กระบวนการทำงาน /งบประมาณ ยังเป็นยุทธศาสตร์มี โรคแทรกอยู่ในยุทธ์ และ matrix
  - การมอบงานยังเป็นไปตามที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการ
  - ใช้ matrix ลดช่องว่างความเชี่ยวชาญ ต้องพิจารณาความเหมาะสมระหว่างปริมาณงานกับผู้รับผิดชอบ

- **ปัญหา**
  - การบังคับบัญชา สั่งการยังไม่ชัดเจนว่าจะเป็น หัวหน้ากลุ่ม หรือ PCM
  - หนังสือ เข้ากลุ่มยุทธ์ หรือ Cluster
  - ความเข้าใจยังไม่ตรงกันเรื่อง Cluster การเปลี่ยนคือการพยายามเพิ่มประสิทธิภาพ
  - ข้อกังวล ภาระงาน ยังมีอยู่?

รูปแบบการบริหารจัดการ (เสนอ)

๑. เน้นการทำงานให้มีประสิทธิภาพ แก้ปัญหาไหนก็ได้ ใช้เงินให้เหมาะสม การบริหารจัดการแบบไหนก็ได้ ให้ถึงประชาชน

๒. Model ๕ cluster + ๔ ยุทธศาสตร์ (แผน, พัฒนาองค์กร ,Pher+ระบาด, บริหาร)

๔. Cluster ENV-OCC

๑. พิจารณา(ร่าง)บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ RDCP พร้อมทั้งหามติของกลุ่ม

๒. แลกเปลี่ยนสถานการณ์การประสานงานและเชื่อมต่อการทำงานของแผนงานโรคระหว่างสำนักในส่วนกลางและ สคร. ในมิติด้านเครือข่าย การเงินและทรัพยากร กระบวนการทำงานและประสานภายใน และการพัฒนาศักยภาพ รวมทั้งการพิจารณาการจัดการ Supply chain

๓. พิจารณาภาพที่ควรเป็น วิเคราะห์ช่องว่างและข้อเสนอแนะในการปิดช่องว่างหรือพัฒนาระบบการทำงาน

พิจารณาบทบาทหน้าที่ของ ผู้จัดการกลุ่มแผนงาน(Program Cluster Manager : PCM)

- มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงาน และพัฒนาศักยภาพ ของบุคลากรใน Core Team
- แลกเปลี่ยนสถานการณ์การประสานงานและเชื่อมต่อการทำงานของแผนงานโรคระหว่างสำนักในส่วนกลางและ สคร. ในมิติด้านเครือข่าย การเงินและทรัพยากร กระบวนการทำงานและประสานภายใน และการพัฒนาศักยภาพ รวมทั้งการพิจารณาการจัดการ Supply chain แลกเปลี่ยนสถานการณ์ระบบ PCM ของแต่ละ สคร.
- สคร.๑ PCM มี ๑ คนมีตัวแทนจากกลุ่มงานต่างๆ มาร่วมเป็น Core Team
- สคร.๒ PCM มี ๒ คนมีการฟอร์มทีม/ ส่งคนไปพัฒนาให้มีความรู้ด้าน Env-Occ
- สคร.๓ ทำงานแบบ matrix ให้ PCM ทำงานด้าน Env-Occ โดยตรง และทำงานภาคีเครือข่ายด้วย
- สคร. ๔ งาน Env-Occ คนทำงานอยู่ใน ๒ กลุ่มงาน (กลุ่มภาคีฯและพัฒนาวิชาการ)
- สคร.๕ มีกลุ่มงาน Env-Occ /PCM เป็น Full Time มี Core Team จากทุกกลุ่มงาน
- สคร. ๗ มีกลุ่มงาน Env-Occ /PCM เป็น Full Time มี Core Team จากกลุ่มต่างๆ เช่น บริหาร ฯ แผน ระบาด (รับงาน IC ด้วย)
- สคร.๑๐ PCM เป็นหัวหน้ากลุ่มพัฒนาภาคีฯมี Core Team จากกลุ่มพัฒนาภาคี และกลุ่มงานระบาด และตอบโต้ สื่อสารฯ
- สคร.๑๑ PCM เป็นคน Env-Occ ภายในกลุ่มงานพัฒนาภาคีฯ
- สคร.๑๒ PCM เป็นคน Env-Occ ภายในกลุ่มงานพัฒนาวิชาการ

ข้อเสนอแนะ PCM

- ให้แต่ละ สคร. ทำงานเป็น Cluster โดยให้ทำงานทุกยุทธ์แบบเบ็ดเสร็จ ภายใน Cluster เดียว
- PCM เป็นแบบ Full Time ด้าน Env-Occ
- ควรมีรองผู้อำนวยการเป็นที่ปรึกษา PCM

วิเคราะห์ช่องว่างและข้อเสนอแนะในการปิดช่องว่างระหว่างส่วนกลางและ สคร.

- งบประมาณ
  - ให้ Cluster จัดทำแผนงบประมาณ
  - งบจาก สำนัก ไป สคร.
- พัฒนาศักยภาพ
  - สำนัก Env-Occ รับในการพัฒนาศักยภาพคนใน Cluster โดยจัดทำหลักสูตร เป็นครู ก
  - SRRT Env-Occ ให้บูรณาการกับสำนักระบาดวิทยา
  - สร้าง SRRT Env-Occ ทั้งระดับ เขต จังหวัด อำเภอ
- เครือข่าย
  - จากสำนักไป สคร. ให้มีการประสานภายในสำนักเองก่อน ถ้าสำนักทำงานในพื้นที่ต้องประสานกับ สคร.ก่อน
  - จากสคร.ไป จังหวัด พบว่า บางจังหวัดไม่มีผู้รับผิดชอบงาน
  - บางจังหวัด มีผู้รับผิดชอบงานโดยตรง บางจังหวัดยังไม่มีผู้รับผิดชอบงาน
  - ควรจะกำหนดบทบาทให้ชัดเจน ระหว่าง สคร.๓ สถาบันราชประชาฯ ศูนย์ระยอง
- การประสานงาน
  - ส่วนกลางประสานงานผ่าน PCM ของ สคร.โดยตรง

ข้อเสนอแนะในการปิดช่องว่างหรือพัฒนาระบบการทำงาน

- ปัจจุบันงาน IC อยู่ใน CD งานระบาด งานตอบโต้ ฯลฯ กระจัดกระจายอยู่ในหลายกลุ่ม
  - เสนอให้ Cluster Env-Occ เข้าร่วมกับกลุ่มที่รับผิดชอบ งาน IC
- ให้สำนักฯ ประสานงานที่ PCM ของสคร.โดยตรง
- ลด capacity (งบ คน กิจกรรม) ของ ทั้ง ๖ กลุ่มยุทธ์ แต่ให้เพิ่ม capacity ที่ cluster แทน

พิจารณาลักษณะการบริหารจัดการของกลุ่ม Cluster ของแผนงานโรคใน สคร.ที่รับผิดชอบในปัจจุบัน เมื่อเทียบกับกรอบของคุณลักษณะของแผนงานที่พึงประสงค์ของ Organization Excellence

๕. Cluster SALT

ผลการประชุมกลุ่มกำหนด Role & Function และออกแบบการดำเนินงานที่เชื่อมต่อระหว่าง National Program กับ Regional Program เพื่อพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค

ออกแบบใน สคร.

- ต้องมี Function ครบ ๖ องค์ประกอบ ตามยุทธศาสตร์ของกรมและ NHA
- มีองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญของ SALT ครบทั้ง Cluster

- มี Manager (PCM), Focal point ครอบคลุม ๔ โรค และ SALT Team ที่สามารถทำงานร่วมกันได้ สำหรับเชื่อมส่วนกลางและ สคร. จังหวัดและพื้นที่

PCM Role & Responsibility

- เป็นผู้นำในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ป้องกันควบคุมโรค SALT ระดับเขตให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาติ
- เป็นผู้ขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับเขตสุขภาพ จังหวัด และพื้นที่
- ให้ข้อแนะนำการดำเนินงาน ติดตาม กำกับ ประเมินผล ภาพรวมการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ SALT
- กำหนดบทบาทหน้าที่และมอบหมายงานให้กับ Focal point และ SALT Team
- มีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรใน SALT Team

๑. บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบหลักและคณะทำงานกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ โรคเรื้อน และวัณโรค (Role and Function of SALT Focal Point and working group)

บทบาท

- วางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ (Strategic plan & Operational plan Development)

หน้าที่

- วิเคราะห์ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวัง ๕ โรค ๕ มิติ รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องของพื้นที่ และการชี้เป้าของพื้นที่เป้าหมาย
- จัดทำรายงานสถานการณ์ (Strategic information) และกำหนดมาตรการ

ข้อเสนอแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑.๑ ร่วมจัดทำแนวทางดำเนินงานและการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์โรคของประเทศ

๑.๒ จัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรค ระยะ ๕ ปี ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

๑.๓ จัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีแบบบูรณาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ โรคเรื้อน และวัณโรคและงบประมาณจากทุกแหล่ง

๒. การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ระดับเขต (Movement of Regional strategic plan)z

หน้าที่

๒.๑ กำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

๒.๒ สร้างเสริมการมีส่วนร่วมในการแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติการของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒.๓ ประสานและสนับสนุนความร่วมมือเครือข่ายระดับเขตและระดับจังหวัด เช่น ประชุมวางแผนร่วมกับจังหวัด หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๔ การสื่อสารความเสี่ยง

