

คู่มือประกอบการพิจารณา
ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561
หลักการ กรอบเนื้อหา และเจตนารมณ์

คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 หลักการ กรอบเนื้อหา และเจตนารมณ์

ที่ปรึกษา :

นายแพทย์สุวรรณชัย	วัฒนา ยิ่งเจริญชัย
นายแพทย์ยงยศ	ธรรมวุฒิ
นายแพทย์สุวัฒน์	วิริยพงษ์สุกิจ
นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย	มังจิตร

บรรณาธิการ :

ดร.นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ

พิมพ์ครั้งที่ 1 :

เดือนกุมภาพันธ์ 2561 จำนวน 29,000 เล่ม

รวบรวมและเผยแพร่โดย :

สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 02 590 1238 โทรสาร : 02 590 1239

Website : <http://thaip.ops.moph.go.th>

พิมพ์ที่ :

สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์

คำนิยาม

การพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ และสุขภาพของประชาชน โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นผู้ขับเคลื่อน ด้วยการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในแต่ละอำเภอ โดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง เป็นกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชน ตามแนวคิด “คนไทย ใสใจดูแลกัน” เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำ ของประชาชน นับเป็นมิติใหม่ของการปฏิรูปที่มีความเชื่อมโยง ผสมผสานการดูแลความเป็นอยู่ และการดูแลสุขภาพของประชาชน ที่สร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความเป็นอยู่ทางสังคม มีสุขภาวะทางกาย จิตที่ดี เกิดความยั่งยืนสืบไป เป็นการปฏิรูปการแก้ไขปัญหาประชาชนที่ดี ที่จะส่งผลต่อความ สุขกาย สุขใจของประชาชน

ในโอกาสนี้ ผมขอชื่นชมและขอขอบคุณผู้ร่วมคิด พัฒนา และขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตลอดจนจัดทำคู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งได้วางหลักการ กรอบเนื้อหาและเจตนารมณ์อันจะยังประโยชน์แก่ผู้เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลอันดีต่อชีวิต ความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชน จึงขอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่เกี่ยวข้องให้ความสำคัญในการดำเนินการร่วมกับนายอำเภอ ผู้แทนส่วนราชการ ภาคเอกชน ภาคประชาชน อย่างเป็นรูปธรรม โดยใช้คู่มือฉบับนี้เป็นแนวทางในการดำเนินการต่อไป พร้อมขอเป็นกำลังใจให้ทุกท่านประสบความสำเร็จและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ทุกประการ



(นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน คือต้องถึงพร้อมด้วยสุขภาวะ มีความสมดุล สมบูรณ์ ทั้งด้านกาย ใจ สังคมและปัญญา เป็นเป้าหมายหลักในการพัฒนาประเทศ ทั้งนี้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน มีความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ รวมไปถึงภาคเอกชน ภาคประชาชน โดยการสนับสนุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ ภายใต้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่มีแนวคิดการทำงาน “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางประชารัฐ” เป็นกลไกสำคัญในการจัดการกับปัญหาในระดับพื้นที่ ทั้งในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม ซึ่งคำว่า พื้นที่ในที่นี้ ระดับอำเภอ นับว่ามีความเหมาะสมในการจัดการ ไม่เล็กหรือใหญ่จนเกินไปที่จะก่อให้เกิดพลังในการพัฒนา นำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ เป็นการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการของภาครัฐอีกรูปแบบหนึ่ง

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ดำเนินการบนหลักการของภาวะการนำร่วม การบูรณาการ และการมีส่วนร่วม เป็นการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ตลอดจนการจัดสรร แบ่งปัน ทรัพยากรที่มีทั้งจากทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็น ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน เชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว ขจัดช่องว่างและความซ้ำซ้อนต่างๆ เพื่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาวะหรือคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน

ในโอกาสนี้ หวังว่า คู่มือประกอบการพิจารณาเปรียบเทียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 จะก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ และเป็นแนวทางในการจัดตั้งและดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณและเป็นกำลังใจให้ทุกท่านที่ร่วมเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนในครั้งนี้



(นายยงยศ ธรรมวุฒิ)

ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

ผู้อำนวยการสำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย



“...โครงการที่เกิดใหม่ เช่น พขอ. ที่ขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชน ต้องเน้นการประเมินผลระยะสั้น (ภายใน 1-2 ปี) ก่อนโดยผู้ปฏิบัติงาน (มตงาน) และผู้บริหารในพื้นที่ว่า :

1. **Input** ประเมินว่ามีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานที่เหมาะสมใหม่, ประเด็นที่ขับเคลื่อนเหมาะสมตรงกับสภาพปัญหาของบริษัทพื้นที่ใหม่ และเป็นที่ยอมรับร่วมกันของทุกภาคส่วนใหม่, ทรัพยากรมีความพอเพียงและเหมาะสมใหม่, ชุมชนมีความตื่นตัวและมีส่วนร่วมใหม่ เป็นต้น.

2. **Process** ประเมินว่ามีกระบวนการประชุมและการทำงานที่มีประสิทธิภาพเพียงใด, มีการร่วมคิด-ร่วมทำ-ร่วมเรียนรู้ที่ดีใหม่, ชุมชนและประชาชนมีส่วนร่วมมากน้อยเพียงใด เป็นต้น

3. **Output** ประเมินว่ามีการทำงานที่ประเด็น ในพื้นที่ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเท่าใด, มีการประชุมที่ครั้ง, มีกิจกรรมอะไร ที่ครั้ง, มีอะไรดีเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมด้านใด จำนวนเท่าใด เป็นต้น

4. **Outcomes** หากมีผลลัพธ์เกิดขึ้นเบื้องต้น ควรประเมินว่าเป็นอย่างไร เช่น ความร่วมมือและความพึงพอใจของฝ่ายต่างๆ, เอกภาพของภาคีเครือข่าย, พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนดีขึ้น, เป้าหมายที่ต้องการบรรลุได้มากน้อยเพียงใด เป็นต้น

ข้อสำคัญผู้บริหารแต่ละระดับควรรู้ว่าในแต่ละช่วงเวลาควรประเมินอะไร อย่างไร...**อย่าเอาตัวชี้วัดระยะยาวมาไล่บี้ให้พื้นที่ส่งรายงานในระยะสั้น/กลางเป็นอันขาด** ผู้บริหารควรรับรู้ผลการดำเนินการ และปัญหาอุปสรรค เพื่อหาทางสนับสนุน ช่วยเหลือ มากกว่ามุ่งเอาผลลัพธ์ในระยะยาวเป็นหลัก ควรให้อิสระและหนุนเสริมคนในพื้นที่ให้สามารถทำงานได้เต็มที่ มิเช่นนั้น คนในพื้นที่ก็จะ “ปั้นแต่งตัวเลข/ผลงาน” เพื่อเอาใจข้างบน โดยไม่ได้มีผลงานก้าวหน้าที่ถูกทิศถูกทาง อันตอโจทย์ของพื้นที่ได้จริง

เรื่อง พขอ.เป็นการปฏิรูปการทำงานใหม่ โดยเน้นการกระจายอำนาจให้ชุมชนและเอกชนมีส่วนร่วมที่แท้จริงในการจัดการกับปัญหาคุณภาพชีวิตของพื้นที่ และรัฐมีหน้าที่สนับสนุนมากกว่าการควบคุมกำกับตามหลักพื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง “ตามแนวทางประชารัฐ”

.....หากคนทำงานและผู้บริหารทุกส่วนทุกระดับไม่ตระหนักเห็นมิติใหม่ (และยิ่งใหญ่) ของงานปฏิรูปนี้ ก็จะตรองเดิมของการใช้อำนาจจากข้างบนในการไล่บี้ตัวชี้วัดที่สับสนปนเปทั้งระยะสั้น/กลาง/ยาว และสร้างความทุกข์บั่นทอนพลังคนทำงานในพื้นที่

.....ในที่สุดก็ไม่มีพลังในการตอบโจทย์ของชุมชนได้จริงอย่างที่เคยเกิดขึ้นมาในอดีต...”

รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานภาพ



ตกผลึก การเยี่ยมเสริมพลัง

“การเยี่ยม” หมายถึง ไปหา ไปถามข่าวคราวทุกข์สุขดิบ มีความผูกพันกันเหมือนพี่น้องเพื่อนฝูง

บรรยากาศของการเยี่ยมจะเรียบง่ายสบายๆ เป็นกันเอง นั่งล้อมวงจับเข้าคุยหรือยืนล้อมวงคุยกันได้ต้นไม้ใต้ถุนบ้าน ลานบ้าน ลานวัด

ไม่เป็นทางการ ไม่มีพิธีรีตอง ไม่ต้องมีป้ายต้อนรับ ไม่ต้องกล่าวรายงาน ไม่ต้องนำเสนอผลงานตามตัวชี้วัด ไม่ต้องนั่งเผชิญหน้าตรงกันข้ามกันระหว่างผู้ประเมินกับผู้ถูกประเมิน

“การเสริมพลัง” พลังนั้นมีอยู่แล้วในพื้นที่ เป็นงานของเขา เขาคิดเองทำเอง เรามีหน้าที่ไปเสริมให้เขา ไม่ใช่เอางานเราไปให้เขาทำ

ผู้เยี่ยมจะต้องเป็น “ผู้ฟัง” ฟังอย่างเปิดใจ เพื่อที่จะเรียนรู้สิ่งดีๆ ที่พื้นที่ทำและเสริมพลังให้เขาทำต่อไป การเยี่ยมเสริมพลัง เป็น “นิเทศแนวใหม่”(คนสำราญ-งานสำเร็จ)

ผู้นิเทศลงพื้นที่ “เพื่อเรียนรู้” สิ่งที่ดีพื้นที่ทำ ไม่ใช่เพื่อแลกเปลี่ยน เพราะการแลกเปลี่ยนจะเกิด “การเปรียบเทียบ” ที่โหดดี ที่นี่ดี

หรือนิเทศแบบมีข้อแม้ เงื่อนไข เช่น ทำดีอยู่แล้ว..ถ้า...?... ที่เรียกว่าลูบหลังแล้วตบหัว ล้วนทำให้พื้นที่มีปมด้อย เป็นการบั่นทอนพลัง ครับ

มีหลายหน่วยงานได้นำแนวคิด “การเยี่ยมเสริมพลัง” ไปใช้กันมากมายตามกระแส โดยไม่รู้ไม่เข้าใจแก่นแท้ของการเยี่ยมเสริมพลัง ที่ทำๆ กันจึงเป็นเพียงวาทกรรม คำหวาน คำเยินยอซึ่งขาดความจริงใจ มีเจตนาซ่อนเร้นเพื่อให้เขาทำงานให้เรา ครับ



พงษ์ศักดิ์ ฉิ่งสุวรรณโรจน์ ภาคประชาชน จังหวัดชุมพร



ภาพเล่าเรื่อง...

