**รายงานการตรวจราชการกรณีปกติระดับจังหวัด รอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561**

**จังหวัดลำพูน เขตสุขภาพที่ 1**

**ตรวจราชการวันที่ 12 – 13 กุมภาพันธ์ 2561**

**คณะที่ 1 Promotion, Prevention & Protection Excellence**

**ประเด็นการตรวจราชการ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)**

**ตัวชี้วัดที่ 13 มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ที่มีคุณภาพ ร้อยละ 50**

**1. สถานการณ์ (บ่งบอก outcome หรือ Impact)**

 ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ District Health system ( DHS ) ที่เชื่อมโยงกับระบบบริการปฐมภูมิ ชุมชน ท้องถิ่น โดยมีการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ การบูรณาการการพัฒนาการดำเนินงาน ใน 5 กลุ่มวัย รวมถึงมีความเชื่อมโยงกับการพัฒนาระบบบริการ ( service Plan) โดยจังหวัดลำพูน มีหน่วยบริการทั้งสิ้น 79 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 71 แห่ง โรงพยาบาล 8 แห่ง ในปีงบประมาณ 2560 ต่อยอดประเด็นสุขภาพที่ทำได้ดีในบางเรื่อง ขยายไปยังพื้นที่ตำบลอื่นๆ ตามบริบทของปัญหาพื้นที่ทบทวนบทเรียนการดำเนินงานในประเด็น Essential Care โดยใช้กลวิธีการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเครือข่ายระดับอำเภอและระหว่างอำเภอ และค้นหาปัญหาในการกำหนดประเด็น Essential Care 4 เรื่อง / อำเภอ และ 1 เรื่อง / ตำบล ตลอดจนเชื่อมโยงงานนโยบาย ได้แก่ งานอุบัติเหตุ การดูแลผู้ป่วยระยะยาว และคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) มีแผนงานโครงการรองรับพร้อมขับเคลื่อนเพื่อการแก้ไขปัญหาโดยให้ทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ เป็นทีมขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีทีมหมอครอบครัวในการขับเคลื่อนงานซึ่งจังหวัดลำพูน มีทีมหมอครอบครัว ระดับอำเภอ จำนวน 13 ทีม ทีมหมอครอบครัว ระดับตำบล จำนวน 100 คน และทีมหมอครอบครัว ระดับชุมชน 430 ทีม ตั้งเป้าหมายกลุ่มดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ,ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล กลุ่มเด็กที่มีการพัฒนาการล่าช้า และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องดูแลแบบประคับประคอง มีารติดตามเยี่ยมประเมินจากทีมเยี่ยมประเมิน ระดับจังหวัดจังหวัดลำพูน และ มีเป้าหมายการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ กำหนดให้ทุกอำเภอมีผู้รับผิดชอบ หรือผู้ประสานงานหลักในการขับเคลื่อน DHS ระดับพื้นที่อย่างไรก็ตามแม้ว่าการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE จะผ่านเกณฑ์ที่กำหนด แต่พบว่าการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอซึ่งเป็นกลไกสำคัญยังขาดอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย เป็นการขับเคลื่อนเป็นเชิงประเด็นมากว่าขับเคลื่อนเชิงระบบ และประเด็นส่วนใหญ่เป็นปัญหาสาธารณสุขส่งผลให้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพมีน้อย ดังนั้นจึงมีการพัฒนาต่อยอดเป็นการขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)

ปี 2559 อำเภอบ้านโฮ่ง ดำเนินงานตามโครงการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนา

คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) โดยมีกิจกรรมสำคัญคือ การแต่งตั้งคณะกรรมการฯที่มาจากการมีส่วนร่วมขอทุกภาคส่วน และการจัดทำแผนสุขภาพอำเภอ เข้าร่วม“โครงการ 9เมืองที่พ่อสร้าง ก้าวย่างที่ลูกตาม” ซึ่ง กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำสารคดี “9เมืองที่พ่อสร้าง ก้าวย่างที่ลูกตาม” เผยแพร่ความสำเร็จของการทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนของทุกภาคส่วนในระบบสุขภาพอำเภอ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board : DHB) นำเสนอผลงานของแต่ละพื้นที่ ที่น้อมนำหลักการทรงงาน แนวพระราชดำริ และพระราชกรณียกิจของพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมาเป็นแนวทาง และสร้างแรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิตและการทำงาน และพัฒนาต่อยอดสิ่งที่พระองค์ท่านทรงวางรากฐานไว้เพื่อประโยชน์สุขของประชาชน ให้มั่นคงและยั่งยืนต่อไป โดย อ.บ้านโฮ่ง จ.ลำพูน มีจุดเด่นคือการหลอมรวมวัฒนธรรมท้องถิ่นในการดูแลสุภาพ

ปี 2560 ขยายโครงการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

 (DHB) ในอำเภอลี้ ได้มีการพัฒนาประเด็นการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกโดยใช้นวัตกรรมแถบสีควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออก

 จากการสรุปบทเรียนทั้ง 2 อำเภอ พบว่าปัจจัยที่ส่งผลสำเร็จต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่สามารถนำไปต่อยอดขยายผลการพัฒนา พชอ.ได้ ดังนี้

 1)องค์ประกอบของคณะกรรมการที่ที่มาจากภาคประชาชน /องค์กรชุมชนเป็นเครือข่ายที่มีความจำเป็น

2)โครงสร้างคณะกรรมการที่เอื้อในการทำงานให้เกิดประโยชน์สูงสุดในพื้นที่ต้องให้

ความครอบคลุมภาคีทุกเครือข่าย

3)การสร้างความเข้าใจร่วมกันของคณะกรรมการฯ ( วิธีการที่หลากหลายเช่น

ประชุมชี้แจงการศึกษาดูงาน ไปดูพื้นที่รูปธรรม/ ของจริง การสรุปบทเรียนร่วมกัน ฯลฯ)

4)มีกลไก(ทีมแกนนำ)ที่ทำหน้าที่ออกแบบระบบสุขภาพอำเภอ ให้ข้อมูล สร้างการ

เรียนรู้ ด้วยกระบวนการ DHML

5)ประเด็นที่เป็นโจทย์ปัญหาร่วมกันของทุกฝ่าย ต้องไม่กำหนดจากหน่วยงาน

สาธารณสุขและเป็นปัญหาโรคความเจ็บป่วย หน่วยงานสาธารณสุขมีหน้าที่คืนข้อมูล ให้คณะกรรมการฯตัดสินใจร่วมกัน

6)มีการวัดผลลัพธ์เชิงปริมาณและคุณภาพ ให้เห็นรูปธรรมชัดเจน (เชื่อมโยงผลลัพธ์

ทั้งปริมาณ คุณภาพ และผลกระทบด้านต่างๆ)

 7) การจัดการความรู้ (เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่หลากหลาย)

 8) การติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

**2. เป้าหมายระยะสั้น (Essential List/Task) โดยวิเคราะห์ตามกรอบ Six Auditing Block**

2.1 สถานการณ์ (Gap Analysis)