๓. สนับสนุนวิชาการ (Technical support)

หน้าที่

๓.๑ ติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการและแนวปฏิบัติของแผนงานประเทศเพื่อสนับสนุนหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่

๓.๒ ส่งเสริม พัฒนารูปแบบ นวัตกรรมที่สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ได้

๓.๓ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขยายแนวทางการปฏิบัติที่ดี (Best practice)ในพื้นที่

๓.๔ สนับสนุนและร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหากับเครือข่ายจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๓.๕ พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องระดับเขต จังหวัดอย่างเป็นระบบ

๔. กำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation)

หน้าที่

๔.๑ กำกับติดตามความก้าวหน้าการดำเนินกิจกรรมตามแผนปฏิบัติการ

๔.๒ ประเมินผลความก้าวหน้า ผลสำเร็จการป้องกันควบคุมโรคตามวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดความสำเร็จและค่าเป้าหมายที่กำหนดตามแผนงานประเทศและของพื้นที่

๔.๓ จัดทำรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพร้อมข้อเสนอแนะการแก้ไขปัญหาการป้องกันควบคุมโรคแก่ผู้เกี่ยวข้องและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ผู้บริหาร

๔.๔ การพัฒนาคุณภาพ

การเชื่อมต่องานระหว่าง National Program กับ Regional Program แผนงานควบคุมโรคติดต่อเรื้อรัง (SALT)

การบริหารจัดการ Program Cluster ระดับ สคร.

๑. การสนับสนุนงบประมาณสำหรับ Cluster

- การวิเคราะห์ ชี้เป้า และกำหนดแผนที่ชัดเจน
- การจัดเวทีนำเสนอสำหรับผู้บริหารในการสนับสนุนงบประมาณ

๒. การจัดกำลังคนภายใน Cluster

๓. การพัฒนาสมรรถนะ

- ประเด็นที่ต้องพัฒนา (ในภาพของ ๔ โรค)
- การใช้ประโยชน์จากข้อมูล
- องค์ความรู้เรื่องโรค

ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นจากผู้วิพากษ์
นายแพทย์ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

จากการนำเสนอทั้ง ๕ กลุ่ม มีความเห็นที่สอดคล้องกันอยู่อย่างหนึ่ง เป็นการย้ำของเดิมที่เราบอกว่าเราเห็นด้วยกับการที่จะพยายามสร้างความเข้มแข็งในมิติของแผนงาน มีมิติยุทธศาสตร์ แต่ตอนนี้เรากำลังพูดถึงอีกมิติหนึ่ง คือ จะใช้มิติของแผนงานมาผลักดัน ขับเคลื่อน สร้างความเข้มแข็งของงานเราด้วย ในส่วนนี้พวกเราเห็นพ้องต้องกันว่ามิตินี้มีประโยชน์ และได้มีการอธิบายด้วยว่ามีประโยชน์อย่างไร ยกตัวอย่างเช่น ความต้องการของจังหวัดด้านความเชี่ยวชาญ และความเชี่ยวชาญจะเป็นในลักษณะที่ว่าไม่ใช่เป็นนักประสานงานเก่ง แต่ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ลึก รู้จริง แก้ไขปัญหาได้ เป็นเหตุผลอย่างหนึ่งที่เราเห็นพ้องต้องกันว่า ถ้าหากว่าเราพยายามที่จะพัฒนาความเข้มแข็งในมิติของแผนงาน ซึ่งแผนงานเป็นลักษณะของ Disease oriented หรือ Problem oriented อย่างเช่น NCD เป็นกลุ่มโรค Env-Occ เป็นกลุ่มของปัญหาจะเรียกว่าโรคก็ยังไม่ถูก

แผนงานที่เราพูดถึง หมายถึง แผนงานในลักษณะของ Disease oriented หรือ Problem oriented เราเห็นด้วยในการที่จะช่วยกันผลักดันในมิตินี้ ขอขยายความคำว่า Expertise ความเชี่ยวชาญที่คนมองว่าเป็น value ของเราไม่ใช่เป็นความเชี่ยวชาญทางความรู้อย่างเดียว ไม่ใช่รู้ลึกทางวิชาการ หรือ Technical Expertise อย่างเดียว แต่ว่ามีความสามารถในการที่จะบริหารจัดการเครือข่าย แล้วเอาวิชาการไปแก้ไขปัญหาจนสำเร็จได้ด้วย เพราะวิชาการอย่างเดียวมีอยู่ในตำรา ถึงตำราจะทันสมัยอย่างไร เอามาจัดการใช้แก้ปัญหาโดยการทำงานร่วมกับคนอื่นจำนวนมาก ถ้าทำไม่ได้เราก็ไม่มีความหมายเหมือนกัน ดังนั้น Value ของเราในกรมควบคุมโรค มี Expertise ทั้งทางวิชาการทางลึกกับการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำงานร่วมกับคนอื่นซึ่งส่วนนี้อยากจะสะท้อนกลับมายังหน่วยงานส่วนกลาง เราบอกว่าในการที่ จะทำงานเป็นแผนงานต้องทำร่วมกันทั้งส่วนกลางและ สคร. ทาง สคร. ในความเห็นของผม เผชิญหน้าอยู่กับปัญหาและความท้าทายของการที่จะต้องทำงานให้สำเร็จกับพื้นที่ กับจังหวัด กับประชาชน ดังนั้นถูกท้าทายเรื่องของการประสานอย่างไรจึงจะได้ผล สคร.จะมี Expertise เรื่องนี้ค่อนข้างมาก ในส่วนนี้ทางส่วนกลางที่เป็น Program manager ระดับส่วนกลางเอง อาจจะถูกท้าทายอย่างนี้น้อยกว่า อาจจะถูก Challenge เรื่องของการบริหารจัดการระดับประเทศ หรือการประสานระหว่างประเทศก็เป็นแบบหนึ่ง แต่Challenge ที่มากที่เข้มข้นและหลากหลายมาก คือ การเอางานลงไปในพื้นที่แล้วให้ได้ผลในระดับพื้นที่ ตรงนี้เป็น Expertise ที่ทาง สคร.มีมาก คงจะต้อง value ซึ่งกันและกันด้วย ในการที่จะพยายามพัฒนางานในมิติของแผนงานโครงการแบบ Disease oriented หรือ Problem oriented มีข้อเรียกร้องหลักๆ ๒ อย่าง คงต้องช่วยกันทำคือ

๑. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ทั้ง ๕ กลุ่มพูดเหมือนกัน ตั้งแต่ Program manager, Program Cluster Manager, Core staff หรือเป็น Staff อื่นๆ ต้องมีการพัฒนาศักยภาพตรงนี้ชัดเจนแน่นอน

๒. การร่วมคิด ร่วมทำจริงๆ ถ้าหากพูดถึงเป็นภาพคือว่าอย่าเป็น Top Down planning ส่วนกลางคิดแล้วถ่ายทอดลงมาให้ สคร.ทำ เพราะเราเห็นความที่ไม่เหมาะสมหลายอย่าง จะต้องมี Bottom up planning คือ ฟังพื้นที่ ฟัง สคร. แล้วมาวางแผนของส่วนกลาง สคร.ไม่ได้คิดเอง สคร.ประเมินความต้องการของพื้นที่ของจังหวัด จะต้องมีเรื่องของ Bottom up planning อย่างน้อยก็ต้องทำขนานกันระหว่าง Top Down กับ Bottom up ให้มีความชัดเจนขึ้น ความจริง คำว่า Bottom up planning เราพูดกันมาอาจจะตั้งแต่ตั้งกรมแล้ว แต่ไม่ได้เกิดขึ้นจริงๆเท่าไร เป็น Top Down เสียส่วนใหญ่ และเป็นความอึดอัดของสคร. ดังนั้นข้อเรียกร้องในการที่เราจะมาพยายามพัฒนาความเข้มแข็งและขับเคลื่อนไปในแนวของความเป็น Program oriented คือการที่จะต้องปรับเรื่องของการวางแผนให้มีลักษณะร่วมกันทั้ง ๒ ทิศทางให้มากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องของ Bottom up ในแง่ของ Bottom up เราคงจะเห็นได้ว่าในขณะนี้ไม่ใช่เป็นการเปลี่ยนแปลงแค่ในกรม แต่เป็นทั้งระบบ อย่างน้อยถ้าจะอ้างอิงในระบบสาธารณสุข กระทรวงก็มีการปฏิรูปขนานใหญ่ และ