การเยี่ยมชมเสริมพลัง... อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย



สารบัญ

	หน้า
หลักเหตุผลและความสำคัญ	10
<i>ข้อความในระเบียบฯ</i>	10
การขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่	10
เป้าหมายของการขับเคลื่อน	12
สุขภาวะ/คุณภาพชีวิต	12
คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน	13
หลักการสำคัญ	14
ภาวะการนำร่วม	14
การบูรณาการ	15
การมีส่วนร่วม	17
คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่	21
<i>ข้อความในระเบียบฯ: การกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายฯ</i>	22
สาระสำคัญ	23
เจตนารมณ์	23
<i>ข้อความในระเบียบฯ: อำนาจหน้าที่</i>	24
สาระสำคัญ	25
เจตนารมณ์	25
คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ/เขต (พชอ./พชข.)	29
<i>ข้อความในระเบียบฯ: การกำหนดให้มี พชอ./พชข.</i>	30
<i>การกำหนดให้มี พชอ.</i>	30
สาระสำคัญ	31
<i>การกำหนดให้มี พชข.</i>	31
สาระสำคัญ	32
เจตนารมณ์ของการกำหนดให้มี พชอ./พชข.	33

	หน้า
ข้อความในระเบียบ: อำนาจหน้าที่	34
อำนาจหน้าที่ของ พชอ.	34
สาระสำคัญ	35
อำนาจหน้าที่ของ พชช.	35
สาระสำคัญ	35
เจตนารมณ์ของการกำหนดอำนาจหน้าที่ของ พชอ./พชช.	35
ข้อความในระเบียบ: สำนักงานเลขานุการของ พชอ./พชช.	37
การกำหนดให้มีและการกำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงานเลขานุการของ พชอ.	37
สาระสำคัญ	37
การกำหนดให้มีและการกำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงานเลขานุการของ พชช.	37
สาระสำคัญ	38
เจตนารมณ์ของการกำหนดให้มีและกำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงานเลขานุการของ พชอ./พชช	38
การรักษาการตามระเบียบฯ	39
ข้อความในระเบียบฯ	39
สาระสำคัญ	39
ภาคผนวก	45
ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑	46

หลักเหตุผลและความสำคัญ

ข้อความในระเบียบฯ

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทางยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

การขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่

การสัมผัส-รับรู้-และเข้าถึงสภาพปัญหา ตลอดจนทราบถึงศักยภาพที่มีของทั้งระดับรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน-และประชาชนกลุ่มต่างๆ ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ บนพื้นฐานของความใกล้ชิดประชาชนขององค์ประกอบและภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มีอยู่ภายในอำเภอ ส่งผลให้ “ความเป็นอำเภอ¹” มีศักยภาพของการเป็นตัวของตัวเอง-พึ่งตนเอง-และพึ่งพากันเอง² กอปรกับศักยภาพดังกล่าวสามารถรองรับ เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์อย่างสมดุล (ไม่เพียงแต่คล้ายตาม)³ กับการขับเคลื่อนตามแนวนโยบายหรือกิจกรรมที่ต่อเนื่องทั้งจากส่วนกลาง-เขต-หรือจังหวัด และปัจจัยต่างๆ จากภายนอก บนพื้นฐานของการตอบสนองตามความจำเป็นต่อสุขภาวะ และคุณภาพชีวิตตามความจำเป็นของแต่ละบริบท กล่าวได้ว่าเป็นศักยภาพของการสร้างสมดุลตามคุณลักษณะของ “การมีชีวิต^{4,5}” กล่าวคือ “มุ่งมั่น-ปรับตัว-ซ่อมแซม-เชื่อมต่อ-สร้างเสริม-สร้างใหม่-สร้างสมดุลในความหลากหลาย (มีธรรมชาติ

¹ “ความเป็นอำเภอ” ในที่นี้ครอบคลุมทั้ง “ความเป็นอำเภอ (District)” ในจังหวัดต่างๆ และ “ความเป็นเขต (District)” ในกรุงเทพมหานคร

² คำประกาศความสำคัญของ “ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS)” ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของ “ความเป็นอำเภอ” ขององค์การอนามัยโลก [World Health Organization (Harare Declaration 1987): Declaration on strengthening District Health Systems based on Primary Health Care: ...District Health System is more or less a “Self-contained Segment”...] โดยที่ความเป็นอำเภอ มีความแตกต่างไปจากความเป็นตำบลกล่าวคือ ภาคส่วนองค์ประกอบ และทรัพยากรต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดศักยภาพของการพึ่งพากันเอง ในระดับตำบลมีน้อยกว่าในระดับอำเภอ และมีความแตกต่างไปจากความเป็นจังหวัดกล่าวคือ ภาคส่วนและองค์ประกอบต่างๆ ที่มีอยู่ภายในระดับจังหวัด มีความใกล้ชิดประชาชนน้อยกว่าในระดับอำเภอ

³ ปฏิสัมพันธ์ที่สมดุล (ไม่เพียงแต่คล้ายตาม) นี้ มีพื้นฐานมาจากปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดความสมดุลระหว่าง การรับรู้และรองรับเพื่อการขับเคลื่อนตามแนวนโยบาย (กระบวนการจากบนลงล่าง: Top-down process) กับ ความใกล้ชิดที่สามารถรับรู้ถึงศักยภาพ-ความพร้อม-ความต้องการ-และความจำเป็นของพื้นที่ (กระบวนการจากล่างขึ้นบน: Bottom-up process)

ของความสัมพันธ์ที่มีความซับซ้อนและมีการปรับตัว) ซึ่งสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบริหารจัดการบนพื้นฐานของการมี “ภาวะการนำร่วม (Collective Leadership)”⁶ โดยการมีส่วนร่วมจาก ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ได้รับการพิสูจน์ว่ามีความสัมพันธ์กับคุณลักษณะของการมีชีวิต ดังกล่าว^{7,8,9} (ภาพที่ 1)

⁴ Elloker S, et al. (2013): Organizational capacity to function as a resilient, strategic and autonomous entity, South Africa Health 2012/2013

⁵ Aragon, AO (2010): A case for surfacing theories of change for purposeful organizational capacity development, IDS Bulletin 41(3):36-46

⁶ ภาวะการนำร่วม (Collective Leadership) เป็นองค์ประกอบสำคัญของยุทธศาสตร์ “Strengthening Governance and Accountability” ของระบบสุขภาพที่มีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง [WHO (2015): People-centred and integrated services: an overview of the evidence, WHO/HS/SDS/2015.7, World Health Organization, Geneva]

⁷ กรอบความสัมพันธ์ของ “ภาวะการนำร่วม” กับคุณลักษณะ “การมีชีวิต” ของ “ความเป็นอำเภอ” และ ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) สันเคราะห์มาจากบทเรียนจากประสบการณ์ของการร่วมคิด-ร่วมทำ-ร่วมเรียนรู้ (Participatory Interactive Learning through Actions: PILA) ใน “การจัดการเรียนเพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML)” ที่เป็นการจัดการเรียนบนพื้นฐานของการดำเนินการโครงการร่วมกันในพื้นที่ (Project based learning) ของเครือข่ายที่มีอยู่ภายในอำเภอของผู้เรียน (Learning Teams) ซึ่งมีองค์ประกอบที่มาจากทั้งภาครัฐ-ภาคเอกชน-และภาคประชาชน เชื่อมโยงกับเครือข่ายการเรียนรู้ ที่ออกแบบให้เป็นเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่าง อำเภอ และมีการเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบกับสถาบันการศึกษา (Systematic Learning Networks) ผ่านการบริหารจัดการและ ประสานงานของ ศูนย์ประสานงานและจัดการเรียน (Learning and Coordinating Centres: LCC) ทั้งนี้ในปี 2560 มีหน่วยงานหรือสถาบันที่มีประสพการณ์ของการทำหน้าที่เป็น LCCs จำนวนทั้งสิ้น 74 แห่ง หมายเหตุ DHML เริ่มต้นอย่างเป็นทางการและมีพัฒนาการมาตั้งแต่ปี 2557 บนพื้นฐานของการจัดการเรียนตามคุณลักษณะของ “การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็น ฐาน (Context Based Learning: CBL)” ซึ่งเริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการและมีพัฒนาการที่ต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2550 [Pongsupap Y, Archananuparp S, Boonyapaisarncharoen T, Phanumaswivat S, and Martiny P (2017): Context Based Learning (CBL) in Thailand for health system integration and better people-centredness, Prince Mahidol Award Conference (PMAC), Bangkok]

⁸ ภาวะการนำร่วม เป็นทั้งผลผลิตและเป็นกลไกสำคัญของการทำให้เกิดปรากฏการณ์ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” [สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย (2560): รายงานการสังเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเพื่อขับเคลื่อนและเติมเต็ม (Implementation Research) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board) การดำเนินการใน 73 พื้นที่ สู่การขยายผลเป็น 200 พื้นที่ ภายใต้การลงนามความร่วมมือ (MOU) ระหว่าง กระทรวงมหาดไทย-กระทรวง สาธารณสุข-สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ-สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, ในเอกสารรายงานส่ง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

⁹ คุณลักษณะของ “การมีชีวิต” ของความเป็นอำเภอ มีความสัมพันธ์กับ **ภูมิปัญญาธรรมชาติ (Collective Wisdom)** ซึ่งเป็นผล สืบเนื่องที่สำคัญของการมี **ภาวะการนำร่วม (Collective Leadership)** การบูรณาการ (Integration) และการมีส่วนร่วม (**Participation**) [Landemore H. and Elster J. (Editors: 2012): Collective Wisdom: Principles and Mechanisms, Cambridge University Press, New York, available at: https://www.researchgate.net/publication/288569071_Collective_wisdom_Old_and_new]

ภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ของ “ภาวะการนำร่วม” ที่ส่งผลต่อคุณลักษณะการมีชีวิต
ของความเป็นอำเภอ



เป้าหมายของการขับเคลื่อน

สุงภาวะ/คุณภาพชีวิต

สุงภาวะ ทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง “สุงภาวะ¹⁰” ทั้งทางกาย-ใจ-สังคม-สิ่งแวดล้อม-ความเชื่อ/ศรัทธา/ปัญญา มีความอิสระเป็นตัวของตัวเองทางสุขภาพ-สามารถพึ่งตนเอง-ดูแลตนเอง มีความรู้-ความฉลาด-และตื่นรู้ทางสุขภาพ บนพื้นฐานของการ “อยู่กับปัจจุบันได้ดี (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ และผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลในระยะยาว ให้ความสำคัญกับการอยู่กับปัจจุบันโดยเฉพาะอย่างยิ่งที่บ้าน-ในครอบครัว-และในชุมชนได้ดี)” ทำให้มี “คุณภาพชีวิตที่ดี¹¹” ทั้งนี้ในกรณีที่มี “ทุกขภาวะ¹²” ที่เกินกว่าศักยภาพของการพึ่งและดูแลตนเอง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและการให้การดูแล ผ่านการมีวัฒนธรรมและการบริหารจัดการตามคุณลักษณะ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน”

¹⁰ สุงภาวะ (Well-being): ในทางปฏิบัติให้ความสำคัญกับความสมบูรณ์-ความสมดุล-และความเป็นพลวัต ขององค์ประกอบของสุงภาวะทั้ง 4 มิติ กล่าวคือ ร่างกาย-จิตใจ-สังคม-และปัญญา ตามความหมายที่บัญญัติไว้ใน พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 “สุขภาพ หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และ ทางสังคม เชื่อมโยงกัน เป็นองค์รวมอย่างสมดุล” “ปัญญา หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อเอื้อแก่”

คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน

คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน หมายถึง ทรัพยากรที่มี และ/หรือ ที่มีการรวบรวมจากการแบ่งปัน-เอื้ออาทรต่อกัน-ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ผ่านกระบวนการต่างๆ ทั้งนี้นอกจากระบบรัฐสวัสดิการ ระบบประกันสุขภาพ และกลไกต่างๆ ในภาครัฐแล้ว ยังจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความรู้สึกที่มีเยื่อใย-เห็นอกเห็นใจ-และไม่ทอดทิ้งกัน มีการบริหารจัดการ-จัดสรร-แบ่งปันทรัพยากรที่มี จากทั้งภาครัฐ-ภาคเอกชน-และภาคประชาชน อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน ส่งผลให้ประชาชนทุกคน สามารถเข้าถึงและได้รับบริการและการดูแล ทั้งทางด้านสุขภาพและทางสังคมที่มี “คุณภาพ (องค์รวม-ต่อเนื่อง-ผสมผสาน-มีประสิทธิภาพ-และมีความปลอดภัย)¹³” ตามความจำเป็น ผ่านกลไกการเชื่อมและยึดโยงอย่างเป็นระบบ ระหว่างระบบในภาพรวมของทั้งประเทศและในระดับอำเภอ กับประชาชนทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ร่วมในระดับนานาชาติ ตามคุณลักษณะของ “การมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง¹⁴”