 สืบเนื่องจากข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ในคราวประชุมกระทรวงสาธารณสุข ให้ความสำคัญกับศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคน โดยมีเป้าหมายคนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน และ คนไทยใส่ใจดูแลกัน เป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมที่สำคัญของประเทศ ลดความเหลื่อมล้ำ ช่วยเหลือดูแลกันและกัน ตามแนวทางประชารัฐ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” บูรณาการทุกภาคส่วนในรูปแบบ “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ” (District Health Board: DHB) มีนายอำเภอ เป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอ เป็นเลขานุการ มีตัวแทนภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและตัวแทนภาครัฐ มาร่วมพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามสภาพปัญหาของแต่ละอำเภอ เน้นกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขยะ สิ่งแวดล้อม ให้ได้รับการดูแลและเข้าถึงบริการของรัฐ ปัจจุบันจังหวัดลำพูนจากการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้นด้านสุขภาพจังหวัดลำพูน พบว่า สาเหตุการตายที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น 5 อันดับแรก ได้แก่ เนื้องอกร้าย โลหิตเป็นพิษจากการติดเชื้อแบคทีเรียอื่น ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดในสมอง และการบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตายและอื่นๆ (ข้อมูลการตาย สนย. ปี 2555) และมีปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ โรคไข้เลือดออก การฆ่าตัวตายสูง และโรคมะเร็ง กลไกดังกล่าวสามารถหนุนกลไกภาครัฐเดิมทำให้แต่ละอำเภอมีความสำเร็จและเกิดการเรียนรู้ และครอบคลุมทุกอำเภอ ในปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลเตรียมพิจารณาออกเป็นระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี รองรับโครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Board : DHB)และพร้อมขยายความร่วมมือบูรณาการการทำงานร่วมกันของ 4 กระทรวง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ร่วมเป็นเจ้าภาพ มุ่งพัฒนาเครือข่ายอำเภอประชารัฐ หากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความเข้มแข็ง มีศักยภาพในการจัดการปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเจ็บป่วย สุขภาวะ หรือความปลอดภัยในชีวิต จะผลักดันให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในทุกอำเภอ สามารถขยายผลสู่ระดับจังหวัด และระดับประเทศได้ในที่สุด

2.2.โครงสร้างและบทบาทในการทำงาน (Structure)

โครงสร้างและบทบาทการทำงาน เพื่อรองรับภารกิจตามประเด็นที่เลือกมาและเชื่อมโยงกันทุกระดับ กลุ่มงาน/ฝ่าย/ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด : กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัดอำเภอ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB

2.3.กรอบที่ใช้วางแผนดำเนินงาน (Framework)

กรอบที่ใช้วางแผนดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหา และการคาดการณ์อนาคต โดยในยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (P&P Excellence) ใช้กรอบ 6 Building Block

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Service Deliveryระบบบริการ | 2. Workforceกำลังคนด้านสุขภาพ | 3. ITระบบข้อมูลข่าวสาร | 4. Drug & Equipmentเทคโนโลยีทางการแพทย์ | 5. Financingค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ | 6. Governanceภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล | 7. Participationการมีส่วนร่วมของชุมชน |
| ดำเนินงานแก้ไขปัญหาตามแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย จำนวน 2-3 ประเด็น | 1.แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB2.อบรมพัฒนาศักยภาพคกก. DHB | 1.การพัฒนาข้อมูลทางด้านสุขภาพ ข้อมูลจาการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ2.การนำข้อมูลมาใช้ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาในพื้นที่ | 1.มีการเชื่อโยงกับหน่วยบริการและการพัฒนานวัตกรรมการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข2 ส่งเสริมการใช้กระบวนการ R2R | การจัดสรรงบประมาณในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ | คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHBดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า | - ร่วมกับ อปท. มูลนิธิต่างๆ หน่วยราชการภาคเอกชน ผู้นำชุมชนมีส่วน ในการดำเนินงาน |