มี Package อย่างเช่น เขตบริการสุขภาพ ในเขตบริการสุขภาพคือ ให้ความสำคัญของพื้นที่ ว่าพื้นที่คิดได้ วางแผนได้ มีทรัพยากร มีการบริหารจัดการ ดังนั้นกรมวิชาการทุกกรมจะต้องไปมองว่า พื้นที่มีปัญหาอย่างไร และไปตอบสนองให้ได้ ดังนั้นการที่ต้องพยายามปรับเรื่องของ Planning ให้เป็น Bottom up มากขึ้น เป็นข้อเรียกร้อง ความจริงที่เป็นรูปธรรม ท่านอาจจะพูดอะไรที่แหลมคมและรุนแรง สรุปโดยรวมว่าเป็นข้อเรียกร้อง ลักษณะของ Planning มีเรื่องของ Capacity building กับ Bottom Up Planningที่สำคัญมาก แต่ในการทำแบบนี้จะสรุปสุดท้าย คือ มีข้อสงสัยว่าในการที่เราจะ re orientedคือ การจัดระบบของงานเพื่อที่จะสร้างความเข้มแข็งในมิติของโปรแกรม ไปกระทบกับเรื่องหลักๆหลายเรื่องหรือไม่ กระทบโครงสร้างหรือไม่ เช่น มีบาง cluster บอกว่าอยากจะรื้อแล้ว ไม่อยากให้จัดโครงสร้างภายใน สคร.เป็นแบบยุทธศาสตร์ จะยุบยุทธศาสตร์บางยุทธศาสตร์ได้หรือไม่ หรือปรับเป็น cluster oriented ก็มี ซึ่งเป็นข้อคิดคำนึงในตอนนี้ ว่าการปรับครั้งนี้จะมากระทบเรื่องโครงสร้างหรือไม่ ถ้ากระทบโครงสร้างก็ต้องกระทบการจัดคน กระทบการจัดระบบงาน กระทบการทำแผนด้วย ว่าแผนจะเป็นแผนแบบยุทธศาสตร์ oriented หรือว่าเป็น Cluster Oriented กระทบกับงบประมาณด้วยหรือไม่ว่าจะจัดโครงสร้างงบประมาณอย่างไร จะใช้เป็นคำถาม แต่ไม่มี Solution ในวันนี้ เป็นคำถามว่ากระทบหรือไม่ แล้วควรจะให้กระทบแค่ไหน จะจัดอย่างไร

ข้อเสนอแนะในภาพรวม

ในการที่เราจะขับเคลื่อนเรื่องนี้ให้ได้ผลเรารื้อหมดทุกอย่างไม่ได้ เราควรที่จะหลีกเลี่ยงการรื้อโครงสร้าง ถ้ารื้อโครงสร้างหรือปรับโครงสร้างขนานใหญ่ ไม่ต้องทำอะไรแล้ว เราจะหมกมุ่นอยู่กับความงงเรื่องโครงสร้าง เรื่องตัวคน จึงอยากเสนอว่า อย่าไปแตะโครงสร้างทั้งส่วนกลางและ สคร. แต่สิ่งที่จะแตะ เราแตะ Software ดีกว่า คือ Structure หรือ Hardware อย่าไปแตะ อย่างน้อยก็ในระยะ Transition ในระยะที่เราค่อยๆเปลี่ยนผ่านไป เริ่มต้นที่ Software ดีกว่า ซึ่ง Software คือ ระบบการประสานงานระหว่างส่วนกลางกับ สคร. จะมาปรับอย่างไร ถึงจะไปเสริมความเข้มแข็งของการที่จะทำงานในมิติของแผนงาน

การปรับ Software เราปรับเพื่อตอบสิ่งที่แทบทุกกลุ่มเรียกร้องตั้งแต่คราวที่แล้ว คือการพัฒนาบุคลากร ดังนั้นการปรับ Software มีเนื้อหาสาระหลักๆ คือ ให้มีการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนสื่อสาร ชี้แนะกันมากขึ้น เพื่อพัฒนาบุคลากรของเราในมิติของ Program manager, Program cluster, Core staff ให้มีความเชื่อมโยงกันในเนื้อหาสาระ และร่วมกันแก้ไขปัญหาให้มากขึ้น ดังนั้นเรื่องของ RDCP การพยายามพัฒนาความเข้มแข็งในมิติของแผนงานโครงการ มิใช่เป็นการมารื้อของเก่า แต่เป็นการที่จะพยายามใช้ฐานของระบบงานของคนที่มีอยู่ มาปรับต่อยอดอะไรบางอย่างในวิธีทำงาน เพื่อที่จะให้มีความเข้มแข็งเกิดขึ้นมาเสริมไปกับสิ่งที่เป็นอยู่ ที่มองแบบนี้เพื่อไม่ให้เกิดความรู้สึกว่าต้องมารื้ออะไรกันอย่างสับสน และถ้าหากจะเริ่มต้นอะไรคิดว่าอย่างเบาๆคือ เริ่มการสื่อสารพูดคุยกันมากขึ้น เพื่อที่จะแก้ปัญหาและหยิบปัญหาขึ้นมาเป็นโจทย์ เพื่อจะแก้ไขร่วมกันระหว่างส่วนกลางกับสคร. และถ้าหากว่าจะยกตัวอย่างของปัญหาก็คือ นึกถึงเมื่องานมีการประชุม MBM ตอนเริ่มต้นจะดูว่าตอนนี้มีโรคระบาดอะไรบ้าง ทางสำนักระบาดจะรายงานว่าโรคระบาดวันนี้มี ๔ เรื่อง เมื่องานมีการพูดถึงโรคระบาด ๒ โรค คือ อหิวาตกโรค และคอตีบ ถ้าสมมติว่าเราจับโจทย์แบบนี้เอามาขับเคลื่อนความเข้มแข็งแผนงานโครงการได้ เช่น เรื่องอหิวาตกโรค ถึงแม้ว่าจะเกิดที่พม่า ถ้าหากว่าตัวโปรแกรมส่วนกลางรู้สึกว่านี่เป็นประเด็นแล้ว อยู่เฉยไม่ได้ จะต้องมีการตรวจสอบ มีการเตรียมความเข้มแข็งปิดจุดอ่อนของพื้นที่ฝั่งเรา เพื่อว่าถ้ามีอหิวาตกโรคข้ามมา ก็ไม่ระบาดฝั่งเรา โจทย์เล็กๆแบบนี้ซึ่งเป็นโจทย์ประจำวัน เราจับขึ้นมาเป็นเหตุของการที่เรามาเช็คระบบการประสานงานระหว่างสำนักส่วนกลางที่ดูแลโปรแกรมโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ กับ สคร.ในพื้นที่ เพื่อที่จะลงไปทำงานกับจังหวัด เหมือนกับร้อยพวงมาลัย มีดอกไม้ ๓ ดอก คือส่วนกลาง สคร. และพื้นที่ ร้อยพวงมาลัยพวงที่ว่าจะแก้ไขปัญหาอหิวาตกโรคหรือป้องกันอหิวาตกโรคที่จะเกิดขึ้นแบบครบวงจร ส่วนกลางจะต้องประสานสื่อสารกับทาง สคร. ว่าควรทำ

อะไร และสคร.จะต้องไปสื่อสารกับพื้นที่และตรวจสอบอย่างไร โดยต้องลงไปดูด้วยกัน เพื่อปรึกษาหารือกัน ส่วนกลางก็จะชัดเจนว่าตัวเองต้องทำอะไร ส่วนสคร.จะมีความชัดเจนว่าที่จะเรียกร้องหรือแนะนำกับส่วนกลางคืออะไร และจะมีความชัดเจนว่าเราจะไปสื่อสารหรือให้ข้อแนะนำกับจังหวัดอย่างไร แต่ประเด็นที่จะแตกต่างไปจากของเดิมคือว่าจะต้องมาดูด้วยกัน ในการที่จะจับโจทย์เล็กๆแบบนี้ หรือแม้ว่าจะเป็นโจทย์ที่ใหญ่ขึ้น และทำไปด้วยกัน คิดว่าจะเป็นแนวทางอย่างง่ายที่จะเริ่มต้นการเช็ครายละเอียดของการที่จะเชื่อมโยงกันอย่างไรถึงจะมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรม

แพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

เรื่องที่เรากำลังคุยกันเป็นเรื่องยากที่จะหาข้อสรุปในระยะเวลาสั้นๆ ที่เรากำลังพูดตอนนี้ คือการปฏิรูปโครงสร้างบริหารและวิธีทำงานของกรม ภายใต้การเปลี่ยนแปลงที่โรคก็เปลี่ยน ดังนั้นเราต้องพยายามปรับตัวกับทั้งระบบงานนอกสาธารณสุขและในสาธารณสุขที่เปลี่ยนไป ซึ่งคิดว่าประเด็นนี้ที่เราวิเคราะห์ต่างๆ เรายังไม่ได้วิเคราะห์ประเด็นไปถึงการเชื่อมโยงกับระบบเท่าไรนัก หมายถึงระบบงานที่จะเป็นตัวรองรับการทำมาตรการต่างๆ ก็เป็นประเด็นที่อาจต้องคิดต่ออีก ประเด็นเชิงเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง ที่เราต้องปรับมีมิติของความเชี่ยวชาญ ๒ แบบ คือ

- ความเชี่ยวชาญในเชิงเนื้องานที่เป็นเทคนิควิชาการตามโรคต่างๆและเนื้องานในเชิงที่เรียกว่าเป็นมาตรการเรื่องควบคุมป้องกันโรค
- ความเชี่ยวชาญในเชิงเนื้องานที่เป็นการบริหารจัดการตั้งแต่วางแผน ติดตาม ประเมินผล จัดการกำลังคน งบประมาณอย่างไร อยู่ที่ว่าเวลาจะพยายามปรับและปฏิรูปทั้งหลายภายใต้ ๓ ลักษณะทั้งในเชิงมองว่าธรรมชาติของโรค มาตรการควบคุมป้องกันโรค และวิธีบริหารจัดการ เวลาคิดต้องมีทั้ง ๓ มิติ ควบคู่กันไป ว่าสุดท้ายเราจะวางฟังก์ชั่นอย่างไร