¹¹ **คุณภาพชีวิตที่ดี (Good Quality of Life)** ในทางปฏิบัติให้ความสำคัญกับ “การมีความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)” และ “ความรู้สึกสบายดี (Subjective Well-being)” ของรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน-ตำบล-และภาพรวมของทั้งอำเภอ จากการสัมผัส-รับรู้-และเข้าถึง ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ของการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ภายในอำเภอ เป็นการดำเนินการพร้อมไปกับการพัฒนาเชิงวิชาการเพื่อการวัด (Measurement) คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ทั้งเชิงภววิสัย (Objective Well-being) ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจและสิ่งอำนวยความสะดวก รวมถึงตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมต่างๆ และเชิงอัตวิสัย (Subjective Well-being) ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดความพึงพอใจ ความรู้สึก ทศนคติ ของทั้งระดับรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน-ตำบล-และภาพรวมของทั้งอำเภอ [Costanza, R.; et al. (2008): An Integrative Approach to Quality of Life Measurement, Research, and Policy”, S.A.P.I.EN.S. 1 (1)]

¹² **ทุกข์ภาวะ (Suffering):** ในทางปฏิบัติให้ความสำคัญกับการมีกลไกพื้นฐานเพื่อรองรับธรรมชาติของความสัมพันธ์ที่มีความเป็นพลวัตระหว่าง “สุขภาวะ (Well-being)” และ “ทุกข์ภาวะ (Suffering)” ทั้งในระดับรายบุคคลในบริบทของครอบครัวในระดับครอบครัวในบริบทของชุมชน และในระดับชุมชนในบริบทของภาพรวมของความเป็นอำเภอ

¹³ WHO (2008): Primary Health Care: now more than ever, World Health Report, WHO, Geneva

¹⁴ ยุทธศาสตร์ร่วมในระดับนานาชาติของการทำให้ระบบมีคุณลักษณะของการมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วย (The five strategic directions): 1) Empowering and engaging people; 2) Strengthening governance and accountability; 3) Reorienting the model of care; 4) Coordinating services; 5) Creating an enabling environment [WHO (2015): WHO global strategy on people-centred and integrated services, WHO/HS/SDS/2015.6, World Health Organization, Geneva, approved by World Health Assembly (WHA) on 28/5/2016, available at <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>]

หลักการสำคัญ

ภาวะการนำร่วม

ภาวะการนำร่วม (Collective leadership) หมายถึง ภาวะการนำที่ให้ความสำคัญกับการเชื่อมโยงและการทำให้เกิดเป็นความร่วมมือขององค์กรประกอบและภาคส่วนต่างๆ สร้างพื้นที่ของการมีส่วนร่วม ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมและการขับเคลื่อนเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง-มีพลัง-และมีความยั่งยืน ด้วยเป้าหมายของการทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรม¹⁵ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” “คนไทยใส่ใจดูแลกัน (Thailand Caring Society)” ทั้งนี้องค์ประกอบของสมรรถนะที่ส่งผลให้เกิดเป็นภาวะการนำร่วม¹⁶ ที่สำคัญประกอบด้วย

- **การควบคุมตนเอง** หมายถึง ความสามารถในการระลึกและรู้เท่าทันการรับรู้และอารมณ์ของตนเอง และควบคุมได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับความเครียดหรือภาวะที่เกิดความกดดันทางอารมณ์อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การมีพฤติกรรมการตอบโต้ที่สงบ-สร้างสรรค์ แม้จะถูกยั่ว สามารถแก้ไขสถานการณ์โดยไม่เกิดความรุนแรงทางอารมณ์ รวมถึงการควบคุมตนเองมีผลให้ผู้อื่นสามารถสงบลงได้ เป็นต้น
- **การให้คุณค่า** หมายถึง ความสามารถในการรับรู้-เข้าใจ-และไม่ปฏิเสธ การรับรู้-ความเชื่อ-ที่นำไปสู่การให้ความสำคัญและการเห็นถึงคุณค่าหรือค่านิยม ซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างกันของสมาชิกและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตภายในอำเภอ เช่น การเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับ **การไม่ทอดทิ้งกัน** ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ ความโปร่งใสตรวจสอบได้ เป็นต้น เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ บนพื้นฐานของการประนีประนอม และพัฒนาเป็น “คุณค่าร่วม” เพื่อพัฒนาให้ “ความเป็นอำเภอ” มีคุณลักษณะตามคุณค่าร่วมดังกล่าวร่วมกัน

¹⁵ **ทุกปฏิสัมพันธ์**ที่เป็นการดำเนินการผ่าน “การมีภาวะการนำร่วม” บนพื้นฐานของการสร้างและการมี “คุณค่าร่วม” ส่งผลและมีอิทธิพลต่อการดำเนินกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องและเกิดเป็น “วัฒนธรรม” ตามการมีคุณค่าร่วมดังกล่าว [Michael A, et al. (2014) Collective leadership for cultures of high quality care”, Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance, Vol 13: 240-260, available at <https://doi.org/10.1108/JOEPP-07-2014-0039>]

¹⁶ สมรรถนะที่ส่งผลให้เกิดภาวะการนำร่วม หมายถึง สมรรถนะที่ได้รับการพัฒนาและมีพัฒนาการที่ต่อเนื่อง จากการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ รวมถึงการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ภายในอำเภอ ทั้งนี้ในกระบวนการของการจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) เรียกสมรรถนะในลักษณะนี้ว่า “สมรรถนะเงา (Shadow competencies)” เนื่องจากเป็นสมรรถนะที่นอกจากมีพัฒนาการที่ต่อเนื่องแล้ว ยังเป็นสมรรถนะที่มีคุณลักษณะของการติดอยู่กับตัว เหมือนเป็นเงาตามตัวของภาวะการนำของการขับเคลื่อน “ความเป็นอำเภอ” [Pongsupap Y, Archananuparp S, Boonyapaisarncharoen T, Srimuang P, Ngamkham S, Tiptiangtae Ch, Promsaka na sakolnakorn P, and Martiny P (2016): District Health System Management Learning (DHML): A big leap forward to people-centred District Health System in Thailand, Journal of Public Health and Development, Vol 14 (3): 3-12]

- **ความสัมพันธ์** หมายถึง ความสามารถในการสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วม การได้รับความร่วมมือ ทั้งนี้การสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ควรอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้และเข้าใจความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ภายในอำเภอ เพื่อพัฒนาให้เกิดเป็นฐานร่วม ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการแก้ปัญหาพร้อมไปกับการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขับเคลื่อน หรือการแก้ปัญหาที่มีองค์ประกอบของความยากเชิงสังคม
- **การสื่อสาร** หมายถึงความสามารถในการรับฟัง รับข้อมูล พูด ส่งข้อมูล พูดคุย ติดต่อสื่อสาร ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ กับสมาชิกที่มีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างภายในอำเภอ ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิต ทั้งนี้รวมถึงความสามารถในการสื่อสารเพื่อติดต่อประสานงาน หรือเจรจากับผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่มีการแก้ปัญหาหรือการดำเนินการเพื่อพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิต ที่มีองค์ประกอบของความยากเชิงวิชาการ และมีจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน
- **การนำการเปลี่ยนแปลง** หมายถึง ความสามารถในการกระตุ้นหรือผลักดันการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้คุณลักษณะของ “ความเป็นอำเภอ” มีพัฒนาการที่เข้าใกล้และเป็นไปตามคุณลักษณะพึงประสงค์ ตามเป้าหมายของการขับเคลื่อนจากการมี “วิสัยทัศน์ร่วม” หรือ “คุณค่าร่วม” ในระดับอำเภอร่วมกัน เช่น “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” บนพื้นฐานของการรับรู้ และสัมผัสได้ถึงแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง เช่น ความเคยชิน ความกลัวต่อความไม่แน่นอนของการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น และสามารถโน้มน้าว สร้างขวัญกำลังใจ ในการทำให้ในที่สุดการเปลี่ยนแปลงสามารถเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่น
- **อำนาจ** หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ และใช้อำนาจ ทั้งอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือสายบังคับบัญชา (Authority) และพลังอำนาจ (Power) ที่มีของตนเองและองค์ประกอบต่างๆ ภายในอำเภอ ที่มีส่วนช่วยเสริมหรือเพิ่มพลังการขับเคลื่อนเพื่อการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิต พร้อมกับตระหนักถึงผลกระทบของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของอำนาจต่างๆ เหล่านี้ บนพื้นฐานของการทำให้ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมต่างๆ มีการดำเนินการไปด้วยกัน หรือมีการดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน

การบูรณาการ

การบูรณาการ (Integration) หมายถึง การเชื่อมโยงเป็นหนึ่งเดียว บนพื้นฐานของการลดช่องว่างลดความซ้ำซ้อน ของการดำเนินการและการขับเคลื่อนต่างๆ เพื่อการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตขององค์ประกอบและภาคส่วนต่างๆ ที่มีอยู่ภายในอำเภอ จนกระทั่งทำให้ช่องว่างและความซ้ำซ้อนของการดำเนินกิจกรรมและการขับเคลื่อนต่างๆ ดังกล่าวหมดไป

อนึ่ง การบูรณาการให้ผลที่มากกว่า การนำผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินการโดยองค์ประกอบและภาคส่วนต่างๆ (ในกรณีที่ไม่มีการบูรณาการ) มารวมกัน และมากกว่าการดำเนินการในลักษณะเพียงเพื่อให้ความสอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Alignment)¹⁷

การบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะที่ส่งผลต่อกันดังนี้

- การบูรณาการเชิงบริหารจัดการ (Managerial Integration) หมายถึง การบริหารจัดการที่ทำให้ช่องว่าง และความซ้ำซ้อน ของการใช้ทรัพยากร ที่มาจากภาคส่วนและองค์ประกอบต่างๆ หมดไป มีความเป็นหนึ่งเดียว ทำให้ทรัพยากรที่มีอยู่ถูกนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการบรรลุเป้าหมาย ผ่านการบูรณาการเชิงปฏิบัติการ (Operational Integration) ในลักษณะที่ทำให้การดำเนินการที่มีการเชื่อมโยงในทางปฏิบัติ เป็นการดำเนินการที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน และสามารถดำเนินการได้อย่างเต็มศักยภาพ
- การบูรณาการเชิงปฏิบัติการ (Operational Integration) หมายถึง การดำเนินการที่มีการเชื่อมโยงเป็นทีม/ภาคีเครือข่ายทั้งแนวนราบ¹⁸/แนวตั้ง¹⁹ (Matrix Teams/Links/Networks)²⁰ โดยไม่มีช่องว่างและไม่มีซ้ำซ้อน ตลอดจนมีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชน ส่งผลให้เกิดการบูรณาการระหว่าง การดูแลและให้บริการทางสุขภาพ-การดูแลและให้บริการทางสังคม-การลดภาวะคุกคามและความเสี่ยงทางสุขภาพและสุขภาวะ-ตลอดจนกิจกรรมการสร้างและส่งเสริมสุขภาพและสุขภาวะต่างๆ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้การดูแลและให้บริการร่วมกันเป็นทีมและเป็นภาคีเครือข่ายของวิชาชีพต่างๆ เป็นการให้การดูแลและให้บริการร่วมกับจิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขสมาชิกในชุมชน และสมาชิกในครอบครัว บนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับคุณค่าและศักยภาพของรายบุคคลในบริบทของครอบครัว-คุณค่าและศักยภาพของครอบครัวในบริบทของชุมชน-และคุณค่าและศักยภาพของชุมชนในบริบทของความเป็นอำเภอ

¹⁷ การดำเนินการที่สอดคล้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน (Alignment) เป็นองค์ประกอบสำคัญของการบูรณาการ (Integration) [Suter E., et al (2010): Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration Health Care Quality (13): 16–23. PMID: PMC3004930]

¹⁸ การเชื่อมโยงเป็นทีม/เครือข่ายในแนวนราบ (Horizontal Teams/Networks) หมายถึง การเชื่อมโยงเป็นทีม/เครือข่าย ทั้งภายในและระหว่างหน่วยงาน/สถานบริการ ที่อยู่ในระดับเดียวกัน (Intra-level: ระดับอำเภอ-ระดับตำบล-ระดับชุมชน-ระดับครอบครัว)

¹⁹ การเชื่อมโยงเป็นทีม/เครือข่ายในแนวตั้ง (Vertical Teams/Networks) หมายถึงการเชื่อมโยงเป็นทีม/เครือข่าย ที่เป็นการเชื่อมโยงระหว่างระดับ (Inter-level) เป็นการเชื่อมจากระดับอำเภอ-ตำบล-ชุมชน-ครอบครัว-เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ไปถึงรายบุคคล