**2.4 เป้าหมายระยะสั้นรายไตรมาส (Task list)** เป้าหมายระยะสั้นในรายไตรมาส

|  |  |
| --- | --- |
| ระยะเวลา | ความสำเร็จ |
| 3 เดือน | การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB1.การแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB2. มีคณะอนุกรรมการเผยแพร่/ปชส.3. ประชุมชี้แจง คกก. DHBทั้งจังหวัด |
| 6 เดือน | 1. อบรมพัฒนาศักยภาพคกก. DHB2. กำหนดประเด็นปัญหาของอำเภอ/ชุมชนอย่างน้อย 2-3เรื่อง3. ดำเนินงานแก้ไขปัญหาตามแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย จำนวน 2-3 ประเด็น4. จังหวัดตรวจเยี่ยมประเมิน5. เกิดงานวิจัย/R2R |
| 9 เดือน | มีการดำเนินการ การบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน1. มีแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมในระดับอำเภอ2. เกิดผลสัมฤทธิ์ในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม(Empirical)3. Appreciate : ทีมจังหวัดเยี่ยม ประเมิน |
| 12 เดือน | มีการสรุปผลการดำเนินการทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยกระบวนการชื่นชมและเสริมพลังแก่ DHB ที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 50 1. สรุปผลการดำเนินงาน2. เกิดรูปแบบการดำเนินงาน ในพื้นที่3. เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้4. มีงานวิจัยและนวตกรรม |

**2.5 กิจกรรม (Activity/Project)**

1. Board : แต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพ อำเภอครบ 8 อำเภอ

เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ DHB อย่างโปร่งใส เป็นธรรมและมีส่วนร่วมทั่วถึงทุกภาคส่วน .สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพอำเภอและระบบบริการปฐมภูมิ

2. Training : จัดอบรมเพิ่มพูนทักษะการวิเคราะห์ ปัญหาและการบริหารโครงการ

โดยการจัดประชุมคณะกรรมการฯ DHB และทีมนำพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

3. Implementation : แปลงแผนสู่การปฏิบัติ

3.1 วิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

3.2 กำหนดแนวทางการในการแก้ไขปัญหา

3.3 จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 3 เรื่อง

3.4 ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

4. Evaluation : ประเมินผล (ก่อน-ระหว่าง-หลัง)

4.1 วัดผลสัมฤทธิ์โครงการ

4.2 ประเมินประสิทธิภาพ และประสิทธิผล

4.3 สรุปบทเรียนในกลุ่มคณะกรรมการฯ DHB และทีมนำ เกี่ยวกับผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

5. Feedback : คืนข้อมูลให้ชุมชน

5.1 จัดเวทีคืนข้อมูลให้ชุมชน

5.2 สร้างการมีส่วนร่วมในการสรุปบทเรียนในในชุมชนเกี่ยวกับประเด็นในการแก้ไขปัญหาที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ในปีที่ผ่านมาและพัฒนากระบวนการให้มีความต่อเนื่อง

6. R & D : วิจัยและพัฒนา

6.1 ส่งเสริมการดำเนินงานวิจัยปัญหาชุมชน

7 Intregrate : บูรณาการแผนทุกภาคส่วน ทุกหน่วยงาน เอกชน ท้องถิ่น องค์กร กลุ่ม ปชช.

7.1 ดำเนินการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณการและมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

7.2.ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วย UCCARE

7.3.สรุปผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้และชื่นชมและเสริมพลัง

8. LO (Learning Organization) : แลกเปลี่ยนเรียนภายในและภายนอก

8.1 ใช้กระบวนการ DHML

8.2 Cross Learning ระหว่างอำเภอ/จังหวัด

9. Empowerment & Reward : เสริมพลังและให้รางวัลระดับองค์กร/บุคคล

9.1 ส่งเสริมกระบวนการเยี่อมเสริมพลัง

9.2 ยกย่องเชิดชูเกรียรติ(ระดับองค์กร/บุคคล)

**6.กระบวนการการควบคุมกำกับติดตาม (Monitor and Evaluation process)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| มาตรการ | กิจกรรมหลัก | ระยะเวลา | หมายเหตุ |
| ต.ค. | พ.ย. | ธ.ค. | ม.ค. | ก.พ. | มี.ค. | เม.ย. | พ.ค. | มิ.ย. | ก.ค. | ส.ค. | ก.ย. |
| **มาตรการที่ 1**สร้างกลไกขับเคลื่อนที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (DHS)  | 1.แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (District Health Board : DHB) ตาม ร่างระเบียบสำนักนายกว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.สนับสนุนและส่งเสริมการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ DHB อย่างโปร่งใส เป็นธรรมและมีส่วนร่วมทั่วถึงทุกภาคส่วน  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 2**พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างมีส่วนร่วม | 1.จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา นำมาคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  2.จัดทำแผนดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย 2 เรื่อง |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 สรุปบทเรียนผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **มาตรการที่ 3**เสริมสร้างศักยภาพ DHB อย่างมั่นคงและยั่งยืน  | 1 ดำเนินการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณการและมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2.ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่ เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ด้วย UCCARE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.สรุปผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้และชื่นชมและเสริมพลัง |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**3. ผลการดำเนินงาน (ไตรมาสที่ 1 เดือนตุลาคม – ธันวาคม 2560)**

**3.1 ผลการดำเนินการประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น**

3.1.1 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB จำนวน 2 แห่ง สำหรับอีก 6 อำเภออยู่ระหว่างการจัดเตรียมข้อมูลและประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.1.2. มีคณะทำงานที่ขับเคลื่อนในระดับพื้นที่โดยคณะทำงานDHS: District Health System

3.2 ประชุมชี้แจงทีมนำและทีมเลขาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต : DHB ทั้งจังหวัด

**4. ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

|  |  |
| --- | --- |
| ปัญหา/อุปสรรค | ข้อเสนอแนะ  |
| 1. การบูรณาการ การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ให้เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร หน่วยงาน ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ และตอบสนองประเด็นปัญหาสุขภาพระดับอำเภอที่สำคัญ | -การทำข้อตกลงในระดับพื้นที่ ระดับอำเภอ ที่ครอบคลุมทุกองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  โดยการวางกรอบการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอให้ไปในทิศทางเดียวกัน และเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ และตอบสนองปัญหาสุขภาพที่แท้จริง |
| 2.การให้ความสำคัญของผู้บริหารทุกระดับที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานในพื้นที่ | -พัฒนาระบบการนิเทศติดตามและการประเมินผลการพัฒนาที่แสดงให้เห็นถึงผลการพัฒนา การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในทุกระดับ-จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้นำเสนอผลการดำเนินงานระดับเครือข่ายและระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง |
| 3.ความเข้าใจของบุคลากรในการแก้ไขปัญหาเชิงระบบ | -ควรจัดหลักสูตรพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับอำเภอ ตำบล ในการพัฒนางานเชิงระบบ |
|  4องค์ความรู้ในเรื่อง พชอ. และความพร้อมของทีม |  หน่วยงานในระดับจังหวัดควรเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนหรือกำหนดทิศทางการขับเคลื่อน พชอ. |
| 5.ระเบียบ กฎหมาย ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน พชอ.ล่าช้า ทำให้มีผลต่อการสั่งการ | -ควรเร่งรัดการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง |
|  6.การมีส่วนร่วมของภาคส่วนอื่น นอกกระทรวงสาธารณสุข ไม่ค่อยเป็นจริง |  หน่วยงานในระดับจังหวัดควรเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนหรือกำหนดทิศทางการขับเคลื่อน พชอ. |

|  |  |
| --- | --- |
| สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ | ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย |
| 1ควรเร่งรัดการออกกฎหมายที่เกี่ยวข้อง | 1.ระเบียบ กฎหมาย ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน พชอ.ล่าช้า ทำให้มีผลต่อการสั่งการ |

**5. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)**

**Best practice อำเภอบ้านโฮ่ง เมืองต้นแบบ บ้านโฮ่ง วัฒนธรรมสร้างสุข**

 **Best practice อำเภอลี้ ตารางแถบสีควบคุมไข้เลือดออก**

**ผู้รายงาน :** นางพวงผกา สุริวรรณ

**ตำแหน่ง :** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

**วัน/เดือน/ปี :** 29 มกราคม 2561

**โทร** **:** 086 1898675

**E-mail :** puang8876@hotmail.com