ขอเสนอความเห็นเพิ่มเติมประเด็นถ้าเราพูดถึง Role and function ระหว่างส่วนกลางและ สคร. เราจะพูดเป็นแบบหน้ากระดาน ส่วนกลาง Major Function ก็คือตัวนโยบาย และการพูดถึง Strategic Role ที่เป็นระดับ National ในส่วนนี้ที่เรียกว่าเป็นตัวสำคัญ ในเรื่องของเทคนิคต่างๆอาจจะเป็นรอง ในขณะที่ สคร.เองตัวสำคัญก็คือ การขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การ Implementation ที่พูดถึง Bottom up กับ Top Down ที่จะเป็นตัวสำคัญก็คือว่า สคร. เป็นตัว Major สำคัญที่จะทำให้การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปหรือทำแผนงานต่างๆสำเร็จหรือไม่สำเร็จ แต่ดูเหมือนว่าที่ผ่านมาการมองในแง่ของกรมอาจยังมองไม่เห็นคุณค่าและความสำคัญตรงนี้เท่าไร ในแง่ของการเป็นตัวกลางและตัวขับเคลื่อน ส่วนกลางเวลามองของ สคร. อาจไม่ได้มองในฐานะที่เขามี Major Function มีบทบาทและมีความสำคัญในการนำสถานการณ์จากข้างล่างเข้ามาสู่การกำหนดยุทธศาสตร์ส่วนกลางที่จะทำให้แหลมคม และมีความสอดคล้องมากขึ้น ซึ่งคิดว่าประเด็นนี้อาจเป็นข้อเสนอบางส่วน ในส่วนกลางพูดถึงเวลาปรับต้องพยายามปรับบทบาทและมองการมีส่วนร่วมของการมองฟังก์ชั่นของ สคร. ในลักษณะที่มากขึ้น ในส่วนนี้แม้ว่าจะมีคำถามว่า จริงๆอยากเป็นแบบนี้หรือไม่ แต่เหมือนกับไม่แน่ใจในเรื่องของ Capacity หรือ Competency ของ สคร. แต่อาจจะคิดกลับกัน คือว่าอะไรจะเป็นเหตุ อะไรจะเป็นผล ถ้าเราไม่เคยให้เขาทำตรงนั้น บางทีเขาก็ไม่สามารถทำตรงนั้นได้ แต่ถ้าเรามองว่าตรงนั้นเป็นส่วนสำคัญของ สคร. ความสำคัญคือ ต้องหาปัญหาพื้นที่ให้ได้ หาปัญหาเขตให้ได้ กำหนด Capacity ของ Region ต่างๆตรงนี้ให้ได้ และนำมาสู่การกำหนดยุทธศาสตร์ส่วนกลางที่เรียกว่าสอดคล้องกับทั่วประเทศได้ เป็นบทบาทสำคัญที่จะต้องมีการวางเรื่องนี้ขึ้นมาให้ชัดเจน คิดว่าเป็นประเด็นที่อยากจะฝากไว้ทั้ง ๒ ส่วน

ประเด็นการมองจากเป้าหมายไปสู่เรื่องโครงสร้างการบริหารจัดการ ฟังดูแล้วรู้สึกว่าการแบ่งโครงสร้างของ สคร. เชิงยุทธศาสตร์ยังไม่ค่อยถนัดเท่าไร จะมีความคุ้นชินกับการทำกลุ่มโรค และการดำเนินงานเป็นลักษณะนั้นเยอะ ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติของวิธีทำงานที่ผ่านมา ที่เป็นลักษณะ Vertical program เวลามองเชิงยุทธศาสตร์ที่เป็น Horizontal เป็นลักษณะแนวราบ ก็จะมีความยากไปอีกแบบหนึ่ง ถ้าพูดถึงความเชี่ยวชาญของทีมเราในเชิงแนวราบ เช่น การพูดถึงการกำหนดยุทธศาสตร์ การชี้เป้าให้ดี การตอบโต้ การสื่อสารหรือการทำเครือข่าย ซึ่งเป็น Major Function หมายถึง การ Expertly ของ Major Function นั้น ก็ต้องมีความเชี่ยวชาญพอสมควร ถึงจะสามารถไปร่วมกับประเด็นเชิงวิชาการ และสามารถเอามาต่อใช้ได้อย่างพอดีได้ แต่ฟังจากตรงนี้แล้วแสดงว่าพื้นฐานเราไม่ได้ถูกพัฒนามาจากตรงนั้น แต่มาจากเรื่องกลุ่มโรค มาจากวิธีการควบคุมโรค ทำให้เหมือนกับว่าในส่วนนี้เราไม่ค่อยถนัด

ประเด็นที่คิดว่าถ้าจะขยับต่อไปและคิดว่ามีส่วนสำคัญ คือ บางครั้งเราทำ เราขาดการ M&E คือการประเมิน Monitor และประเมินอย่างจริงจังว่า ภายใต้โครงสร้างคนละแบบหรือวิธีการทำงานแต่ละอัน สุดท้ายแบบไหนที่เรียกว่ามีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพดี ในเชิง M&E เต็มที่ ถ้ามีการเติมเข้ามาในเรื่องของการทำ M&E ไม่ว่าในส่วนไหน อาจจะเป็นตัวช่วยที่ทำให้เราชี้ทิศไปได้ดีมากขึ้น ว่าสุดท้ายเราจะขยับแบบไหนดีมากกว่ากัน เป็นข้อเสนอที่มองว่านอกจากการเพิ่มความเข้มแข็งด้วยการพัฒนาศักยภาพคน ก็จะมีประเด็นกระบวนการเรื่อง Monitor and Evaluation ในส่วนนี้ ที่ยังคิดว่าน่าจะมีการพัฒนาทั้งส่วนกลางและส่วนของเขตด้วยไปพร้อมๆกัน ซึ่งจะเป็นส่วนที่ใช้มาประกอบได้ นอกนั้นก็คงคล้ายๆกัน ว่าสุดท้ายเราจะเอาตรงนี้เป็นอย่างไร เพราะฟังดูแล้วมีคำถามว่าเราจะปฏิรูปหรือเพิ่มความเข้มแข็งมีได้ ๒ approach คือ

๑. Approach จากคนที่เรามี คนเรามีแบบนี้ ศักยภาพแบบนี้ ก็คงต้องปรับไปตามสภาพของคนที่มี แล้วค่อยว่าๆกันไป
๒. Approach อยากจากเป้าหมายที่เราอยากเห็นแน่ๆ ว่าควรจะเป็นแบบไหน แล้วจะเอาคนที่มีอยู่ เข้าไปสู่เป้าด้วยกระบวนการบางอย่าง ซึ่งอาจจะไม่เหมือนค่อยๆ แต่มีกระบวนการบางอย่างเข้ามาเพิ่มเติมสุดท้าย ๒ อย่างนี้ จะ Balance กันอย่างไร เพราะว่าเราคงอยากเห็นเป้าบางอย่าง แต่ศักยภาพไปแบบนี้ กระบวนการทำแบบค่อยๆแบบนี้ ก็จะได้แบบหนึ่ง กระบวนการแบบประนีประนอมแบบกลางๆ จะเอาแบบไหน ซึ่งก็เป็นความยากของการคิดตอนนี้ แต่ถ้าลองคิดต่อน่าจะพอเห็นข้อเสนอตรงนี้ได้

นายแพทย์กฤษฎา มโหทาน นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

เวทีนี้เป็นเวทีของการเน้นการเชื่อมต่อ ระหว่าง National Program กับ Regional Program โดยมีใจความสำคัญอยู่ที่โครงสร้างเหมือนที่ท่านศุภมิตรกล่าว เรากำลังออกแบบ Physiology ที่ควรจะเสร็จตั้งแต่ ๔ ปีที่แล้ว ตาม Anatomy แต่เราตัด Anatomy ไปตั้งแต่สมัยท่านอธิบดีมานิตย์ เหตุผลก็คือ ไม่work จึงจัดระบบใหม่มีทั้งข้อดี และข้อเสีย เรารู้อยู่ แต่ถ้า Follow up ด้วย Physiology ที่เรากำลังจะจัด จะฟังก์ชั่นลดโรคได้ แต่เราไม่ยอมทำตาม

สรุปผลการประชุม

นายแพทย์สมเกียรติ ศิริรัตนพฤกษ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

๑. ได้ข้อสรุปของบทบาทหน้าที่ในส่วนของแผนงานควบคุมโรคทั้งในระดับส่วนกลางและสคร.

๒. ได้ข้อเสนอในการเชื่อมต่อการประสานงานระหว่างแผนงานควบคุมโรคในส่วนกลางและสคร.และระหว่างแผนงานต่างๆในสคร. พร้อมทั้งเชื่อมต่อไปยังภาคีเครือข่ายพื้นที่ ในมิติภาคีเครือข่าย งบประมาณ การบริหารจัดการภายใน และการพัฒนาศักยภาพ

๓. ได้ข้อเสนอในจัดโครงสร้างของกลุ่มแผนงานโรคในระดับสคร.

๔. ได้แนวทางในการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคในสคร.

ข้อเสนอต่อแผนงานควบคุมโรค (ทั้งในส่วนกลาง และ สคร.)

๑. ทบทวนรายชื่อในทีมงานของแผนงานโรคทั้งในส่วนกลางและสคร.

๒. จัดทำข้อเสนอโครงสร้างและการบริหารจัดการของแผนงานควบคุมโรคในระดับ สคร.