²⁰ การเชื่อมโยงเป็นทีม/ภาคีเครือข่ายทั้งแนวนราบ/แนวตั้ง (Matrix Teams/Links/Networks) หมายถึง การเชื่อมโยงเป็นทีม และภาคีเครือข่าย ที่มีองค์ประกอบของการเชื่อมโยง ทั้งภายในระดับเดียวกันและการเชื่อมโยงระหว่างระดับ ทำให้ความสัมพันธ์และการเชื่อมโยงเป็นทีม/ภาคีเครือข่าย มีองค์ประกอบของทั้งแนวนราบ-แนวตั้ง-และแนวทแยงมุม (Horizontal/Vertical/Diagonal Relationships)

การมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วม (Participation) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ การดำเนินกิจกรรม และการดำเนินการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินการตามแผน การควบคุมกำกับ และการประเมินผล ที่มีองค์ประกอบของ

- การพูดคุยแลกเปลี่ยน (Dialogue) ทั้งอย่างเป็นทางการ (เช่น การพูดคุยแลกเปลี่ยนในขณะทำหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ การทำประชาคม การประชุมในคณะกรรมการฯ อนุกรรมการฯ การประชุมที่มีการจัดอย่างสม่ำเสมอหรือที่มีการจัดการอย่างเป็นทางการ เป็นต้น) และไม่เป็นทางการ (เช่น ในขณะดำเนินกิจกรรมประจำวัน กิจกรรมงานบุญ กิจกรรมในเทศกาลต่างๆ เป็นต้น) ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตำบล องค์ประกอบและภาคส่วนต่างๆ บนพื้นฐานของการเปิดรับ หลักเหตุผลและตรรกะ (Logics) ที่เหมือนและแตกต่าง ซึ่งเป็นพื้นฐานของการทำให้เกิดความรู้สึกถึงการเข้ามาเป็นส่วนหนึ่ง (Engagement) การเป็นหุ้นส่วน (Partnership) และการมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ (Ownership) ส่งผลให้เกิดเป็นฐานร่วม (Common Ground) เพื่อการขับเคลื่อนในประเด็นที่มีความจำเป็นต้องมีการขับเคลื่อน
- การตัดสินใจร่วมกัน (Common Decision) หมายถึง การตัดสินใจบนพื้นฐานของการให้ความสำคัญกับการทำให้เห็นถึงทางเลือก และเปิดโอกาสให้มีการร่วมกันเลือก ส่งผลให้การตัดสินใจดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานของการมีความเห็นร่วม (Common/Mutual Agreement) ที่มีองค์ประกอบของความเข้าใจที่ตรงกัน (Common Understanding) บนพื้นฐานของการมีหลักเหตุผลหรือตรรกะที่ไม่แตกต่างหรืออยู่ในแนวทางเดียวกัน และมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน (Mutual Understanding) บนพื้นฐานของการมีหลักเหตุผลหรือตรรกะที่ถึงแม้จะมีความแตกต่างหรือไม่อยู่ในแนวทางเดียวกัน เป็นองค์ประกอบสำคัญ
- การดำเนินการตามที่มีการตัดสินใจร่วมกัน (Decision Implementation) เป็นองค์ประกอบที่ทั้งสะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จของกระบวนการของการมีส่วนร่วม และช่วยกระตุ้นให้กระบวนการมีส่วนร่วมมีพัฒนาการ-เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง-และมีความเป็นระบบ กล่าวคือเป็นองค์ประกอบที่ทำให้เห็นถึง “ปรากฏการณ์” เช่น ปรากฏการณ์ของคนอำเภอดีด้วยกันไม่ทอดทิ้งกัน นอกจากช่วยเพิ่มระดับของความเข้าใจ-ความเห็นอกเห็นใจ-และความพร้อมของการร่วมให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันแล้ว ยังทำให้เห็นถึงการเสริมซึ่งกันและกันของความเชี่ยวชาญที่แตกต่างกัน (Different Expertise)²¹ เป็นการมีส่วนร่วมที่สะท้อนศักยภาพของการร่วมดูแลและร่วมรับผิดชอบ (Sharing Responsibility) พร้อมไปกับการมีส่วนร่วมบริหารจัดการในการทำให้เกิดการพึ่งพาตนเอง (Self-Management) ส่งผลต่อการเพิ่มศักยภาพ (Empowerment) ที่ทำให้เห็นถึงทางเลือก-ทางออก-และการเพิ่มความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) เป็นกลไกสำคัญของการทำให้เกิดการพึ่งตนเอง (Self-Reliance) และดูแลตนเอง (Self-Care) ตามกระบวนการของการมีส่วนร่วมที่มีความสมบูรณ์ (Full Participation)²²

อนึ่ง การมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ ในจังหวัดต่างๆ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับเขต ในกรุงเทพมหานคร ที่มีองค์ประกอบที่เป็นตัวแทนจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นเงื่อนไขพื้นฐานที่สำคัญ ในการทำให้การมีส่วนร่วมเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ มีพัฒนาการที่ต่อเนื่อง และมีความยั่งยืน²³

²¹ ความเชี่ยวชาญที่แตกต่าง (**Different Expertise**): มีพื้นฐานมาจากความแตกต่างของความเชี่ยวชาญใน 3 ลักษณะ กล่าวคือ 1) **Expert in Knowing** หมายถึง ผู้ที่กำลังเผชิญและกำลังรับรู้ถึงสุขภาวะ/ทุกข์ภาวะ; 2) **Expert in Tacit Knowledge** หมายถึง ผู้ที่ผ่านประสบการณ์ของการมีสุขภาวะ/ทุกข์ภาวะ ในประเด็นที่มีผู้ที่กำลังเผชิญดังกล่าว; 3) **Expert in Explicit Knowledge** หมายถึง ผู้ที่ผ่านการเรียนรู้จากองค์ความรู้ที่มีความชัดเจน เช่น ผู้ให้บริการ/ให้การดูแลในวิชาชีพต่างๆ โดยที่ The meeting of different experts มีผลต่อการทำให้ “Expert in Knowing” เห็นถึงทางเลือก และทางออก ตามความจำเป็นของบริบทและสถานการณ์ [Health and Social Care Alliance (2016): Scotland’s House of Care, Learning Report, developing a compelling narrative, the Scottish Government, Glasgow]

²² ความสำคัญและความสมบูรณ์ของ “การมีส่วนร่วม (Participation)” ในการประกาศความสำคัญของ Primary Health Care (PHC) โดยองค์การอนามัยโลก (Alma-Ata Declaration: WHO 1978): PHC is essential care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their **Full Participation** and at cost that the community can afford to maintain at every stage in a spirit of **self-reliance and self-determination**.

²³ **Degree of Power Sharing** มีความสำคัญต่อการทำให้เกิดการมีส่วนร่วม (Participation) อย่างเป็นระบบและมีความยั่งยืน [George S, et al. (2015) Community Participation in Health Systems Research: A Systematic Review Assessing the State of Research, the Nature of Interventions Involved and the Features of Engagement with Communities. PLOS ONE 10 (10): e0141091 available at <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141091>]

ภาพเล่าเรื่อง...

วัฒนธรรมสร้างสุข...อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน

*การสืบสานวัฒนธรรมความร่วมมือ ความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของทุกภาคส่วน
ก่อให้เกิดความเข้มแข็งและพลังในการพัฒนาอย่างยั่งยืน*



ที่มา : 
กรมส่งเสริมวัฒนธรรม
จังหวัดลำพูน

ภาพเล่าเรื่อง...

เมืองสร้างสุข...อำเภอปัว จังหวัดน่าน

*เมืองต้นน้ำ ที่เปลี่ยนความขัดแย้งในอดีต และปัญหาในพื้นที่ มาเป็นความรัก
ความสามัคคี นำสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนทุกกลุ่มวัย*



คณะกรรมการ
นโยบายพัฒนา
คุณภาพชีวิต
ระดับพื้นที่

ข้อความในระเบียบฯ: การกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายฯ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ (๖) และ (๘) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี จึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรมหาชน และหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้หมายความรวมถึงกำนันผู้ใหญ่บ้านด้วย

“พื้นที่” หมายความว่า อำเภอ หรือเขตในกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี

ข้อ ๔ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาประกอบด้วย

(๑) ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ

(๒) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ

(๓) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

(๔) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสามคน ซึ่งคณะกรรมการแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ความสามารถด้านการพัฒนาสังคม และด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ

ให้ปลัดกระทรวงมหาดไทยแต่งตั้งผู้ช่วยเลขานุการ จำนวนสองคน โดยมาจากข้าราชการในกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข อย่างละหนึ่งคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

ให้สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ รับผิดชอบในงานเลขานุการของคณะกรรมการ และประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการ ตลอดจนปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

สาระสำคัญ

กำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ซึ่งมีปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ และปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ ผู้บริหารระดับสูงจากกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ผู้บริหารกองทุนต่างๆ และผู้ทรงคุณวุฒิเป็นกรรมการ โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ

เจตนากรม

วัตถุประสงค์ของการกำหนดให้มี “คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” คือ การทำให้มีกลไกในภาครัฐจากส่วนกลาง ทำหน้าที่ให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนตามคุณลักษณะจำเพาะของ “ความเป็นอำเภอ (District)” ในจังหวัดต่างๆ และ “ความเป็นเขต (District)” ในกรุงเทพมหานคร เพื่อการบรรลุเป้าหมาย “สุขภาวะ/คุณภาพชีวิต” และ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน” บนพื้นฐานของการส่งเสริมให้มี “ภาวะการนำร่วม (Collective Leadership)” “การบูรณาการ (Integration)” และ “การมีส่วนร่วม (Participation)” ในพื้นที่

กระบวนการขับเคลื่อนเพื่อการบรรลุเป้าหมายดังกล่าวมี “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ (พชอ.)” ในจังหวัดต่างๆ และ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับเขต (พชข.)” ในกรุงเทพมหานคร เป็นกลไกสำคัญ โดยมีพื้นฐานมาจากกระบวนการที่สามารถแบ่งในภาพรวมได้เป็น 2 ลักษณะกล่าวคือ

- กระบวนการจากส่วนกลาง สู่คณะกรรมการ พชอ./พชข. (Top-down process) และ
- กระบวนการจากรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน สู่คณะกรรมการ พชอ./พชข. (Bottom-up process)

การกำหนดให้มี คณะกรรมการนโยบายฯ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการจากส่วนกลาง มีบทเรียนจากประสบการณ์และพัฒนาการที่ต่อเนื่องจาก การลงนามการบันทึกความร่วมมือ (Memorandum of Understanding: MOU) ระหว่างกระทรวงมหาดไทย – กระทรวงสาธารณสุข – สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ – และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ²⁴ ทั้งนี้การกำหนดองค์ประกอบต่างๆ ของคณะกรรมการนโยบายฯ อยู่บนพื้นฐานของหลักเหตุผลที่สำคัญ 2 ประการ กล่าวคือ

²⁴ เป็นการลงนาม (30 มี.ค. 2559) เพื่อส่งเสริมและให้การสนับสนุนการพัฒนา “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB)” ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความชัดเจนว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องและให้ความสำคัญกับทุกภาคส่วน จึงเป็นที่มาของการกำหนดชื่อโดยมีกรอบกฎหมายรองรับ ภายใต้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่า

- ฐานของพัฒนาการของการให้การสนับสนุนในระดับนโยบาย จากการดำเนินการร่วมกัน ผ่านการลงนามการบันทึกความร่วมมือ
- การมีองค์ประกอบที่ความครอบคลุมองค์ประกอบต่างๆ ตามความจำเป็น และมีจำนวนไม่มากเกินไป เพื่อให้การสนับสนุนและส่งเสริม ภาวะการนำร่วม – การบูรณาการ – และการมีส่วนร่วมในพื้นที่ สามารถดำเนินการในระดับนโยบายได้อย่างมีความคล่องตัว