๓. ส่งแผนพัฒนาความเข้มแข็งของแผนงานควบคุมโรคของสคร.ในระยะเวลา ๓ ปี

ข้อเสนอต่อกรม

๑. มีการพัฒนาระบบการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของแผนงานควบคุมโรคในทุกระดับ

๒. จัดทำระบบงบประมาณให้สอดคล้องกับการบริหารจัดการของแผนงานควบคุมโรค

๓. มีแผนและระบบในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม

สิ่งที่คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจะดำเนินการต่อไป

๑. การสนับสนุนและให้คำปรึกษาในแต่ละแผนงานผ่านทางผู้ทรงคุณวุฒิที่รับผิดชอบ

๒. มีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล

๓. จัดเวทีแลกเปลี่ยนในประเด็นทางวิชาการ

๓.๑ การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคอย่างยั่งยืน

๓.๒ การพัฒนาแผนงานควบคุมโรคในมิติของ NHA

๓.๓ การ Benchmark แผนงานกับหน่วยงานอื่นๆ ภายนอกกรม, กระทรวง

ทั้งหมดนี้เป็นข้อเสนอไม่ใช่การแข่งขัน แต่เป็นการพัฒนาเราจะได้รู้ว่าในมิติของการพัฒนาแผนงานที่อื่นๆเขาทำอะไรบ้าง เรามีจุดอ่อน จุดแข็งอย่างไร ที่จะไปร่วมแลกเปลี่ยนหรือพัฒนาต่อไป ทั้งหมดนี้เป็นร่าง ก็คงจะเปิดให้ทุกท่านให้ความเห็น จะปรับ จะแก้อย่างไร หรือจะเพิ่มเติม และถือเป็นข้อสรุป และสิ่งที่จะต้องดำเนินต่อไปจากการประชุมครั้งนี้

นายแพทย์ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ เสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมจากที่ นายแพทย์สมเกียรติ กล่าวถึงประเทศอังกฤษกำลังทำอะไรที่คล้ายๆกับที่พวกเรากำลังทำอยู่ ซึ่งไม่ใช่เป็นของใหม่และไม่ได้เป็นเฉพาะเรา แต่เกิดขึ้นทั่วๆโลก และมักจะเกิดขึ้นกับประเทศที่มีความดิ้นรนที่จะแก้ไขปัญหา อาจจะไม่เกิดขึ้นมากนักใน Africa หรือในประเทศที่ยังเอาตัวไม่รอด แต่ใครที่มีความสามารถในการคิดและพัฒนาแล้ว จะอยู่ในสถานการณ์แบบนี้ คือต้องมาทบทวน และเหมือนกับว่ามีอะไรที่ไม่ชัดและพยายามทำให้ชัด เป็นการทำสิ่งที่นำไปสู่สิ่งที่ดีกว่า

มอบนโยบายและปิดการประชุม

แพทย์หญิงวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

เท่าที่ฟังจากการนำเสนอยังไม่เห็นการเชื่อมต่อหรือว่ายังไม่ได้เชื่อม จึงคิดว่าหลายๆคนที่เสนอว่ามี Gap คืออะไร และการแก้ไขคืออะไร ซึ่งเห็นแล้วไม่ค่อยแน่ใจว่า การที่คุณมี Focal point แล้ว Gap จะปิด การที่คุณมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ดังนั้นจึงคิดว่าไหนๆก็เขย่าแล้วก็เขย่าต่อไป ทำไมต้องมี สคร. ตอนนี้มีการเขย่าในภาคที่ปรึกษารัฐมนตรีว่า ไม่ต้องมี สคร. ก็ได้ ดังนั้นในงานนี้ที่จะทำก็คือ การต้อง Structure for.....ต่อสู้เพื่อที่จะอยู่รอด ถ้าเรายังทำงานแบบเดิมที่จะ comment โดยการเปลี่ยนโครงสร้างก่อนที่จะทำงาน ถามว่าเปลี่ยนโครงสร้างแล้ว ประชาชนได้อะไร ทุกวันนี้เรามีโลก ๒ โลก คือ Physical world และ Digital world ดังนั้นเรื่องของ Anatomy และ Physiology เป็นเรื่องที่เราจะบอกว่าจะต้องผ่าตัดเปลี่ยน Anatomy ก่อน ถึงจะทำ Physiology ได้ คนที่คิดต่างๆพวกนี้มาเป็นพวกอนุรักษ์นิยม แต่ในขณะเดียวกัน เราก็ต้องมีความพร้อมเรื่องของการปรับเปลี่ยนด้วย

สิ่งที่ท่านเสนอ ท่านต้องย้อนกลับไปดูว่าข้อมูลต่างๆ ท่านจะให้สำนักส่วนกลางทำฐานข้อมูล ถามว่าข้อมูลของสำนักส่วนกลางมาจากที่ไหน ถ้าไม่ใช่จากพื้นที่ของท่านและพื้นที่ของท่าน สถานะสุขภาพของประชาชน สคร.ตั้งมากี่ปี เมื่อกี่ปีก่อนมี สคร. กับตอนมี สคร.แล้ว สถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้นหรือไม่ประการใด สถานะสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของท่าน ปัญหาอยู่ที่ไหน ในการแก้ไขปัญหาท่านจะเป็น Reactive ปัญหามาแก้ปัญหาไป เหมือนกับลูกเทนนิสมา ท่านก็ตีไปให้พ้นๆตัว ทำงานไปวันๆก็จบ

แต่ตอนนี้กระทรวงต้องเป็นเรื่อง Proactive สคร.ต้องเป็นทั้ง Reactive และ Predictive นั่นหมายความว่า เมื่อลูกเทนนิสมาถึงท่านจะต้องตีไปโดยให้ข้ามตาข่าย ในขณะเดียวกัน สคร.และสำนักวิชาการต้องเป็น Reactive Proactive และ Predictive พยากรณ์อากาศว่าสถานการณ์แบบนี้จะเกิดอะไรขึ้น

ดังนั้นเรื่องของ Reactive Proactive และ Predictive สำนักวิชาการจะต้องเตรียมความพร้อมเรื่องของ Predictive ในบางครั้งเราก็อยากให้ทางสำนักวิชาการฟัง สคร.บ้าง เรื่องที่หลายคนบอกว่าจะยุบโครงสร้าง หรือเปลี่ยนโครงสร้างต่างๆ ท่านต้องวิเคราะห์ว่า ถ้าท่านยุบแล้วของใหม่จะไม่แย่ไปกว่าเดิม เรื่องของฟังก์ชั่น เรื่องของ Mandate เรื่องของบทบาทหน้าที่ขอความกรุณาให้กำหนดจัดลำดับความสำคัญและดำเนินการตามสภาพปัญหาของประชาชนในพื้นที่ โลกในยุคที่หลายคนอาจจะมองว่าเป็น Citizen Center ประชาชนเป็นศูนย์กลาง แต่ต่อไปอีกไม่นานจะเป็น Citizen driven ประชาชนจะเป็นคนมาบอกว่าจะเอาอย่างโน้น จะเอาอย่างนี้ สิ่งที่เราคิดว่าเขาอยากจะได้ อาจจะไม่ใช่สิ่งที่เขาอยากจะได้ เมื่อเขาไม่ได้สิ่งที่เขาต้องการสิ่งที่เกิดขึ้นก็คือ เกิดความระคายเคืองและเกิดความไม่พึงพอใจ ดังนั้นเรื่องของวิชาการ กรมควบคุมโรคเป็นที่ชื่นชมมาก เราต้องใช้คำว่า Legendary Expertise นั่นคือ Expertise ที่เป็นตำนานของประเทศ ท่านต้องกลับไปวิเคราะห์สภาพปัญหาในพื้นที่ของท่าน ต้องไปวางแผน ภายใต้ Input จากเรื่องของ Health Problem เมื่อท่านวางแผนเสร็จ ท่านต้อง Organize ไม่ใช่แค่เพียงวางแผนแล้วนิ่ง แล้ววางแผนจากของเก่าเปลี่ยนปี พ.ศ. และมาขอใหม่ เมื่อคุณทำ Planning จาก Input ข้อมูล PDCA

เรื่องของการเตรียมความพร้อม การวางแผน การจัดองค์กร การควบคุมเป็นส่วนที่สำคัญ ท่านต้องกำกับและติดตาม คำว่า Monitor ต้องมีคำว่าเฝ้าอยู่ข้างหน้า ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการวางแผน การจัดองค์กร การควบคุมและส่วนที่สำคัญอีกอย่างคือ การอำนวยการท่านต้องชี้ทิศต้องสั่งการและท่านต้องรู้ว่าเราไม่สามารถจะทำทุกเรื่องได้ อย่านำเสนอแต่ปัญหา ทุกวันนี้ปัญหาที่ท่านเจอในพื้นที่ ท่านมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาอย่างไร เราต้องรู้ว่าบทบาทเราจะทำอะไรได้บ้าง ดังนั้นภายใต้เรื่องของ ๕ I ของท่านอธิบดี นั่นคือเตรียมการจัดทำเกณฑ์ระบบควบคุมโรค คุณภาพของกรมควบคุมโรค ประเมินทั้ง สคร. และสำนักวิชาการด้วย

ภาคผนวก

สรุปผลการประเมินความคิดเห็นต่อการประชุม
เรื่อง การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค
: การเชื่อมต่อ National Program กับ Regional Program
ระหว่างวันที่ ๑๘ – ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘
ณ โรงแรมริชมอนด์ ถนนรัตนาธิเบศร์ จังหวัดนนทบุรี