ข้อความในระเบียบฯ: อำนาจหน้าที่

ข้อ ๕ ให้คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ โดยมุ่งหมายให้มีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากรและภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น

(๒) ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนชุมชนในพื้นที่ เพื่อให้มีเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่ โดยให้ยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

(๓) ส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานของ พชอ. และ พชข. เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดใน (๑) และเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (๒)

(๔) ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่ พชอ. หรือ พชข. หรือหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางที่กำหนดใน (๑) หรือเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (๒)

(๕) เสนอแนะแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขเพิ่มเติมหรือปรับปรุงกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

(๖) กำกับดูแลและติดตามผลการดำเนินการของ พชอ. และ พชข. เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดใน (๑) และเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (๒)

(๗) ปฏิบัติงานอื่นใดตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ เพื่อปฏิบัติงานตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้

ข้อ ๖ การประชุมคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

“คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)” สำหรับการดำเนินการในจังหวัดต่างๆ และ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.)” สำหรับการดำเนินการในกรุงเทพมหานคร อย่างไรก็ตามในกรณีที่เป็นการใช้ภาษาอังกฤษโดยทั่วไป ยังคงเรียกคณะกรรมการฯ ชุดนี้ว่า “District Health Board (DHB)” ทั้งในจังหวัดต่างๆ และในกรุงเทพมหานคร

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ในกรณีที่ประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการและรองประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นที่ยุติ

สาระสำคัญ

คณะกรรมการนโยบายฯ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและทิศทางการพัฒนา ให้การสนับสนุน แก้ไขปัญหา กำกับดูแลและติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในจังหวัดต่างๆ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชข.) ในกรุงเทพมหานคร

เจตนาสมณ์

เจตนาสมณ์สำคัญของการกำหนดอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการนโยบายฯ คือ การทำให้ประชาชนได้ประโยชน์สูงสุดจากทั้งกระบวนการ “Top-down และ Bottom-up Processes” กล่าวคือ การกำหนดนโยบาย โดยคณะกรรมการนโยบายฯ นอกจากทำให้ทิศทางในภาพรวมของการพัฒนาในระดับประเทศมีความชัดเจนแล้ว ยังมีเจตนาสมณ์ของการทำให้ “กระบวนการที่มีการส่งผ่านจากส่วนกลางลงสู่อำเภอ/เขต (Top-down process)” สามารถให้การสนับสนุนและช่วยแก้ปัญหาการดำเนินงาน ของ พชอ./ พชข. พร้อมไปกับส่งเสริมสนับสนุนให้เห็นถึงความสำคัญของ “กระบวนการของการเข้าถึง-รับรู้-สัมผัส ‘สุขภาวะ’ และ ‘ทุกขภาวะ’ ตลอดจนความเข้าใจ-เห็นอกเห็นใจ-และร่วมแบ่งปันทรัพยากร จากทั้งระดับรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน-ตำบล/แขวง ขึ้นมาสู่ระดับอำเภอ/เขต (Bottom-up process)”

ดังนั้น ความสัมพันธ์ตามอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการนโยบายฯ ที่มีต่อคณะกรรมการ พชอ./พชข. จึงมีความแตกต่างไปจากความสัมพันธ์ในลักษณะของ “สายบังคับบัญชา” ที่เป็นความสัมพันธ์ตามคุณลักษณะของระบบราชการทั่วไป กล่าวคือ

- นโยบายและทิศทางของการพัฒนา ที่กำหนดโดยคณะกรรมการนโยบายฯ เป็นปัจจัยนำเข้า (Inputs) สำคัญ โดย พชอ./พชข. สามารถดำเนินการผ่านการร่วมกันพิจารณา ด้วยการเรียงลำดับความสำคัญ ในการทำให้กระบวนการ “Top-down และ Bottom-up Processes” สามารถดำเนินการไปด้วยกัน และส่งเสริมซึ่งกันและกัน ตามความจำเป็นและความจำเพาะของบริบทของแต่ละอำเภอ/เขต เพื่อการบรรลุเป้าหมาย “สุขภาวะ/คุณภาพชีวิต” และ “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน”
- การสนับสนุนและแก้ปัญหาการดำเนินงาน พชอ./พชข. โดยคณะกรรมการนโยบายฯ อยู่บนพื้นฐานของ
 - การสนับสนุน-แก้ปัญหา-และลดอุปสรรคของการ “การบูรณาการ” ทั้งการบูรณาการด้านการบริหารจัดการ และการบูรณาการเชิงปฏิบัติการ ในระดับอำเภอ/เขต โดยพิจารณาดำเนินการ และประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในส่วนกลาง ในการทำให้ข้อกำหนด กฎ ระเบียบ มีความยืดหยุ่น เพื่อเอื้อต่อการบูรณาการ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคส่วนและองค์กรประกอบต่างๆ ภายในอำเภอ/เขต
 - การสนับสนุนและส่งเสริมการเพิ่มสมรรถนะ “การมีภาวะการนำร่วม” ของ พชอ. และ พชข. เช่น การฝึกอบรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาดูงาน ตลอดจนการจัดให้มีกระบวนการเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาสุขภาวะ/คุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ/เขต โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง

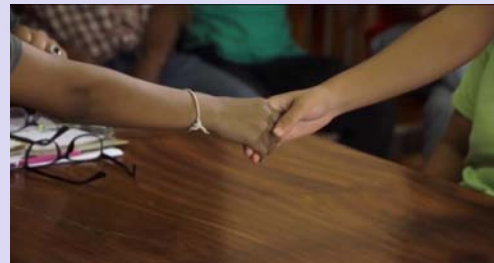
- การสนับสนุนและส่งเสริมการวิจัย เช่น การวิจัยเพื่อขับเคลื่อน-พัฒนา-และเติมเต็ม (Implementation Research) การประเมินผลเพื่อการพัฒนา (Developmental Evaluation) เพื่อกระตุ้นและหนุนเสริมการดำเนินงานต่างๆ ที่ส่งผลต่อพัฒนาการและการดำเนินการของ พขอ./พช. ทั้งตามความจำเป็นในบริบทของพื้นที่ และในภาพรวมของทั้งประเทศ
- การกำกับ ดูแล และติดตามการดำเนินงาน ให้ความสำคัญกับ
 - การมีประเด็นและมีกิจกรรมการดำเนินการ เพื่อการขับเคลื่อนสู่เป้าหมาย “สุขภาวะ/คุณภาพชีวิต” และการเกิดเป็นวัฒนธรรม “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” ของ พขอ./พช. โดยส่งเสริมให้มีกระบวนการ ที่ช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดำเนินการ เช่น การวิเคราะห์ปัญหา-การวิเคราะห์สถานการณ์-การเลือกประเด็นเพื่อขับเคลื่อน-การดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม (เกิดความสมดุลระหว่างกระบวนการ Bottom-up และ Top-down Processes) ตลอดจนการมีแผนยุทธศาสตร์-การบูรณาการแผนต่างๆ และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้ความสำคัญกับการดำเนินกิจกรรมที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์กับประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม
 - กระบวนการทำงานของ พขอ./พช. ที่สำคัญประกอบด้วย
 - การประชุมของคณะกรรมการฯ เช่น การเตรียมประชุมโดยเลขาฯ การเข้าร่วมประชุมของคณะกรรมการที่เป็นตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ การนำประชุมโดยประธาน บรรยาการของการมีส่วนร่วม ตลอดจนความสม่ำเสมอของการจัดให้มีการประชุม เป็นต้น
 - การขับเคลื่อนงาน เช่น การทำประชาคม การลงพื้นที่ของคณะกรรมการฯ การดำเนินการร่วมกับภาคีเครือข่าย การมีคณะอนุกรรมการหรือทีมงานรับผิดชอบการดำเนินการหรือการขับเคลื่อนบางประเด็นที่มีความจำเพาะ การสร้างและพัฒนาให้เกิดเป็นทีมและภาคีเครือข่ายเพื่อให้การดูแลทางสุขภาพและทางสังคม เป็นต้น
 - การรับรู้ถึงประโยชน์ที่ประชาชนได้รับจากกระบวนการทำงานของ พขอ. และ พช. ประกอบด้วย
 - การส่งเสริมการรับรู้สถานการณ์ และความเป็นพลวัตของ “สุขภาวะ/ทุกภาวะ” ของประชาชนของ พขอ./พช. ด้วยการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการบนพื้นฐานของการรับรู้โดยตรงจากประชาชน
 - การส่งเสริมการมีข้อมูลเพื่อควบคุมกำกับ-ทราบสถานการณ์-และสามารถประเมินผลการดำเนินการ (Monitoring and Evaluation) ได้อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง
 - การให้ความสำคัญกับการมีกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตำบล และภาพรวมของทั้งอำเภอ รวมถึงส่งเสริมให้เป็นแหล่งเรียนรู้และศึกษาดูงานกรณีที่มีความพร้อม
 - การสนับสนุนให้มีการพัฒนาการวัดสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ/เขตของ พขอ. และ พช. โดยมีกระบวนการทางวิชาการรองรับ เช่น การสร้างและพัฒนาเครื่องมือเพื่อการวัด การพัฒนาระบบวิธีวัด เป็นต้น ทั้งการวัดเชิงภาววิสัย (Objective Well-being) ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดกิจกรรมทางด้านเศรษฐกิจและสิ่งอำนวยความสะดวก และตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมต่างๆ และการวัดเชิงอัตวิสัย (Subjective Well-being) ซึ่งให้ความสำคัญกับการพัฒนาเครื่องมือเพื่อวัดความพึงพอใจ ความรู้สึก ทัศนคติของทั้งระดับรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน-ตำบล-เชื่อมโยงเป็นภาพรวมของทั้งอำเภอ/เขต

ภาพเล่าเรื่อง...

หลักการ กรอบเนื้อหา และเจตนาธรรม

แผ่นดินธรรม แผ่นดินทอง...อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์

ตอบโจทย์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยหลัก แผ่นดินธรรม (ธรรมะ เป็นไทย เป็นธรรม)
แผ่นดินทอง (สุขภาพดี สังคมดี เศรษฐกิจดี)



ที่มา : 

ภาพเล่าเรื่อง...

ยุทธศาสตร์สุขภาพเชิงรุก...อำเภอท่ายาน จังหวัดเพชรบุรี

การดูแลร่วมกันในทุกภาคส่วน สร้างนวัตกรรม มุ่งมั่นพัฒนาอุปสรรคด้วยความรู้
และความเสียสละ ไม่ทอดทิ้งผู้เจ็บป่วยไว้อย่างเดียวดาย



ที่มา :

คณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ/เขต
(พชอ./พชข.)

ข้อความในระเบียบฯ: การกำหนดให้มี พชอ./พชว.

การกำหนดให้มี พชอ.

ข้อ ๗ ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัด เว้นแต่กรุงเทพมหานคร ให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชอ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา

ให้ พชอ. ประกอบด้วย นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวนไม่เกินยี่สิบคน ซึ่งนายอำเภอแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

(๑) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวนหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ

(๒) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่น เป็นกรรมการ

(๓) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอ เป็นกรรมการ

ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการตาม (๑) (๒) และ (๓) เป็นเลขานุการร่วมได้อีกจำนวนไม่เกินสองคน

ให้นำความในข้อ ๖ มาใช้บังคับกับการประชุมของ พชอ. ด้วยโดยอนุโลม

ข้อ ๘ กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๒) และ (๓) ต้องมีสัญชาติไทย และมีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์ มีที่อยู่หรือปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่

ในกรณีที่มีความจำเป็นหรือเห็นสมควรเพื่อประโยชน์ของทางราชการ นายอำเภออาจแต่งตั้งกรรมการซึ่งมิใช่บุคคลสัญชาติไทยได้ โดยบุคคลนั้นต้องมีที่อยู่ในพื้นที่นั้นมาไม่น้อยกว่าห้าปี

ข้อ ๙ กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) (๒) และ (๓) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสองปี นับแต่วันที่ได้รับแต่งตั้ง และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้

เมื่อครบกำหนดตามวาระในวาระหนึ่ง หากยังมิได้มีการแต่งตั้งกรรมการขึ้นใหม่แทน ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

ข้อ ๑๐ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระกรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๒) และ (๓) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(ก) นายอำเภอมีคำสั่งให้ออก เพราะบกพร่องต่อหน้าที่หรือมีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ

(ข) ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๘ วรรคหนึ่ง

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) พ้นจากตำแหน่งที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้แทนของหน่วยงานนั้น ให้พ้นจากการเป็นกรรมการด้วย

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) (๒) และ (๓) พ้นจากตำแหน่งก่อนวาระตามวรรคหนึ่ง ให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการขึ้นแทนตำแหน่งที่ว่างโดยเร็ว

ข้อ ๑๑ ให้ พชอ. มีอำนาจแต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการตามที่ พชอ. มอบหมายได้ตามความจำเป็นและสอดคล้องกับอำนาจและหน้าที่ของ พชอ.