****

การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค : การเชื่อมต่อ National Program กับ Regional Program ครั้งนี้ มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด ๑๖๕ คน ส่งแบบสอบถามกลับมาจำนวน ๗๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๗.๒๗ ของผู้เข้าร่วมประชุม ผลการประเมินความคิดเห็นต่อการประชุมสรุปได้ ดังนี้

ส่วนที่ ๑ แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตำแหน่ง	ร้อยละ
๑.๑ ผู้บริหารกรมควบคุมโรค	๑.๓
๑.๒ ผู้ทรงคุณวุฒิ	๑.๓
๑.๓ ผู้จัดการ/ผู้ช่วยผู้จัดการแผนงาน	๑๒.๘
๑.๔ Core Team ของแผนงาน	๒๖.๙
๑.๕ ผู้อำนวยการ สคร.	๑.๓
๑.๖ PCM	๓๘.๕
๑.๗ สสจ.	๓.๘
๑.๘ อื่นๆ	๑๔.๑

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็น PCM รองลงมาเป็น Core Team ของแผนงาน คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๕ และร้อยละ ๒๖.๙ ตามลำดับ

ส่วนที่ ๑.๑ แสดงข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถามแยกตาม Cluster

Cluster	ร้อยละ
CD	๓๓.๓
SALT	๒๖.๙
NATI	๑๕.๔
Env-Occ	๑๔.๑
โรคและภัยที่เป็นปัญหาเฉพาะในพื้นที่	๑๐.๓

ส่วนที่ ๑.๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามแยกตาม Cluster พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เข้าประชุม Cluster CD รองลงมาเป็น Cluster SALT คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓ และ ๒๖.๙

ส่วนที่ ๒ แสดงข้อมูลด้านเนื้อหาและรูปแบบการประชุม

ประเด็นที่ประเมิน	ระดับความคิดเห็น			
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
<u>ส่วนที่ ๒</u> ด้านเนื้อหาและรูปแบบประชุม				
๒.๑ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาพรวมการดำเนินงานพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคที่ผ่านมาและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไป **<u>ก่อนการประชุมฯ</u>**	๑๒.๘	๕๗.๗	๒๙.๕	
๒.๒ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาพรวมการดำเนินงานพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคที่ผ่านมาและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไป **<u>หลังการประชุมฯ</u>**		๑๕.๔	๘๐.๘	๓.๘
<u>ส่วนที่ ๓</u> ด้านวิทยากร				
๓.๑ วิทยากรมีความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ตรงกับเนื้อหาพร้อมทั้งสามารถสื่อสาร ถ่ายทอดความรู้ให้เข้าใจได้อย่างชัดเจน				
- วิทยากรบรรยาย“ภาพรวมการดำเนินงานพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคที่ผ่านมาและแนวทางสนับสนุนการดำเนินงานของกองบริหาร”		๑.๓	๙๑.๐	๗.๗
- วิทยากรอภิปราย เรื่อง “บทเรียนและการเรียนรู้จากการพัฒนาความเข้มแข็งระดับ National Program : จังหวะก้าวการเชื่อมต่อกับ Regional Program”		๒.๖	๘๘.๕	๙.๐
- วิทยากรอภิปราย เรื่อง“การบริหารจัดการ Disease Control Program Cluster ของ สคร. ที่ตอบสนองต่อเขตสุขภาพและจังหวัด”		๑.๓	๘๘.๕	๑๐.๓
๓.๒ โดยภาพรวมวิทยากรสามารถสร้างบรรยากาศกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี		๗.๗	๘๔.๖	๗.๗
๓.๓ โดยภาพรวมวิทยากรเปิดโอกาสในการซักถาม เสนอความคิดเห็นและยอมรับความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม		๑๔.๑	๘๒.๑	๓.๘
๓.๔ ความพึงพอใจในวิทยากรโดยภาพรวม		๓.๘	๘๗.๒	๙.๐
<u>ส่วนที่ ๔</u> ด้านสภาพแวดล้อมและองค์ประกอบที่เอื้อต่อการเรียนรู้				
๔.๑ ห้องประชุมมีความเหมาะสม		๓.๘	๘๕.๙	๑๐.๓
๔.๒ โสตทัศนูปกรณ์มีความเหมาะสมและเพียงพอต่อการใช้งาน		๙.๐	๘๐.๘	๑๐.๓
๔.๓ ความพึงพอใจต่ออาหาร อาหารว่างและเครื่องดื่ม		๒.๖	๘๕.๙	๑๑.๕
๔.๔ ความพึงพอใจต่อการบริการ/อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่		๑.๓	๘๘.๕	๑๐.๓
๔.๕ ความพึงพอใจในการบริการโดยภาพรวม		๑.๓	๘๕.๙	๑๒.๘

ประเด็นที่ประเมิน	ระดับความคิดเห็น			
	น้อยที่สุด	น้อย	มาก	มากที่สุด
<u>ส่วนที่ ๕</u> ภาพรวมการประชุม				
๕.๑ การประชุมฯครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมการประชุมฯ		๑๔.๑	๗๘.๒	๗.๗
๕.๒ การประชุมกลุ่มได้ Output ตามที่คาดหวัง		๓๔.๖	๖๐.๓	๕.๑
๕.๓ ท่านคาดว่าจะนำความรู้ความเข้าใจ ที่ได้รับในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้		๒๙.๕	๖๕.๔	๕.๑

ส่วนที่ ๒ ระดับความคิดเห็นต่อเนื้อหาและรูปแบบประชุม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาพรวมการดำเนินงานพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคที่ผ่านมาและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไป หลังการประชุมเพิ่มมากขึ้นถึง ๘๔.๖

ส่วนที่ ๓ ด้านวิทยากร พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อความรู้ ความสามารถและประสบการณ์ที่ตรงกับเนื้อหาพร้อมทั้งสามารถสื่อสาร ถ่ายทอดความรู้ให้เข้าใจได้อย่างชัดเจนของวิทยากรในการบรรยาย“ภาพรวมการดำเนินงานพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคที่ผ่านมาและแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไป”ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗ วิทยากรอภิปราย เรื่อง “บทเรียนและการเรียนรู้จากการพัฒนาความเข้มแข็งระดับ National Program : จังหวะก้าวการเชื่อมต่อกับ Regional Program” ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๕ วิทยากรอภิปราย เรื่อง“การบริหารจัดการ Disease Control Program Cluster ของ สคร. ที่ตอบสนองต่อเขตสุขภาพและจังหวัด”ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๘ และความพึงพอใจต่อวิทยากรโดยภาพรวม ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๒

ส่วนที่ ๔ ด้านสภาพแวดล้อมและองค์ประกอบที่เอื้อต่อการเรียนรู้ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการบริการโดยภาพรวม ในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗

ส่วนที่ ๕ ระดับความคิดเห็นต่อภาพรวมการประชุม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นว่าการประชุมฯครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมการประชุมฯระดับมากร้อยละ ๗๘.๒ และระดับมากที่สุด ร้อยละ ๗.๗ การประชุมกลุ่มได้ Output ตามที่คาดหวัง ระดับมากร้อยละ ๖๐.๓ และระดับมากที่สุด ๕.๑ และคาดว่าจะนำความรู้ความเข้าใจ ที่ได้รับในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานได้ ระดับมาก ร้อยละ ๖๕.๔ และระดับมากที่สุด ร้อยละ ๕.๑

ข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม

- เนื่องจากเพิ่งเข้ามาทำงาน เรื่อง การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรคเป็นครั้งแรกอาจจะรับรู้ได้น้อย แต่ก็จะพยายามเรียนรู้เพิ่มเติมจากผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำความรู้ที่ได้รับไปดำเนินงานร่วมกับพื้นที่ในการป้องกันควบคุมโรคต่อไป
- ทีมส่วนกลางยังไม่สามารถรวมตัวกันได้เพื่อเตรียมข้อมูลที่ดี อาจจำเป็นต้องมีวิทยากรกระบวนการในการจัดเตรียม Input ของส่วนกลางเพื่อนำข้อมูลมาหารือกับ สคร.ได้ชัดเจน
- ควรมีการจัดประชุมแบบนี้ตั้งแต่ต้นปีและควรจัดอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง
- ควรจะมีเวทีให้ทุก Cluster ของส่วนกลางมาแลกเปลี่ยนกันก่อนมีการประชุมร่วมกันกับเขต

- อยากเห็นทิศทางกรมฯที่ชัดเจนและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงและไม่เป็นปัญหาในพื้นที่
- แนวทางปฏิบัติแต่ละ สคร. ไม่เหมือนกัน ควรมีการถ่ายทอดในระดับผู้บริหาร (ระดับ ผอ.) ให้เกิดความชัดเจน
- ควรมีการมอบหมายให้ สคร. ดำเนินการตาม Cluster ไปช่วงหนึ่งแล้วจึงประเมินผลสัมฤทธิ์ของการบริหารจัดการตามแนว Cluster ว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด ควรมีการปรับปรุงอย่างไรจึงจะสามารถดำเนินการต่อไปในอนาคต
- ระยะเวลาในการอภิปรายน้อยเกินไป อาจจะทำให้การนำเสนอไม่ครบทุกประเด็น