พชอ. อาจแต่งตั้งบุคคลผู้มีความรู้หรือประสบการณ์ที่จะยังประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นที่ปรึกษาพิเศษของ พชอ. เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของ พชอ. ด้วยได้ การประชุมคณะกรรมการหรือคณะทำงาน ให้เป็นไปตามที่ พชอ. กำหนด

ข้อ ๑๘ ให้ดำเนินการแต่งตั้งกรรมการใน พชอ. ตามข้อ ๗ ให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ระเบียบนี้มีผลบังคับใช้

ในวาระเริ่มแรก หากได้มีการแต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) แล้ว ให้ พชอ. ประกอบด้วยกรรมการตามข้อ ๗ (๑) และให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ ปฏิบัติหน้าที่ไปพลางก่อน จนกว่าจะได้มีการแต่งตั้งกรรมการครบถ้วนตามข้อ ๗

สาระสำคัญ

กำหนดให้ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัดเว้นแต่กรุงเทพมหานครมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีองค์ประกอบของตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จำนวนไม่เกิน 21 คน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด เป็นที่ปรึกษา นายอำเภอเป็นประธานกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ

การกำหนดให้มี พชว.

ข้อ ๑๕ ในกรุงเทพมหานคร ให้แต่ละเขตมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชข.” โดยมีปลัดกรุงเทพมหานครและสมาชิกสภากรุงเทพมหานครในเขตนั้นเป็นที่ปรึกษา ให้ พชข. ประกอบด้วย ผู้อำนวยการเขต เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวนไม่เกิน ยี่สิบสองคนซึ่งผู้อำนวยการเขตแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

(๑) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในเขต จำนวนไม่เกินเจ็ดคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย จำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ

(๒) ผู้แทนภาคเอกชนในเขต จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่นเป็นกรรมการ

(๓) ผู้แทนภาคประชาชนในเขต จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่นหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรหรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในเขต เป็นกรรมการ

ให้หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการและเลขานุการ และให้หัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม

ข้อ ๑๙ ให้ดำเนินการแต่งตั้งกรรมการใน พชช. ตามข้อ ๑๕ ให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ระเบียบนี้มีผลบังคับใช้

ในวาระเริ่มแรก หากได้มีการแต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๑๕ วรรคสอง (๑) แล้ว ให้ พชช. ประกอบด้วยกรรมการตามข้อ ๑๕ (๑) และให้ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการและเลขานุการ และหัวหน้าพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม ปฏิบัติหน้าที่ไปพลางก่อนจนกว่าจะได้มีการแต่งตั้งกรรมการครบถ้วนตามข้อ ๑๕

สาระสำคัญ

กำหนดให้ในแต่ละเขตของกรุงเทพมหานครมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) ที่มีองค์ประกอบของตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน จำนวนไม่เกิน 23 คน โดยมีปลัดกรุงเทพมหานครและสมาชิกสภากรุงเทพมหานครในเขตนั้นเป็นที่ปรึกษา ผู้อำนวยการเขตเป็นประธาน หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการและเลขานุการ และหัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม

เจตนารมณ์ของการกำหนดให้มี พชอ./พช.

การกำหนดให้ พชอ. มีจำนวนไม่เกิน 21 คน และ พชข. มีจำนวนไม่เกิน 23 คน มีที่มาจาก การสังเคราะห์ บทเรียนจากการดำเนินการร่วมกันในรูปของภาคีเครือข่ายเพื่อร่วมกันขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ²⁵ และการดำเนินการภายใต้ MOU²⁶ ซึ่งสอดคล้องกับบทเรียนจากประสบการณ์ในระดับนานาชาติ²⁷ ในการทำให้จำนวน คณะกรรมการฯ มีจำนวนที่ไม่มากเกินไป สามารถดำเนินการได้อย่างคล่องตัวในรูปของคณะกรรมการฯ โดยมี เจตนารมณ์ให้นายอำเภอ ในจังหวัดต่างๆ และผู้อำนวยการเขต ในกรุงเทพมหานคร เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการ ทำให้มีกระบวนการคัดเลือกอย่างมีส่วนร่วม และเป็นผู้แต่งตั้ง บนพื้นฐานของการทำให้คณะกรรมการฯ ที่ผ่านการ คัดเลือกและได้รับการแต่งตั้ง มีองค์ประกอบครบ และมีความสมดุลจากความเป็นตัวแทนของทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน²⁸ ทั้งนี้กระบวนการคัดเลือก²⁹ อยู่บนพื้นฐานของการให้ได้มาซึ่งคณะกรรมการ จากภาครัฐก่อน แล้วจึงร่วมกันคัดเลือกเพื่อให้ได้มาซึ่งคณะกรรมการภาคเอกชน และคณะกรรมการจากภาค ประชาชน

²⁵ การเชื่อมโยงกันเป็นทีมและเป็นภาคีเครือข่ายภายใน DHS เป็นพัฒนาการที่มีการเติบโต (อย่างค่อยเป็นค่อยไป) ผ่านการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) โดยเริ่มต้นอย่างเป็นทางการจากการรวมตัวกันเองของ 21 พื้นที่ ในปี 2552 และขยายเป็น 43 พื้นที่ ในปี 2554 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง

²⁶ การดำเนินการภายใต้ MOU ใน 73 พื้นที่ ในปี 2559 และขยายเพิ่มเป็น 200 พื้นที่ ในปี 2560 และการสังเคราะห์จากการ ทำวิจัยเพื่อขับเคลื่อนและเติมเต็ม (Implementation Research) พบว่าส่วนใหญ่ (~ 75%) มีจำนวนคณะกรรมการไม่เกิน 21 คน ในส่วนของอำเภอที่มีจำนวนคณะกรรมการที่มีจำนวนเกินกว่า 21 คน มีแนวโน้มของการปรับลดลงเพื่อความคล่องตัวต่อการ ดำเนินการในรูปของคณะกรรมการฯ เป็นที่มาของการกำหนดให้ พชอ. มีจำนวนไม่เกิน 21 คน อนึ่ง ในกรุงเทพมหานครกำหนด ให้ พชข. มีจำนวนไม่เกิน 23 คน เป็นการกำหนดเพื่อให้สามารถครอบคลุมองค์ประกอบของการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิต ตามความจำเป็นและความเหมาะสมขององค์ประกอบในภาครัฐของ พชข. (ภาคเอกชนและภาคประชาชน กำหนดให้มี ในจำนวนที่ใช้หลักเกณฑ์เดียวกันกับ พชอ.)

²⁷ ตัวอย่างจำนวนของคณะกรรมการฯ ที่มีหลักการและพัฒนาการของการกำหนดให้มีคณะกรรมการฯ ที่น่าสนใจในระดับ นานาชาติ ที่ใกล้เคียงกับหลักการและพัฒนาการของ “พชอ./พชข.” ในประเทศไทย เช่น England (Health and Wellbeing Board) .ส่วนใหญ่คณะกรรมการมีจำนวน 13-20 คน [The King Fund (2013): Health and Wellbeing Boards of England - one year on, available at https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/health-wellbeing-boards-one-year-on-oct13.pdf] Scotland (Integration Joint Board) ส่วนใหญ่มีจำนวน 20 คน [The Scottish Government (2014): Roles, Responsibilities, and Membership of Integration Joint Board, available at <http://www.gov.scot/Resource/0048/00484578.pdf>] และ New Zealand (District Health Board) กำหนดให้มี คณะกรรมการจำนวน 11 คน [The Ministry of Health of New-Zealand (2017): District Health Boards, board membership, available at <http://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/key-health-sector-organisations-and-people/district-health-boards>] เป็นต้น

²⁸ จำนวนน้อยที่สุดที่พบว่ายังคงมีจำนวนครบทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และเมืองค้ประกอบที่มีความสมดุล จาก การดำเนินการภายใต้ (MOU) และการวิจัยเพื่อขับเคลื่อนและเติมเต็ม (Implementation Research) คือ มีจำนวน 14 คน

²⁹ จากประสบการณ์ของการดำเนินการภายใต้ MOU ใน 73 พื้นที่ ในเบื้องต้นอาศัยความเป็นผู้นำของนายอำเภอ ร่วมกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอ ผ่านการปรึกษาหารือกับภาคส่วน และองค์ประกอบต่างๆ อย่างกว้างขวาง ภายในอำเภอ โดยร่วมกันสรรหาและร่วมกันคัดเลือก เพื่อให้ได้มาซึ่งคณะกรรมการฯ ที่มีศักยภาพ เมืองค้ประกอบครบ มีสัดส่วนที่มีความสมดุล และมีความเหมาะสม

การคัดเลือกผู้แทนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนกำนัน หรือผู้แทนผู้ใหญ่บ้านในอำเภอ เพื่อเป็นคณะกรรมการของ พชอ. และการคัดเลือกของผู้แทนสมาชิกสภาเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นคณะกรรมการของ พชข. เนื่องจากการคัดเลือกบุคคลที่ได้ตำแหน่งมาจากการเลือกตั้งของประชาชน และในแต่ละอำเภอ/เขต มีจำนวนที่มีความชัดเจน ดังนั้น ควรมีกระบวนการของการคัดเลือกกันเอง ก่อนเสนอให้นายอำเภอ/ผู้อำนวยการเขต เป็นผู้เห็นชอบและแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการ

อนึ่ง พชอ./พชข. มีวาระในการดำรงตำแหน่งคราวละ 2 ปี นับแต่วันที่ได้รับการแต่งตั้ง ผู้ซึ่งพ้นจากตำแหน่งแล้ว อาจได้รับการแต่งตั้งอีกได้นั้น มีเจตนารมณ์ของการทำให้การขับเคลื่อน และการเกิดเป็นวัฒนธรรม “คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน” สามารถดำเนินการและมีพัฒนาที่ต่อเนื่องตามความจำเป็นและความจำเป็นของแต่ละบริบทของพื้นที่

ข้อความในระเบียบ: อำนาจหน้าที่

อำนาจหน้าที่ของ พชอ.

ข้อ ๑๒ ให้ พชอ. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่คณะกรรมการกำหนดตามข้อ ๕ (๑)

(๒) กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่

(๓) ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดตามข้อ ๕ (๑) และแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ตาม (๒) ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น

(๔) สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และผู้ประกอบการในพื้นที่ เพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนดไว้ตาม (๑) และ (๒)

(๕) ประสานงานหรือร่วมมือกับ พชอ. อื่น หรือ พชข. คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หรือหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกเขตพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(๖) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เป็นไปตาม (๑) และ (๒)

(๗) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะกรรมการหรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

การดำเนินงานตาม (๒) ให้ พชอ. ประสานงานและร่วมกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ โดยขอให้หน่วยงานดังกล่าวส่งข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องหรือที่จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแผนงานและเป้าหมายดังกล่าวที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ทั้งนี้ การกำหนดแผนงานและเป้าหมายดังกล่าวให้คำนึงถึงแผนพัฒนาจังหวัดและแผนพัฒนากลุ่มจังหวัดที่อำเภอนั้นอยู่ในพื้นที่ด้วย

ข้อ ๑๓ เมื่อ พขอ. จัดทำหรือแก้ไขแผนงานหรือเป้าหมายตามข้อ ๑๒ (๒) แล้ว ให้ พขอ. ส่งแผนงานหรือเป้าหมายดังกล่าว ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการ ในกรณีนี้ ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการพิจารณาสนับสนุนตามสมควร เพื่อให้ พขอ. สามารถดำเนินการตามแผนงานหรือเป้าหมายดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ให้ พขอ. ทบทวนแผนงานหรือเป้าหมายตามข้อ ๑๒ (๒) อย่างน้อยทุกสองปี หรือเมื่อมีข้อเท็จจริงหรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลง

สาระสำคัญ

มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ และดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์และแผนงานดังกล่าว โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในอำเภอ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

อำนาจหน้าที่ของ พช.

ข้อ ๑๖ ให้นำข้อ ๖ ข้อ ๘ ข้อ ๙ ข้อ ๑๐ ข้อ ๑๑ ข้อ ๑๒ และข้อ ๑๓ มาใช้บังคับกับ พช. ด้วยโดยอนุโลม

สาระสำคัญ

มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงาน และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในเขต และดำเนินการให้เกิดการขับเคลื่อนตามยุทธศาสตร์และแผนงานดังกล่าว โดยบูรณาการและระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในเขตพื้นที่ ทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

เจตนาสมณ์ของการกำหนดอำนาจหน้าที่ของ พขอ./พช.

การกำหนดอำนาจหน้าที่ของ พขอ./พช. มีเจตนาสมณ์ดังนี้

- การกำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาสภาวะและคุณภาพชีวิตในอำเภอ/เขต โดยให้ความสำคัญกับทั้งกระบวนการ Bottom-up และ Top-down Processes กล่าวคือ
 - การให้ความสำคัญกับ “กระบวนการจากพื้นที่สู่ พขอ./พช. (Bottom-up process)” เป็นการดำเนินการบนพื้นฐานของการมีข้อมูลที่ได้มาจาก การมีปฏิสัมพันธ์ การดำเนินกิจกรรม และการดำเนินการต่างๆ ทั้งกับระดับรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน-ตำบล/แขวง-อำเภอ/เขต รวมถึงการประสานความร่วมมือกับส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือหน่วยงานของเอกชนในอำเภอ/เขต ให้จัดส่งข้อมูล เอกสาร หรือหลักฐานที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นประโยชน์ ตามความจำเป็นต่อสภาวะและคุณภาพชีวิตในภาพรวมของอำเภอ/เขต
 - การพิจารณาทิศทางและเป้าหมายที่กำหนดมาจากส่วนกลาง-เขต-จังหวัด (Top-down process) ให้สามารถผสมผสานและมีความสอดคล้องกับ “กระบวนการ Bottom-up process”

ทั้งนี้รวมถึงการพิจารณาตัวชี้วัด (Indicators) เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวัด (Tools) และกระบวนการวัด (Measurement Methods) ที่มีพัฒนาการมาจากทั้งส่วนกลางและกระบวนการทางวิชาการต่างๆ ในการนำมาพัฒนาและนำมาใช้ให้มีความเหมาะสมกับพัฒนาการและสถานการณ์ภายในอำเภอ/เขต

- การดำเนินการและการขับเคลื่อนตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์
 - การดำเนินการด้วยการทำให้เกิดการบูรณาการด้านการบริหารจัดการ (Managerial Integration) เพื่อการบริหารและการจัดการทรัพยากร บุคลากร และงบประมาณในภาครัฐทั้งจากส่วนกลางและส่วนท้องถิ่น รวมถึงทรัพยากร บุคลากร และการมีส่วนร่วมต่างๆ จากภาคเอกชนและภาคประชาชน ส่งผลให้สามารถดำเนินการในทางปฏิบัติ ตามคุณลักษณะของการบูรณาการเชิงปฏิบัติการ (Operational Integration) เช่น มีการเชื่อมโยงเป็นทีม/ภาคีเครือข่าย มีการเชื่อมและยึดโยงกับประชาชนอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคล-ครอบครัว-และชุมชนเพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทางสุขภาพ/ทุกขภาวะ และคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคนเป็นต้น ทั้งนี้รวมถึงการประสานงานกับ พชอ./พชข. ในอำเภอ/เขตอื่น เพื่อการบูรณาการและเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินการและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทั้งภายในและระหว่างอำเภอ/เขต
 - การดำเนินการและขับเคลื่อนงานในส่วนที่มีความจำเป็น และมีศักยภาพในการระดม-ใช้-และพัฒนาทรัพยากรตามความจำเป็นของบริบทของพื้นที่ พชอ./พชข. สามารถพิจารณาสร้างและพัฒนาให้เกิดเป็น “ชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะ (Specific benefit package)” เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามความจำเป็นและความจำเป็นของบริบทของพื้นที่ เพื่อเสริมกับชุดสิทธิประโยชน์และทรัพยากรที่ได้รับการจัดสรรหรือสนับสนุนจากส่วนกลาง
- การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน
 - การให้ความสำคัญกับการมีข้อมูลพื้นฐาน (Basic Data) และข้อมูลเพื่อการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) ส่งผลให้การควบคุมกำกับและประเมินผลการดำเนินงาน (Monitoring and Evaluation) สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง ทั้งนี้รวมถึงการมีข้อมูลในการทำให้ทราบถึงสถานะทางการเงินตามความจำเป็น เช่น การดำเนินการให้มี “บัญชีเสมือน (Virtual Account)” เพื่อทราบสถานการณ์และสถานะทางการเงิน ทำให้สามารถร่วมแก้ปัญหาและระดมทรัพยากรตามความจำเป็นในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับสถานะหรือความอยู่รอดทางการเงินของหน่วยงาน/สถานบริการ/และภาคีเครือข่าย ที่ให้บริการ/ให้การดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตในอำเภอ/เขต
 - การปฏิสัมพันธ์กับประชาชนโดยตรงจากการลงพื้นที่ การแลกเปลี่ยนระหว่างคณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการฯ ทีมผู้รับผิดชอบ และผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งนี้รวมถึงการติดตามเพื่อพัฒนาให้มีกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจ ทั้งในระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน ตำบล และภาพรวมของทั้งอำเภอ ตลอดจนพัฒนาให้เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนเรียนรู้และศึกษาดูงานกรณีที่มีความพร้อม
 - การพัฒนาการวัด (Measurement) สุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ/เขตของ พชอ. และ พชข. โดยมีกระบวนการทางวิชาการรองรับ ทั้งการสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

เพื่อการวัด และการพัฒนากระบวนการวัด บนพื้นฐานของการพัฒนาความร่วมมือกับสถาบัน การศึกษา หน่วยงานวิชาการ หรือการได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการนโยบายฯ และ กลไกต่างๆ จากส่วนกลาง

- อนึ่ง ข้อมูลจากการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน เป็นฐานสำคัญของการสังเคราะห์ เป็นข้อมูลเพื่อรายงานความก้าวหน้า ปัญหา หรืออุปสรรคในการดำเนินงาน รวมทั้งการขอรับ การสนับสนุนต่อ คณะกรรมการนโยบายฯ ผู้ว่าราชการจังหวัด หน่วยงาน หรือคณะกรรมการ ที่มีอำนาจหน้าที่ ที่เกี่ยวกับสถานะและการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ พขอ./พชข. เห็นสมควร

ข้อความในระเบียบ: สำนักงานเลขาธิการของ พขอ./พชข.

การกำหนดให้มีและการกำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงานเลขาธิการของ พขอ.

ข้อ ๑๔ ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขาธิการของ พขอ. รับผิดชอบในงาน เลขาธิการและงานธุรการของ พขอ. และคณะอนุกรรมการที่ พขอ. แต่งตั้ง รวมทั้งประสานงานกับ หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของ พขอ. ตลอดจนปฏิบัติหน้าที่อื่น ตามที่ พขอ. มอบหมาย และให้ดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้ด้วย

(๑) เป็นหน่วยงานกลางในการขับเคลื่อนตามเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในพื้นที่

(๒) สนับสนุนและอำนวยความสะดวกด้านข้อมูลและการดำเนินงานของ พขอ. รวมทั้ง ประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบในการเบิกค่าใช้จ่ายประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง

สาระสำคัญ

กำหนดให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขาธิการของ พขอ. รับผิดชอบงานธุรการ และมีอำนาจหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการขับเคลื่อนตามเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในอำเภอ สนับสนุนและอำนวยความสะดวกด้านข้อมูล ตลอดจนประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการ ต่างๆ เพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

การกำหนดให้มีและการกำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงานเลขาธิการของ พชข.

ข้อ ๑๗ ให้ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นสำนักงานเลขาธิการของ พชข. รับผิดชอบในงานเลขาธิการและงานธุรการของ พชข. และคณะอนุกรรมการที่ พชข. แต่งตั้ง และให้นำความ ในข้อ ๑๔ วรรคหนึ่ง มาใช้บังคับกับอำนาจหน้าที่ของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต ด้วยโดยอนุโลม

เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ของ พชช. ให้กรุงเทพมหานครจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นการสนับสนุนค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องของ พชช. ด้วย

สาระสำคัญ

กำหนดให้ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นสำนักงานเลขานุการของ พชช. รับผิดชอบงานธุรการ และมีอำนาจหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางในการขับเคลื่อนตามเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในเขต สนับสนุนและอำนวยความสะดวกด้านข้อมูล ตลอดจนประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

เจตนารมณ์ของการกำหนดให้มีและกำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงานเลขานุการของ พชช./พชช.

เจตนารมณ์ของการกำหนดให้มีและการกำหนดอำนาจหน้าที่ของสำนักงานเลขานุการของ พชช./พชช. ประกอบด้วย

- การเป็นหน่วยงานกลาง ประสานงาน ปฏิบัติการ และประสานการปฏิบัติ โดยให้ความสำคัญกับ “ภาวะการนำร่วม” ของคณะกรรมการ พชช./พชช. ที่มาจากทั้งภาครัฐ-ภาคเอกชน-และภาคประชาชน ในการร่วมกันจัดทำแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง ยุทธศาสตร์ ดำเนินกิจกรรม และการขับเคลื่อนงาน ตลอดจนติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน บนพื้นฐานของการส่งเสริม “การมีส่วนร่วม” ของภาคส่วนและองค์ประกอบต่างๆ ภายในอำเภอ/เขต เช่น การเตรียมประชุม การจัดประชุม (ให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมประชุมของคณะกรรมการฯ ทุกคน ในกรณีที่เป็นการประชุมคณะกรรมการฯ) การเตรียมการเพื่อการมีกิจกรรม และการมีกิจกรรมเพื่อการขับเคลื่อนงาน (ให้ความสำคัญกับการเข้าร่วมของ คณะกรรมการฯ คณะอนุกรรมการ ทีมงาน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ตามความจำเป็น) เป็นต้น โดยให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคมของสำนักงานเขต รับผิดชอบดูแลการเบิกค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง
- การจัดเก็บ รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตในอำเภอ/เขต โดยให้ความสำคัญกับการมีข้อมูลเพื่อการควบคุมกำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) เพื่อทราบสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมที่มีการดำเนินการและประเด็นที่มีการขับเคลื่อน รวมถึงบัญชีเสมือน (Virtual Account) เพื่อทราบสถานการณ์ทางการเงินตามความจำเป็น เพื่อการขับเคลื่อนงาน รวมถึงเพื่อสร้างและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์จำเพาะ (Specific Benefit Package) ตามความจำเป็นและความจำเพาะของแต่ละบริบทของอำเภอ/เขต
- การเป็นศูนย์ข้อมูลกลางในการประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลและข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาสุขภาวะและคุณภาพชีวิตในอำเภอ/เขต

การรักษาการตามระเบียบฯ

ข้อความในระเบียบฯ

ข้อ ๒๐ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามระเบียบนี้

สาระสำคัญ

กำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามระเบียบนี้

ภาพเล่าเรื่อง...

สุขภาพะดี ด้วยวิถีพอเพียง...อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น

พื้นที่ต้นแบบที่ขับเคลื่อนเรื่องของสุขภาพได้ไกลกว่ามิติด้านสาธารณสุข
เมืองที่มีชาติชื่อ “เศรษฐกิจพอเพียง”



ที่มา :  ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาอาชีพเกษตรกร
ภาควิชาการศึกษาด้านการเกษตร
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ภาพเล่าเรื่อง...

คนอำเภอแก่งคอยไม่ทอดทิ้งกัน...อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

*เชื่อมร้อยภาครัฐ เอกชน ชุมชน จิตอาสา ในการพึ่งพา ดูแล ช่วยเหลือ
เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของคนพื้นที่เดียวกัน*



ภาพเล่าเรื่อง...

เข้าใจ เข้าถึง ร่วมพัฒนา...อำเภอตากใบ จังหวัดนราธิวาส

*สร้างรอยยิ้มและความสุข ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบ ในดินแดน
สุดปลายด้ามขวานของประเทศไทย*



ภาพเล่าเรื่อง...

หลักการ กรอบเนื้อหา และเจตนาารมณ์

ชุมชนศาสตร์พระราชชา ชาวประชา่วมใจ...อำเภอตากวี จังหวัดสมชลา



บพ.ลวฒน์ วรยพงษลฤจ

ผอ.รพ.สมเดจพร-บรมราชบนาจ น อ.ตากวี

“ในหลวงรัชกาลที่ 9 มีพระราชดำรัส อยู่หลายโอกาสว่าเวลาคิดให้คิดภาพใหญ่ แต่ค่อยๆ ทำจากจุดเล็กๆ ที่เรามีความสุข ทำแบบนี้เหมือนผีเสื้อยับปีก..นิดเดียว ก็ไปได้”

ที่มา :



ภาพเล่าเรื่อง...

กุ่มตะโกโมเดล นวัตกรรมออกแบบสุขภาพความสุข...อำเภอกุ่มตะโก จังหวัดชุมพร

อำเภอเล็ก ๆ ที่มีภาคประชาชนเป็นเพื่อนจักรสำคัญในการขับเคลื่อน



ที่มา :

ภาคผนวก

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี
ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่
พ.ศ. ๒๕๖๑

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่าง หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วม ของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกัน ในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ (๖) และ (๘) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหาร ราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี จึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่

“หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรมหาชน และหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้หมายความรวมถึงกำนันผู้ใหญ่บ้านด้วย

“พื้นที่” หมายความว่า อำเภอ หรือเขตในกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี

ข้อ ๔ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่” ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา ประกอบด้วย

(๑) ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ

(๒) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ

(๓) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

(๔) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสามคน ซึ่งคณะกรรมการแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ความสามารถ ด้านการพัฒนาสังคม และด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ

ให้ปลัดกระทรวงมหาดไทยแต่งตั้งผู้ช่วยเลขานุการ จำนวนสองคน โดยมาจากข้าราชการ ในกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข อย่างละหนึ่งคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

ให้สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ รับผิดชอบในงานเลขานุการของคณะกรรมการ และประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของคณะกรรมการ ตลอดจนปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ คณะกรรมการมอบหมาย

ข้อ ๕ ให้คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ โดยมุ่งหมายให้มีการบูรณาการ ร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากรและภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน ของรัฐนั้น

(๒) ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนชุมชนในพื้นที่ เพื่อให้มีเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่ โดยให้ยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

(๓) ส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานของ พชอ. และ พชข. เกี่ยวกับการ พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการ กำหนดใน (๑) และเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (๒)

(๔) ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่ พชอ. หรือ พชข. หรือหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางที่กำหนดใน (๑) หรือเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (๒)

(๕) เสนอแนะแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขเพิ่มเติมหรือปรับปรุงกฎหมายหรือ กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

(๖) กำกับดูแลและติดตามผลการดำเนินการของ พชอ. และ พชข. เพื่อให้เป็นไปตาม เป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดใน (๑) และเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (๒)

(๗) ปฏิบัติงานอื่นใดตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ เพื่อปฏิบัติงาน ตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้

ข้อ ๖ การประชุมคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ในกรณีที่ประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการและรองประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นที่ยุติ

ข้อ ๗ ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัด เว้นแต่กรุงเทพมหานคร ให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พขอ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดและพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา

ให้ พขอ. ประกอบด้วย นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวนไม่เกินยี่สิบคนซึ่งนายอำเภอแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

(๑) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากกำนันหรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวนหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ

(๒) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่น เป็นกรรมการ

(๓) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอ เป็นกรรมการ

ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการตาม (๑) (๒) และ (๓) เป็นเลขานุการร่วมได้อีกจำนวนไม่เกินสองคน

ให้นำความในข้อ ๖ มาใช้บังคับกับการประชุมของ พขอ. ด้วยโดยอนุโลม

ข้อ ๘ กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๒) และ (๓) ต้องมีสัญชาติไทย และมีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปีบริบูรณ์ มีที่อยู่หรือปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่

ในกรณีที่มีความจำเป็นหรือเห็นสมควรเพื่อประโยชน์ของทางราชการ นายอำเภออาจแต่งตั้งกรรมการซึ่งมิใช่บุคคลสัญชาติไทยได้ โดยบุคคลนั้นต้องมีที่อยู่ในพื้นที่นั้นมาไม่น้อยกว่าห้าปี

ข้อ ๙ กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) (๒) และ (๓) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสองปีนับแต่วันที่ได้รับแต่งตั้ง และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้

เมื่อครบกำหนดตามวาระในวรรคหนึ่ง หากยังมีได้มีการแต่งตั้งกรรมการขึ้นใหม่แทน ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่ากรรมการซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

ข้อ ๑๐ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระกรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๒) และ (๓) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) นายอำเภอมีคำสั่งให้ออก เพราะบกพร่องต่อหน้าที่หรือมีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ

(๔) ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๘ วรรคหนึ่ง

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) พ้นจากตำแหน่งที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นผู้แทนของหน่วยงานนั้น ให้พ้นจากการเป็นกรรมการด้วย

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) (๒) และ (๓) พ้นจากตำแหน่งก่อนวาระตามวรรคหนึ่ง ให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการขึ้นแทนตำแหน่งที่ว่างโดยเร็ว

ข้อ ๑๑ ให้ พชอ. มีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการตามที่ พชอ. มอบหมายได้ตามความจำเป็นและสอดคล้องกับอำนาจและหน้าที่ของ พชอ.

พชอ. อาจแต่งตั้งบุคคลผู้มีความรู้หรือประสบการณ์ที่จะยังประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นที่ปรึกษาพิเศษของ พชอ. เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของ พชอ. ด้วยได้

การประชุมคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน ให้เป็นไปตามที่ พชอ. กำหนด

ข้อ ๑๒ ให้ พชอ. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่คณะกรรมการกำหนดตามข้อ ๕ (๑)

(๒) กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในพื้นที่

(๓) ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดตามข้อ ๕ (๑) และแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ตาม (๒) ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น

(๔) สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และผู้ประกอบกิจการในพื้นที่ เพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนดไว้ตาม (๑) และ (๒)

(๕) ประสานงานหรือร่วมมือกับ พชอ. อื่น หรือ พชข. คณะกรรมการเขตสุขภาพ เพื่อประชาชน หรือหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกเขตพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิต ของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(๖) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เป็นไปตาม (๑) และ (๒)

(๗) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะกรรมการหรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

การดำเนินงานตาม (๒) ให้ พชอ. ประสานงานและร่วมกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ โดยขอให้หน่วยงานดังกล่าวส่งข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องหรือที่จะเป็น ประโยชน์ต่อการกำหนดแผนงานและเป้าหมายดังกล่าวที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ทั้งนี้ การกำหนด แผนงานและเป้าหมายดังกล่าวให้คำนึงถึงแผนพัฒนาจังหวัดและแผนพัฒนากลุ่มจังหวัดที่อำเภอผู้นั้นอยู่ใน พื้นที่ด้วย

ข้อ ๑๓ เมื่อ พชอ. จัดทำหรือแก้ไขแผนงานหรือเป้าหมายตามข้อ ๑๒ (๒) แล้ว ให้ พชอ. ส่งแผนงานหรือเป้าหมายดังกล่าว ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการ ในการนี้ ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการพิจารณาสนับสนุนตามสมควร เพื่อให้ พชอ. สามารถดำเนินการ ตามแผนงานหรือเป้าหมายดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ให้ พชอ. ทบทวนแผนงานหรือเป้าหมายตามข้อ ๑๒ (๒) อย่างน้อยทุกสองปี หรือเมื่อมี ข้อเท็จจริงหรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลง

ข้อ ๑๔ ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขานุการของ พชอ. รับผิดชอบ ในงานเลขานุการและงานธุรการของ พชอ. และคณะอนุกรรมการที่ พชอ. แต่งตั้ง รวมทั้ง ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของ พชอ. ตลอดจนปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ พชอ. มอบหมาย และให้ดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้ด้วย

(๑) เป็นหน่วยงานกลางในการขับเคลื่อนตามเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในพื้นที่

(๒) สนับสนุนและอำนวยความสะดวกด้านข้อมูลและการดำเนินงานของ พชอ. รวมทั้ง ประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบในการเบิกจ่ายประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๑๕ ในกรุงเทพมหานคร ให้แต่ละเขตมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชช.” โดยมีปลัดกรุงเทพมหานครและสมาชิกสภากรุงเทพมหานครในเขตนั้น เป็นที่ปรึกษา

ให้ พชช. ประกอบด้วย ผู้อำนวยการเขต เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีก จำนวนไม่เกินยี่สิบสองคนซึ่งผู้อำนวยการเขตแต่งตั้งจากบุคคล ดังต่อไปนี้

(๑) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในเขต จำนวนไม่เกินเจ็ดคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจาก ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย จำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ

(๒) ผู้แทนภาคเอกชนในเขต จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่นเป็นกรรมการ

(๓) ผู้แทนภาคประชาชนในเขต จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่นหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรหรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในเขต เป็นกรรมการ

ให้หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการและเลขานุการ และให้หัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม

ข้อ ๑๖ ให้นำข้อ ๖ ข้อ ๘ ข้อ ๙ ข้อ ๑๐ ข้อ ๑๑ ข้อ ๑๒ และข้อ ๑๓ มาใช้บังคับกับ พชช. ด้วยโดยอนุโลม

ข้อ ๑๗ ให้ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นสำนักงานเลขานุการ ของ พชช. รับผิดชอบในงานเลขานุการและงานธุรการของ พชช. และคณะอนุกรรมการที่ พชช. แต่งตั้ง และให้นำความในข้อ ๑๔ วรรคหนึ่ง มาใช้บังคับกับอำนาจหน้าที่ของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต ด้วยโดยอนุโลม

เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ของ พชช. ให้กรุงเทพมหานครจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นการสนับสนุนค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่น ที่เกี่ยวข้องของ พชช. ด้วย

ข้อ ๑๘ ให้ดำเนินการแต่งตั้งกรรมการใน พชช. ตามข้อ ๗ ให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวัน นับแต่วันที่ระเบียบนี้มีผลบังคับใช้

ในวาระเริ่มแรก หากได้มีการแต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) แล้ว ให้ พชช. ประกอบด้วยกรรมการตามข้อ ๗ (๑) และให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ ปฏิบัติหน้าที่ไปพลางก่อนจนกว่าจะได้มีการแต่งตั้งกรรมการครบถ้วนตามข้อ ๗

ข้อ ๑๙ ให้ดำเนินการแต่งตั้งกรรมการใน พชช. ตามข้อ ๑๕ ให้แล้วเสร็จภายในหกสิบวัน นับแต่วันที่ระเบียบนี้มีผลบังคับใช้

ในวาระเริ่มแรก หากได้มีการแต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๑๕ วรรคสอง (๑) แล้ว ให้ พชช. ประกอบด้วยกรรมการตามข้อ ๑๕ (๑) และให้ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการและเลขานุการ และหัวหน้าพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม ปฏิบัติหน้าที่ไปพลางก่อนจนกว่าจะได้มีการแต่งตั้งกรรมการครบถ้วน ตามข้อ ๑๕

ข้อ ๒๐ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข รักษาการตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา

นายกรัฐมนตรี