รายชื่อผู้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ
เรื่อง การพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค
: การเชื่อมต่อ National Program กับ Regional Program
ระหว่างวันที่ ๑๘ – ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๕๘
ณ โรงแรมริชมอนด์ ถนนรัตนาธิเบศร์ จังหวัดนนทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล		ตำแหน่ง
วิทยากร			
๑.	นายแพทย์โสภณ	เมฆธน	อธิบดีกรมควบคุมโรค
๒.	แพทย์หญิงวราภรณ์	ภูมิสวัสดิ์	รองอธิบดีกรมควบคุมโรค
๓.	นายแพทย์ศุภมิตร	ชุณห์สุทธิวัฒน์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๔.	นายแพทย์กฤษฎา	มโหทาน	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๕.	แพทย์หญิงปิยนิตย์	ธรรมาภรณ์พิลาศ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๖.	นายแพทย์บุญเลิศ	ศักดิ์ชัยนานนท์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๗.	แพทย์หญิงเพชรวรรณ	พึ่งรัศมี	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๘.	นายแพทย์สมบัติ	แทนประเสริฐสุข	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๙.	แพทย์หญิงพัชรา	ศิริวงศ์รังสรรค์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๑๐.	นายแพทย์วิชัย	สติมัย	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๑๑.	นายแพทย์สมเกียรติ	ศิริรัตนพฤกษ์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๑๒.	แพทย์หญิงจุไร	วงศ์สวัสดิ์	รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๑๓.	นายแพทย์ทวีทรัพย์	ศิรประภาศิริ	รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๑๔.	แพทย์หญิงสุพัตรา	ศรีวณิชชากร	รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๑๕.	นายวันชัย	อาจเขียน	รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขทรงคุณวุฒิ
๑๖.	นายแพทย์ชัยรัตน์	เตชะไตรศักดิ์	ผู้อำนวยการสำนักงาน (ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์)) ปฏิบัติราชการที่สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
๑๗.	นายแพทย์เฉวตสรรค์	นามวาท	ผู้อำนวยการสำนักวัณโรค
๑๘.	นายแพทย์ปรีชา	เปรมปรี	ผู้อำนวยการสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม
๑๙.	นายแพทย์ภานุวัฒน์	ปานเกตุ	ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
๒๐.	นายแพทย์นิพนธ์	ชินานนท์เวช	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง
๒๑.	นายแพทย์โสภณ	เอี่ยมศิริถาวร	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ กรุงเทพ
๒๒.	แพทย์หญิงศศิธร	ตั้งสวัสดิ์	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ขอนแก่น
๒๓.	นายวิรัช	ประวันเตา	รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ พิษณุโลก
๒๔.	ดร.นพ.พงศธร	พอกเพิ่มดี	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล		ตำแหน่ง
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ			
๒๕.	นายแพทย์คำนวณ	อึ้งชูศักดิ์	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๒๖.	นายแพทย์พรชัย	จิระชนากุล	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๒๗.	แพทย์หญิงรุจนี	สุนทรขจิต	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๒๘.	นายแพทย์จีรพัฒน์	ศิริชัยสินธพ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๒๙.	แพทย์หญิงศรีประพา	เนตรนิยม	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๓๐.	นายแพทย์วิโรจน์	หมั่นคติธรรม	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๓๑.	นายแพทย์สมศักดิ์	ไชยวัฒน์	รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๓๒.	แพทย์หญิงอังคณา	เจริญวัฒนาโชคชัย	รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๓๓.	นายแพทย์วิศิษฏ์	ประสิทธิศิริกุล	รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
๓๔.	นายแพทย์ภาสกร	อัครเสวี	รักษาการนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
ผู้อำนวยการสำนัก/สถาบัน/กอง			
๓๕.	ร.ต.อ.นพ.รุ่งเรือง	กิจผาติ	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่อทั่วไป
๓๖.	แพทย์หญิงวรยา	เหลืองอ่อน	ผู้อำนวยการสำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่
๓๗.	นายแพทย์สมาน	ฟูตระกูล	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
๓๘.	แพทย์หญิงปานทิพย์	โชติเบญจมาภรณ์	ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ
๓๙.	นายแพทย์สุเมธ	องค์วรรณดี	ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
๔๐.	นายแพทย์ธนรักษ์	ผลิพัฒน์	ผู้อำนวยการสำนักระบาดวิทยา
๔๑.	นายแพทย์อาจินต์	ชลพันธุ์	ผู้อำนวยการราชประชาสมาสัย
๔๒.	แพทย์หญิงจริยา	แสงสัจจา	ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร
๔๓.	นางมนัสนันท์	ลิมปวิทยากุล	ผู้อำนวยการสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ
๔๔.	นายยุทธพงษ์	เกียรติยุทธชาติ	ผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่
๔๕.	นายไพโรจน์	พรหมพันใจ	ผู้อำนวยการสำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรค			
๔๖.	แพทย์หญิงหรรษา	รักษาคม	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ ชลบุรี
๔๗.	ดร.นพ.อนุพงค์	สุจริยากุล	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ ราชบุรี
๔๘.	นายแพทย์ธีรวัฒน์	วลัยเสถียร	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ นครราชสีมา
๔๙.	นายแพทย์ศรายุธ	อุตตมางคพงศ์	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ อุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล		ตำแหน่ง
๕๐.	นายแพทย์ดิเรก	ขำแป้น	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ นครสวรรค์
๕๑.	ดร.นพ.ศักดิ์ชัย	ไชยมหาพฤกษ์	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ พิษณุโลก
๕๒.	นายแพทย์วิทยา	หลิวเสรี	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ เชียงใหม่
๕๓.	นายแพทย์นพดล	ไพบูลย์สิน	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช
๕๔.	ดร.นพ.สุวิช	ธรรมปาโล	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ สงขลา
กองแผนงาน			
๕๕.	นางสาวฉันทนา	เจนศุภเสรี	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
๕๖.	ดร.อริยะ	บุญงามชัยรัตน์	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
๕๗.	นางสุจิตรา	บัวแช่ม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
๕๘.	นางนันท์นภัส	วงษ์พิรา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๕๙.	นางจิตรา	อ่อนน้อม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ
๖๐.	ดร.กัญญารัช	วงศ์ภูคำ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๖๑.	นางจินต์ศุจี	กอบกุลธร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๖๒.	นางสาวดาริกา	มุสิกุล	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
สำนักจัดการความรู้			
๖๓.	นายศรายุทธ	ตาสัก	นักวิชาการสาธารณสุข
๖๔.	นางสาวเบญจมาศ	นาคราช	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม			
๖๕.	นางภัคนี	สิริปูชกะ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
๖๖.	นายณัฐพงศ์	แหละหมัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๖๗.	นายธวัชชัย	รักษานนท์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักโรคติดต่อทั่วไป			
๖๘.	นายแพทย์พรชนก	รัตนดิลก ณ ภูเก็ต	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
๖๙.	นางเพ็ญศรี	ปัญญาตั้งสกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๗๐.	นางสาวสุรัสวดี	กลิ่นชั้น	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๗๑.	นายเผด็จศักดิ์	ชอบธรรม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๗๒.	นางสาวเกศินี	มีทรัพย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๗๓.	นายเลิศฤทธิ์	ลีลาธร	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๗๔.	สัตวแพทย์หญิงวิมวิการ์	ศักดิ์ชัยนานนท์	นายสัตวแพทย์ปฏิบัติการ
๗๕.	สัตวแพทย์หญิงอรพิรุฬห์	สการะเศรณี	นายสัตวแพทย์ปฏิบัติการ

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล		ตำแหน่ง
สำนักโรคไม่ติดต่อ			
๗๖.	แพทย์หญิงจุรีพร	คงประเสริฐ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
๗๗.	แพทย์หญิงสุมณี	วัชรสินธุ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
๗๘.	นางนิตยา	พันธุเวทย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๗๙.	นางสาวธาริณี	พังจุนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์			
๘๐.	นางสาวจุรีย์	อุสาหะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๘๑.	นางสาวสิริกุล	วงษ์สิริโสภาคย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๘๒.	นายนฤพนธ์	ทรงพระ	นิติกรปฏิบัติการ
สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ			
๘๓.	นางวิไลลักษณ์	หฤหรรษพงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๘๔.	นางสาวชุติพร	กันวิหค	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่			
๘๕.	นางนพรัตน์	มงคลางกูร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๘๖.	นางวิรงรอง	แก้วสมบูรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๘๗.	นางอัญชลี	สิทธิชัยรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๘๘.	นางสาวกษมา	นับถือดี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง			
๘๙.	นายแพทย์อนุตรศักดิ์	รัชตะทัต	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
๙๐.	นายจิระพัฒน์	เกตุแก้ว	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๙๑.	นางสาวฉันทนา	โสวัตร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๙๒.	นางสาวเจิดสุดา	กาญจนสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๙๓.	นางสาวธีราวดี	กอพยัคฆินทร์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๙๔.	นางสาวสุรวดี	กิจการ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
๙๕.	แพทย์หญิงชีวนันท์	เลิศพิริยสุวัฒน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
๙๖.	นายแพทย์นิสิต	คงเกริกเกียรติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
๙๗.	แพทย์หญิงมณฑินี	วสันติอุปโภคากร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
๙๘.	นางเพ็ญศรี	สวัสดิ์เจริญยิ่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๙๙.	นางยุพิน	ชินสงวนเกียรติ	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ
๑๐๐.	นางสาวจันทนา	ชูเกียรติศิริ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
๑๐๑.	นางจิราภรณ์	ยาชมภู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
๑๐๒.	นางเสาวนีย์	ศรีใสคำ	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
๑๐๓.	นางมณฑาทิพย์	ศรีวรรณ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล		ตำแหน่ง
สำนักวัณโรค			
๑๐๔.	นายสุขสันต์	จิตติมณี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๐๕.	ดร. จุฑาพัฒน์	รัตนดิลก ณ ภูเก็ต	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๑๐๖.	ว่าที่ รต.สมพร	สมทอง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๑๐๗.	นางสาวจุฬารัตน์	นามเพ็ง	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ
๑๐๘.	นายสมศักดิ์	เหรียญทอง	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
สถาบันบำราศนราดูร			
๑๐๙.	นายแพทย์วีรวัฒน์	มโนสุทธิ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ Program Manager
๑๑๐.	นางปัทมาวดี	เติมวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๑๑.	นางสาววลัยพร	วิสิฐนนทรีย์	พยาบาลวิชาชีพ
สถาบันราชประชาสมาสัย			
๑๑๒.	นางสาววิจิตรา	ธารีสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
๑๑๓.	นายศิลธรรม	เสริมฤทธิรงค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๑๔.	นายวิสุทธิ์	แซ่ลิ้ม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ			
๑๑๕.	นางสาวภัทรภร	มณีศรีเดช	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองการเจ้าหน้าที่			
๑๑๖.	นางปาจารีย์	อัศวเสนา	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
๑๑๗.	นางธัญลักษณ์	เอกอุ่น	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
๑๑๘.	นางยุพิน	รุ่นประพันธ์	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ กรุงเทพ			
๑๑๙.	แพทย์หญิงพรเลขา	บรรหารศุภวาท	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
๑๒๐.	นางสุพินทอง	แสงสุวรรณ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๒๑.	นางศรินทร	สนธิศิริกฤตย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๒๒.	นางสาวธัญญา	รอดสุข	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๑๒๓.	นาวสาวณัฐอนงค์	อนันตวงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๑๒๔.	นายสุวรรณ	อดิศัยมนตรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๑๒๕.	นายนัพวุฒิ	ชื่นบาล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๒ สระบุรี			
๑๒๖.	นางเพ็ญศรี	ไผทรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๒๗.	นางสาววิไล	วิชากร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๒๘.	นางสาวสุรีรัตน์	กุมารี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๒๙.	นางสาววราภรณ์	ไพสิฐศรีสวัสดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๓๐.	นางสาววราภรณ์	อึ้งพานิชย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๓๑.	นางสุภาภรณ์	วัฒนาธร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๓๒.	นางวิจิตร	เอี่ยมบริสุทธิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล		ตำแหน่ง
๑๓๓.	นางกาญจนา	คงศักดิ์ตระกูล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๓๔.	นายเดชา	สุคนธ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๓๕.	นายกษมะ	กระต่ายทอง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๓๖.	แพทย์หญิงปทุมมาลย์	ศิลาพร	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ ชลบุรี			
๑๓๗.	นางสุภาพร	พุทธรัตน์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
๑๓๘.	แพทย์หญิงรุ่งนภา	ประสานทอง	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
๑๓๙.	แพทย์หญิงลานทิพย์	เทราปัตย์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
๑๔๐.	นายพูนศักดิ์	ศรีประพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๔๑.	นางรวิสรา	จิรโรจน์วัฒน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๔๒.	นางสาววรรณภา	ฤทธิสนธ์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๑๔๓.	นางสาววิชญาภัทร์	สามารถ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔ ราชบุรี			
๑๔๔.	นางสาวโสภาพรรณ	จิรนิรัติศัย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๔๕.	นางเพ็ญรุ่ง	ฉัตรไชยรัชต์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๔๖.	นางวิจิตรา	ฤทธิ์ประภา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๑๔๗.	นางสาวศุภลักษณ์	แย้มสกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๑๔๘.	นายกวี	โพธิ์เงิน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ นครราชสีมา			
๑๔๙.	แพทย์หญิงผลิน	กมลวัทน์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
๑๕๐.	นายวิเศษ	วริศรางกูล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๕๑.	นางกัลยาณี	จันธิมา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๕๒.	นางนันทนา	แต้ประเสริฐ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๕๓.	นายประดิษฐ์	ทองจุ่น	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๕๔.	นางเปรมปรีด์	ชวนะนรเศรษฐ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ ขอนแก่น			
๑๕๕.	แพทย์หญิงศศิธร	ตั้งสวัสดิ์	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
๑๕๖.	แพทย์หญิงนงลักษณ์	เทศนา	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
๑๕๗.	นางชื่นพันธ์	วิริยะวิภาต	รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
๑๕๘.	นางเกษร	แถวโนนงิ้ว	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๕๙.	นางศิมาลักษณ์	ดิถีสวัสดิ์เวทย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ อุบลราชธานี			
๑๖๐.	นายวันชัย	สีหะวงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๖๑.	นายสุชญา	สีหะวงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๖๒.	นางสาวศศินัดดา	สุวรรณโน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล		ตำแหน่ง
๑๖๓.	นางศุภศรัย	สง่างามศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๖๔.	นางสาวเสาวลักษณ์	เห็มวัง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ นครสวรรค์			
๑๖๕.	นายแพทย์พิสุทธิ์	ชื่นจงกลกุล	นายแพทย์ชำนาญการ
๑๖๖.	นายสำราญ	สิริภคมงคล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๖๗.	นายบุญนัฏ	เลาหะทองทิพย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๖๘.	นางสายรุ้ง	จันทรปราสาท	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๖๙.	นางราตรี	ทิตตเมธา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๙ พิษณุโลก			
๑๗๐.	นายวิรัช	ประวันเตา	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
๑๗๑.	นางอัมพาพรรณ	นวารัตน์	รักษาการนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
๑๗๒.	นางสาวพรสุรางค์	ราชภักดี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๗๓.	นางวรรณา	วิจิตร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๗๔.	นายวินัย	ทองชุบ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ พิษณุโลก			
๑๗๕.	นายอรรถพล	ชีพสัตยากร	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
๑๗๖.	นางเสาวนีย์	วิบุลสันติ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
๑๗๗.	นางมัทนา	แอร์แบร์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๗๘.	ดร.นารถลดา	ขันธิกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๗๙.	นางวราพันธ์	พรวิเศษศิริกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๑๘๐.	นางสาวศรีสุชา	เชาว์พร้อม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช			
๑๘๑.	แพทย์หญิงศิริลักษณ์	ไทยเจริญ	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
๑๘๒.	นางปรุงจิต	หมายดี	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
๑๘๓.	นางสาวพรทิพย์	ใจเพชร	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
๑๘๔.	นางสาวอมรรัตน์	ชุตินันทกุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๘๕.	นางอรอนงค์	เอี่ยมขำ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๘๖.	นางถวิล	หนูวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ สงขลา			
๑๘๗.	นางสาวบงกช	เชี่ยวชาญยนต์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
๑๘๘.	นางปัจฉิมา	บัวยอม	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
๑๘๙.	นายแพทย์ภูโมกข์	อัมพวา	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
๑๙๐.	นางสาวฟาอีซ๊ะ	โตะโยะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
๑๙๑.	นางฝนทิพย์	พริกชู	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
ศูนย์ฝึกอบรมกรมควบคุมโรค จังหวัดสระบุรี			
๑๙๒.	นางสาววรรณา	ศรีสัจจารักษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ลำดับที่	ชื่อ-นามสกุล		ตำแหน่ง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี			
๑๙๓.	นางสาวชลิดา	ถนอมวงษ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ			
๑๙๔.	นางบุญสวย	ชัยสถิตย์กุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่			
๑๙๕.	นางชลลิสา	จริยาเลิศศักดิ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร			
๑๙๖.	นายบุญนาค	แพงชาติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย			
๑๙๗.	นางสาวอังษณา	ยศปัญญา	หัวหน้างานควบคุมโรคติดต่อ ระบาดวิทยา และอาชีวอนามัย
คณะทำงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง			
สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ			
๑๙๘.	นางสาวนันทนา	เถื่อนสว่าง	สำนักงานคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
๑๙๙.	นางสาวอภิชญา	สมบูรณ์ศิลป์	พนักงานธุรการ ๓
๒๐๐.	นางวรรณฤดี	อุษณกุล	พนักงานธุรการ ๒
๒๐๑.	นางสาวจุฑารัตน์	อินทร์สุข	นักจัดการงานทั่วไป
๒๐๒.	นางสาวจุวรรณา	เสนีย์	นักจัดการงานทั่วไป
๒๐๓.	นางสาวพจนา	จิตร์จำนงค์	นักวิชาการสาธารณสุข
๒๐๔.	นางสาวจิตรา	บุญโพก	นักวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานเลขานุการกรม			
๒๐๕.	นางสาวจิตราภรณ์	สุวรรณเนตร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
๒๐๖.	นางสาวสุภัค	ศรีชัยภูมิ	นักจัดการงานทั่วไป
๒๐๗.	นางสาวศรีสุดา	วงศ์ศรี	เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน
๒๐๘.	นางสาวศิริรัตน์	สาตรา	เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน
๒๐๙.	นายประเสริฐ	เหลืองเจริญกุล	นักประชาสัมพันธ์ปฏิบัติการ
สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม			
๒๑๐.	นางสาวสิริณัฏฐ์	จันทร์ภาครี	พนักงานพิมพ์
ศูนย์พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ			
๒๑๑.	นางเกณิกา	สงวนสัตย์	นักวิชาการสาธารณสุข
กองแผนงาน			
๒๑๒.	นายชนาธิป	นวลแจ่ม	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน