

การจัดการเรียนเพื่อเสริมสมรรถนะ  
การบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ



District Health System  
Management Learning:  
**DHML**



รวบรวมโดย

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ



## การจัดการเรียน

เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ  
(District Health System Management Learning: DHML)

“โครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ  
(District Health Management Learning หรือ DHML)”  
สำหรับทีมนำระดับอำเภอ ซึ่งมีการทำงานร่วมกันตามยุทธศาสตร์  
“รสอ. (DHS)” อยู่แล้ว. ทั้งนี้เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง  
ด้วยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (บริบท)”  
และ แนวคิด “ร่วมคิด - ร่วมทำ - ร่วมเรียนรู้”

(Participatory Interactive Learning through Action หรือ PILA)”  
โดยเสริมกระบวนการเรียนรู้เพิ่มเติม ระหว่างการทำงานร่วมกันในพื้นที่

รวบรวมโดย

ยงยุทธ พงษ์สุภาพ [yongyuth.p@nhso.go.th](mailto:yongyuth.p@nhso.go.th)

# การจัดการเรียน

เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการ

ระบบสุขภาพอำเภอ

(District Health System

Management Learning: DHML)

รวบรวมโดย: ยงยุทธ พงษ์สุภาพ

เลขมาตรฐานประจำหนังสือ : ISBN: 978-616-7859-12-5

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2557

ราคา :

จัดทำโดย : สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลิขสิทธิ์

การผลิตและลอกเลียนหนังสือเล่มนี้ ไม่ว่าในรูปแบบใด

ต้องได้รับอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร

พิมพ์ที่ :

APPA Printing Group CO.,LTD.

42/79 หมู่ 5 อาคารอดิสร ซ.ศิริชัย ถ.พุทธมณฑล สาย 5

ต.อ้อมน้อย อ.กระทุ่มแบน จ.สมุทรสาคร 74130

Tel: 0-2813-4741-43 Fax: 0-2813-5855

Office Tel: 0-2954-2774 Fax: 0-2953-9391

email: appaprint@hotmail.com www.appaprint.com

จัดจำหน่ายโดย :

Tel: 02-973-6739, 086-567-7000

# คำนำ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2555 โดยการขับเคลื่อนดังกล่าวเป็นการสานพลังร่วมกับหน่วยงานและภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (สรพ.) สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.) เป็นต้น การพัฒนา DHS เป็นการพัฒนาระบบการบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่มีประสิทธิภาพ ตอบสนองความต้องการ และการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีคุณภาพ และเหมาะสม (Essential Care) โดยการสร้างความเป็นเอกภาพในการนำ (Unity of DHS Team) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) การบริหารทรัพยากรร่วมกัน (Sharing Resources) ผ่านกระบวนการชื่นชม และจัดการความรู้ไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ที่ผ่านมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2553-2556 ได้มีความพยายามร่วมกันระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันการศึกษา 4 สถาบันประกอบด้วย คณะสาธารณสุขศาสตร์-มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์-มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์-มหาวิทยาลัยขอนแก่น สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน-มหาวิทยาลัย มหิดล ได้มีความร่วมมือกันพัฒนาสมรรถนะผู้บริหารระบบสุขภาพอำเภอ ภายใต้โครงการพัฒนาผู้นำการจัดการระบบบริการปฐมภูมิ (CUP Leader: ผู้นำ CUP) ซึ่งเป็นการนำหลักสูตรปริญญาโทมาปรับใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้อำนวยการโรงพยาบาล

ชุมชน ผลการดำเนินงานสามารถส่งเสริมสมรรถนะผู้บริหาร CUP ได้ระดับหนึ่ง และผลการประเมินโครงการภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องยังคงเห็นความสำคัญในการส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะการบริหารแก่ผู้บริหารและภาคีเครือข่ายสุขภาพอำเภอในพื้นที่ แต่ควรปรับแนวคิดและกระบวนการออกแบบการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงาน และเอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของหุ้นส่วนทางสังคมที่ร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอให้เข้มแข็ง (DHS) โดยเป็นการเชื่อมประสาน และจัดการความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ทำจริง เข้ากับความรู้ทางวิชาการ และเป็นการเรียนรู้แบบ Participatory Interactive Learning through Action (PILA) กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันการศึกษาต่างๆ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จึงได้ร่วมกันจัดทำโครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) ขึ้น เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอให้แก่ผู้บริหารหน่วยงาน หน่วยบริการ ผู้นำชุมชน และประชาชนให้เข้มแข็ง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพและระบบบริการในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาสุขภาพในภาพรวมของทั้งประเทศและประชาชนมีสุขภาพดี ต่อไป

นายแพทย์วินัย สวัสดิ์วิตร

เลขาธิการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# บทนำ

## DHML “การเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (รบบฐ.)”

### และ แนวคิด “ร่วมคิด – ร่วมทำ – ร่วมเรียนรู้”

(Participatory Interactive Learning through Action หรือ PILA )”

หนังสือเล่มนี้เป็นคู่มือที่วาดด้วยแนวทางและวิธีการในการจัดการเรียนรู้เพื่อเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอสำหรับทีมงานในพื้นที่ที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.)” หรือ “District Health System (DHS)”

ยุทธศาสตร์ “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบอ.หรือ DHS)” ในบ้านเราได้ค่อยๆ ก่อตัวขึ้นจากการที่แพทย์และทีมงานสาธารณสุขในหลายๆอำเภอต่างฝ่ายต่างได้ลงมือทำโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชนในอำเภอของตัวเอง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพทั้งภาคสาธารณสุข ภาคส่วนอื่นๆ และภาคประชาชน จนมีความสำเร็จที่โดดเด่นในช่วง 5 – 10 ปีที่ผ่านมา

ทั้งนี้ เป็นการริเริ่มด้วยพวกเขาเองที่ทำงานคลุกคลีกับชุมชนมาช้านาน และมีความเข้าใจปัญหาและบริบทในพื้นที่ของตน จึงได้แสวงหาหนทางการทำงานกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญในอำเภอของตัวเอง นับว่าเป็นภูมิปัญญาที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติและด้วยหัวใจที่อยากช่วยเหลือประชาชนที่ทุกข์ยากและด้อยโอกาส

เมื่อปี 2552 มีกลุ่มแพทย์กลุ่มหนึ่งที่มีประสบการณ์ในเรื่องนี้ได้ร่วมกันสำรวจและถอดบทเรียน 21 อำเภอที่ดำเนินยุทธศาสตร์ “รสบอ. (DHS)” และปี 2554 ได้ขยายอีก 22 อำเภอที่สมัครใจเข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เมื่อปลายปี 2555 ผู้บุกเบิกกลุ่มนี้ได้ประชุมสรุปผลการศึกษา และได้สร้างกรอบแนวคิด แนวทางและเครื่องมือในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์นี้ และเมื่อปลายปี 2556 ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขก็ได้ประกาศเป็นนโยบายขึ้นใช้ทั่วประเทศ

ประสบการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดและหลักการแห่ง “การพัฒนา ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” ที่เสนอโดยองค์การอนามัยโลก (เมื่อปี 2529) และก็

สามารถพัฒนาให้สอดคล้องกับบริบทของไทยเรา **นับว่าเป็นการพัฒนาาระบบสุขภาพ จากฐานรากของเจดีย์ (bottom - up) ที่มีความมั่นคงและยั่งยืน** มีศักยภาพที่จะรองรับการขยายบริการป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศร่วมกับโรงพยาบาลระดับสูงได้อย่างเท่าเทียม มีคุณภาพและประสิทธิภาพต่อไป

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ “รสอ. (DHS)” ให้ได้ผลอย่างมั่นคงและยั่งยืนนั้น ต้องอาศัยแกนนำในทุกระดับที่มีความเข้าใจและมีใจในการนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง แกนนำในพื้นที่อันประกอบด้วยทีมนำจากภาคโรงพยาบาล (แพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพ) ภาคสาธารณสุข (สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการสาธารณสุข และทีมงานรพ.สต.) และภาคประชาชน (อปท. ผู้นำชุมชน จิตอาสา และอสม.) ซึ่งนอกจากจะเข้าใจแนวคิด หลักการ และแนวทางดำเนินงานในพื้นที่แล้ว ยังต้องหนุนเสริม วัฏจักรแห่ง “การขับเคลื่อนงานสุขภาพชุมชน - การพัฒนาการเรียนรู้ - การส่งเสริมความสัมพันธ์และการสร้างเครือข่าย” ซึ่งทั้ง 3 สิ่งนี้ล้วนมีความสำคัญและเสริมแรงบวกซึ่งกันและกัน

ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกันจัดทำ “โครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health Management Learning หรือ DHML)” สำหรับทีมนำระดับอำเภอ ซึ่งมีการทำงานร่วมกันตามยุทธศาสตร์ “รสอ. (DHS)” อยู่แล้ว. ทั้งนี้เน้นการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงด้วยยุทธศาสตร์ “การเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (รบบฐ.)” และ แนวคิด “ร่วมคิด - ร่วมทำ - ร่วมเรียนรู้ (Participatory Interactive Learning through Action หรือ PILA)” โดยเสริมกระบวนการเรียนรู้เพิ่มเติมระหว่างการทำงานร่วมกันในพื้นที่ (เช่น พบปะเป็นประจำ เพื่อทบทวน สรุปบทเรียน และเติมวิชาการตามความจำเป็นกับการใช้งานจริง) และ มีพี่เลี้ยงประจำช่วยอำนวยความสะดวกการเรียนรู้ของทีมงาน นอกจากนี้ มีศูนย์ประสานงานและจัดการการเรียนรู้ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมวิชาการให้ทีมงาน ประมาณ 5 อำเภอได้มาพบปะกันประมาณทุก 1- 2 เดือน นานประมาณ 1 ปี โดย มีนักวิชาการจากสถาบันการศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียงมาสนับสนุน ทางวิชาการ และช่วยถอดบทเรียนให้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงผลลัพธ์จากการทำโครงการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน ให้

เกิดการยอมรับจากนักวิชาการและผู้บริหารสาธารณสุข ซึ่งจะเกิดผลกระทบเชิงนโยบายและการพัฒนาองค์ความรู้

โครงการนี้มีจุดมุ่งหมายหลัก คือ การเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการ 6 ด้านหลัก (ได้แก่ การควบคุมตนเอง วิสัยทัศน์ การวางแผน การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม และการใช้เครื่องมือทางการจัดการ) และ 4 ด้านเงาหรือผลพลอยได้ (ได้แก่ การสัมพันธ์ การติดต่อสื่อสาร การข้องเกี่ยวกับความแตกต่างเชิงอำนาจ และการข้องเกี่ยวกับความแตกต่างเชิงคุณค่าและมาตรฐาน) และมีจุดมุ่งหมายรอง ได้แก่ (1) ความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพของทีมนำระดับอำเภอ และ (2) เครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติในพื้นที่ กับ นักวิชาการในสถาบันการศึกษา ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความเข้มแข็งทางวิชาการ ในขณะที่นักวิชาการเกิดภูมิปัญญาจากการปฏิบัติจริงในบริบทไทย

ในการเตรียมการจัดทำโครงการนี้ ได้มีการประชุมหารือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอยู่หลายเวทีและหลายรอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับนักวิชาการจากสถาบันการศึกษา ตัวแทนแพทย์ นักสาธารณสุข และทีมสหสาขาวิชาชีพในพื้นที่ จนตกลึกเป็นแนวทางและเครื่องมือในการดำเนินการ และต้องขอขอบคุณ นายแพทย์ยงยุทธ พงษ์สุภาพ ที่ได้เป็นแกนหลักในการลงมือเรียบเรียงเนื้อหาที่เกิดจากการหารือนั้น ออกมาเป็นหนังสือเล่มนี้

หวังว่า หนังสือเล่มนี้ จะเป็นคู่มือหนึ่งในการขับเคลื่อนกระบวนการทำงานและการเรียนรู้ของทุกภาคส่วน เพื่อเสริมความเข้มแข็งแก่ระบบสุขภาพระดับอำเภอและการพัฒนาสุขภาพชุมชน

เชื่อว่า เมื่อมีประสบการณ์ในการนี้มากขึ้น ก็จะมีการตกลึกความคิดและการถอดบทเรียน ซึ่งสามารถนำมาเติมเต็มให้คู่มือนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้นไป และกลายเป็นคลังปัญญาสาธารณะสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพและกระบวนการเรียนรู้ด้านสาธารณสุขต่อไป

รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ  
ที่ปรึกษา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



# หลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพ และความอยู่ดีมีสุขของประชาชน “ถ้วนหน้า” จะไม่ใช่ความจริง หากไม่มีความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับอำเภอ<sup>1</sup>

การประกาศขับเคลื่อนนโยบายระบบสุขภาพระดับอำเภอ เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2555 นั้นเป็นยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับกระแสแนวโน้มของการพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศต่างๆ ในโลก (Global momentum universal health coverage) ที่จะให้ประชาชนทุกระดับรายได้ สถานภาพทางสังคม เผชิญหน้ากับภาระโรคที่แตกต่าง ปัญหาปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ และการสาธารณสุขที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพ เป็นธรรม ไม่เหลื่อมล้ำ ทัวถึงทุกคน

ยุทธศาสตร์ดังกล่าว จะไม่สามารถเกิดขึ้นได้ ถ้าหากไม่มีความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับอำเภอ

พื้นที่ “อำเภอ” ต่างๆ ของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลง แตกต่างไปจาก 33 ปี ที่ผ่านมามาก (Alma Ata 1978) ประการแรก คือ ปัจจัยเชิงบริบท (New contextual factors) ได้แก่ การกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการจัดการปัญหาสุขภาพ การสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมสถานบริการสุขภาพทั้งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เอกชน ต่างก็มีบุคลากรรุ่น X และรุ่น Y ถาโถมเข้ามาเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพกระจายตัวในสถานบริการ โดยมีจำนวนที่มากขึ้นในอัตราที่รวดเร็วไปที่อำเภอต่างๆ กับการมีสภาวิชาชีพมากขึ้น 9 สภาวิชาชีพ<sup>2</sup>, สภาพความเป็นเมืองและการใช้ชีวิตแบบเมืองของคนในอำเภอ และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารการเดินทางขนส่ง ประการที่สอง เกี่ยวกับสุขภาพ (Health needs) ก็เปลี่ยนแปลงไป จากระบาดวิทยาของโรคติดต่อ โรคเฉียบพลัน เป็นโรคเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อของสังคมประชากรสูงวัย

1 นพ.ชูชัย ศรชำนิ ดัดแปลงและเรียบเรียงใหม่ โดยใช้เค้าโครงจากบทความ No universal health coverage without strong Local health systems โดย Bruno Meessen, Belma Malanda ใน Bulletin of world Health Organization 2014:92:78-78A.

2 1) แพทยสภา 2) ทันตแพทยสภา 3) สภาเภสัชกรรม 4) สภาการพยาบาล 5) สภาเทคนิคการแพทย์ 6) สภากายภาพบำบัด 7) สภาการแพทย์แผนไทย 8) สัตวแพทยสภา 9) สภาการสาธารณสุขชุมชน

โรคติดต่อที่เป็นโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ความเหลื่อมล้ำกว้างออกกระหว่างคนชั้นกลางลงมา กับ คนมีรายได้สูงการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในยุคใหม่นี้บุคคล ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะต้องและควรต้องแสดงบทบาทในการ “ซื้อ procure” สุขภาพดีและความอยู่ดีมีสุขของตน และ “ควบคุมเหนี่ยวรั้ง Curb” บรรเทาเบาบาง ภาระโรค อัตราการตาย การป่วย พิการ ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละพื้นที่อำเภอ เงื่อนไข และ การสร้างสิ่งแวดล้อมเรียนรู้

ร่วมกัน เพื่อสร้างสรรค์พลังแห่งการพัฒนา รับฟังเสียงแห่งปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ต้องการมีส่วนร่วม ปฏิสัมพันธ์แนบแน่นกัน มีกิจกรรมร่วมกัน (Participative Interactive Learning through Action: PILA) ของภาคส่วนสาธารณสุข กับ ภาคสวัสดิการสังคม รัฐ-เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มีเพียง 58 ประเทศในโลกนี้ ที่บรรลุหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 58 ประเทศนั้น ทุกประเทศ และรวมทั้งประเทศที่อยู่ระหว่างผลักดันในมี Universal Health Coverage: UHC ต่างก็พุ่งเป้าที่จะพัฒนาระบบสุขภาพระดับพื้นที่อำเภอ และระบบบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง

ระบบสุขภาพระดับอำเภอที่เข้มแข็ง ควรจะมีการเรียนรู้ร่วมกัน (PILA) ที่มีเบญจลักษณ์ คือ<sup>3</sup>

**ครบถ้วนรอบด้าน (Comprehensive)** โดยเฉพาะประเด็นปัญหาโรคหรือเงื่อนไขภาวะสุขภาพที่ดำเนินการใน ODOP

**บูรณาการ (Integrated)** โดยบ่มเพาะแนวคิดเชิงระบบ System thinking คือ ปฏิบัติการร่วมกันทุกสาขาวิชาชีพ หน่วยงานร่วมที่ไม่ใช่เฉพาะแต่กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

**ตอบสนองต่อปัญหาและเรื่องราวสุขภาพของพื้นที่ (Locally responsive)** ซึ่งต้องมีความผูกพัน พันธะผูกพันกับชุมชน (Engaged community), จัดสรรทรัพยากรโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีธรรมาภิบาล

3 World Health Organization: Everybody's business; Strengthening health systems to improve health outcomes: Geneva; 2007

**สร้างความเข้มแข็งเชื่อมโยงเครือข่ายสถาบันวิชาการ (Strengthen Institutions)** สถาบันการศึกษา กระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานส่วนภูมิภาค เช่น จังหวัด อําเภอ จะต้องมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาวะแก่ประชาชนในอําเภอ

**สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าต้องให้ความสำคัญ** แก่การเข้าถึงถ้วนหน้า (Access), คุณภาพ (Quality), และประเด็นเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่าย (Cost issues)

นายแพทย์ชูชัย ศรชำนิ  
ประธานกลุ่มภารกิจสนับสนุนระบบบริการ  
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

# สารบัญ

หน้า

1. ที่มาและความสำคัญ	17
2. วัตถุประสงค์	22
2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป	22
2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ	22
3. สมรรถนะของการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ	24
3.1 สมรรถนะหลัก	24
3.2 สมรรถนะเงา	26
4. หลักการของการจัดการเรียน	28
5. การสมัครเรียนและการมีโครงการสำหรับการเรียน	30
6. กระบวนการและกิจกรรมการเรียน	34
6.1 โครงสร้างและเครือข่ายรองรับ	35
6.2 กลุ่มกิจกรรมการเรียน	36
กลุ่มกิจกรรมการเรียนที่ 1:	
ทีมผู้เรียน-ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพอำเภอ	36
กลุ่มกิจกรรมการเรียนที่ 2: ภายในทีมผู้เรียน	37
กลุ่มกิจกรรมการเรียนที่ 3: ครูพี่เลี้ยง-ทีมผู้เรียน	38
กลุ่มกิจกรรมการเรียนที่ 4: ภายในเครือข่ายการเรียน	39
6.3 การสนับสนุนกระบวนการและกิจกรรมการเรียน	40
6.4 การเก็บรวบรวมบทเรียนจากประสบการณ์ของการเรียน	42
7. การประเมินผลผู้เรียน	44
8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ	46
8.1 การเพิ่มสมรรถนะด้านการบริหารจัดการเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพ ที่แตกต่าง	46
8.2 ความก้าวหน้าของโครงการที่นำมาใช้เป็นฐานของการเรียน	47
8.3 วัฒนธรรมการเรียน	48

ภาคผนวก	50
ภาคผนวกที่ 1 บทบาทขององค์ประกอบที่เป็นเครือข่ายรองรับการเรียนรู้	51
1. ศูนย์ประสานงานและจัดการการเรียนรู้: LCC	51
1.1 บทบาทหน้าที่	51
1.2 โครงสร้างและองค์ประกอบ	52
1.3 แนวทางการดำเนินงาน	53
2. สถาบันการศึกษา: AI	56
2.1 Assigned AI	56
2.2 AI: on demand	57
3. ครูพี่เลี้ยง: P	58
4. แหล่งเรียนรู้	59
5. Resource persons ที่ไม่สังกัดสถาบันการศึกษา	60
ภาคผนวกที่ 2	
แนวทางการดำเนินโครงการตามวงจรการบริหารจัดการเชิงระบบ	62
1. การตัดสินใจเลือกโครงการ	64
2. การตัดสินใจเชิงประจักษ์กับการตัดสินใจเดิหน้าโครงการ	66
3. สมมติฐานเชิงพลวัตและทฤษฎีระดับกลาง	68
4. กิจกรรมของการดำเนินโครงการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	70
4.1 การใช้เครื่องมือสำหรับการวางแผนและการมีคู่มือเพื่อการปฏิบัติ	70
4.2 บทบาทของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง: การลงมือปฏิบัติ-การบริหารจัดการ-และการวิจัยปฏิบัติการ	72
5. การประเมินผลโครงการ	76
5.1 การประเมินผลเชิงปฏิบัติการ	76
5.2 การประเมินผลเชิงวิเคราะห์	79
6. ความสัมพันธ์ของวงจรการบริหารจัดการเชิงระบบกับเมนูวิชาการ	82
7. แนวทางการสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์ของการดำเนินโครงการ	85

### ภาคผนวกที่ 3

<b>ภาพรวมเมนูวิชาการ</b>	<b>87</b>
ชุดความรู้ที่ 1 เป้าหมายและวิสัยทัศน์	90
ชุดความรู้ที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์	92
ชุดความรู้ที่ 3 ปัญหาสุขภาพ	95
ชุดความรู้ที่ 4 ระบบบริการสุขภาพอำเภอพึงประสงค์: ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ	99
ชุดความรู้ที่ 5 คุณลักษณะและสมรรถนะ ของผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ	102
ชุดความรู้ที่ 6 วงจรการวางแผนและวงจรการบริหารจัดการด้านสุขภาพ	105
ชุดความรู้ที่ 7 การบริหารจัดการและพัฒนาทรัพยากรบุคคล และการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม	108
ชุดความรู้ที่ 8 การมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ	110
ชุดความรู้ที่ 9 การบริหารจัดการระบบข้อมูลสุขภาพ	113
ชุดความรู้ที่ 10 การบริหารจัดการด้านการเงิน	116
ชุดความรู้ที่ 11 การประเมินผล	118
<b>ภาคผนวกที่ 4</b>	
<b>ตัวอย่างเครื่องมือสำหรับประเมินตนเอง</b>	
<b>ด้านสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ</b>	<b>121</b>

## สารบัญภาพ

ภาพที่ 1	แสดงคุณลักษณะของความเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีการปรับตัวตาม “คุณลักษณะการมีชีวิต” ของระบบสุขภาพอำเภอ	19
ภาพที่ 2	แสดงความหลากหลายของปัญหาสุขภาพและความหลากหลายของการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ	20
ภาพที่ 3	แสดงภาพรวมของกระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้ในโครงการDHML	34
ภาพที่ 4	แสดงโครงสร้างและการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเพื่อรองรับกิจกรรมและกระบวนการเรียนต่างๆ ในโครงการ DHML	35
ภาพที่ 5	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะด้านการบริหารจัดการที่เพิ่มกับการแก้ปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน	46
ภาพที่ 6	แสดงระบบสุขภาพอำเภอที่ได้รับการพัฒนาจากการดำเนินโครงการ	48
ภาพที่ 7	แสดงสมมติฐานของการเปลี่ยนสถานการณ์จากปัจจุบัน-สู่-ผลที่คาดว่าจะได้รับ กับการตอบคำถามทั้ง 4 ข้อของการมีโครงการเพื่อการเรียน	65
ภาพที่ 8	แสดงองค์ประกอบต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิงประจักษ์	67
ภาพที่ 9	แสดงองค์ประกอบต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสมมติฐานเชิงพลวัต	68
ภาพที่ 10	แสดงการขยายผลโครงการและการพัฒนาทฤษฎีระดับกลางที่ผ่านการพิสูจน์มาแล้ว	69

ภาพที่ 11	แสดงตัวอย่างการใช้เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวางแผนปฏิบัติการ ในลักษณะของการใช้ Gantt chart สัมพันธ์กับ PERT chart	71
ภาพที่ 12	แสดงความสัมพันธ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอในโครงการ DHML จากมุมมองของ การวิจัยปฏิบัติการ	74
ภาพที่ 13	แสดงความสัมพันธ์ของการเรียน-การบริหารจัดการ- และการวิจัยปฏิบัติการ ในระบบสุขภาพอำเภอ	75
ภาพที่ 14	แสดงความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องระหว่างการประเมินผลเชิงปฏิบัติการ การประเมินผลเชิงวิเคราะห์ และการปรับเปลี่ยนการตัดสินใจหรือ สมมติฐานของการดำเนินโครงการ	80
ภาพที่ 15	แสดงภาพรวมของวงจรการบริหารจัดการเชิงระบบและ การวิจัยปฏิบัติการ	82
ภาพที่ 16	แสดงตัวอย่างการเก็บรวบรวมเอกสาร powerpoint ภาพถ่าย หรือวิดีโอ อย่างเป็นระบบขณะดำเนินโครงการสัมพันธ์ ขั้นตอนของการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและการวิจัยปฏิบัติการ	86
ภาพที่ 17	แสดงความสัมพันธ์ของชุดความรู้ต่างๆ กับการบริหารจัดการ เพื่อการดำเนินโครงการเพื่อการเรียนในพื้นที่ในบริบท ของระบบสุขภาพอำเภอของผู้เรียน	88







## 1. ที่มาและความสำคัญ

**ค**วามใกล้ชิดประชาชนของสถานบริการปฐมภูมิในชุมชน โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รัฐบาลท้องถิ่น และภาคส่วนต่างๆ ที่มีอยู่ภายในระบบสุขภาพอำเภอ ทำให้สามารถสัมผัส-รับรู้-และเข้าถึงสภาพปัญหา ตลอดจนศักยภาพที่มีของทั้งระดับรายบุคคล - ครอบครัว - ชุมชน - และประชาชนกลุ่มต่างๆ ส่งผลให้มีศักยภาพของการเป็นตัวของตัวเอง ฟังพากันเอง และพึ่งตนเองขององค์กรประกอบต่างๆ ภายในระบบ (Self-contained segment)<sup>1</sup> กอปรกับศักยภาพดังกล่าวสามารถรองรับ เพื่อการมีปฏิสัมพันธ์อย่างสมดุล (ไม่เพียงแค่อ้อยตาม)<sup>2</sup> กับการขับเคลื่อนตามนโยบายหรือกิจกรรมที่ต่อเนื่องทั้งจากส่วนกลาง - เขต - หรือจังหวัด และปัจจัยต่างๆ จากภายนอก บนพื้นฐานของการตอบสนองตามความจำเป็นด้านสุขภาพ ตามความจำเป็นของแต่ละบริบท ทำให้ระบบสุขภาพอำเภอมีคุณลักษณะของการเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีการปรับตัว (Complex and Adaptive System)<sup>3</sup> กล่าวได้ว่าเป็นคุณลักษณะของ “การมีชีวิต” ซึ่งสมรรถนะด้านการบริหารจัดการเพื่อการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณลักษณะดังกล่าว

ความเป็นระบบของระบบสุขภาพอำเภอ มีองค์ประกอบของระบบที่อาจแบ่งตามคุณลักษณะที่แตกต่างได้ดังนี้ (ภาพที่ 1)

- 1 WHO (1987): Harare Declaration:คำประกาศความสำคัญของระบบสุขภาพอำเภอขององค์การอนามัยโลก (Declaration on strengthening District Health Systems based on Primary Health Care, World Health Organization 1987): District Health System is more or less a “self-contained segment”... โดยที่ระบบสุขภาพอำเภอ มีความแตกต่างไปจากระบบสุขภาพตำบลกล่าวคือ องค์กรประกอบต่างๆ ส่งผลให้เกิดศักยภาพของการฟังพากันเอง ของระบบสุขภาพตำบล มีน้อยกว่าระบบสุขภาพอำเภอ และมีความแตกต่างไปจากระบบสุขภาพจังหวัดกล่าวคือ องค์กรประกอบต่างๆ ที่มีอยู่ภายในระบบสุขภาพจังหวัด มีความใกล้ชิดประชาชนน้อยกว่าระบบสุขภาพอำเภอ...
- 2 ปฏิสัมพันธ์ที่สมดุลนี้ มีพื้นฐานมาจากปฏิสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดความสมดุลระหว่าง การรับรู้และรองรับเพื่อการขับเคลื่อนตามนโยบาย (กระบวนการจากบนลงล่าง: Top-down process) กับ ความใกล้ชิดที่สามารถรับรู้ถึงศักยภาพ-ความพร้อม-ความต้องการ-และความจำเป็นของพื้นที่ (กระบวนการจากล่างขึ้นบน: Bottom-up process)
- 3 Aragon, AO (2010): A case for surfacing theories of change for purposeful organizational capacity development, IDS Bulletin 41(3):36-46

- การมีองค์ประกอบที่เป็นโครงสร้าง กลไก และเครื่องมือทางการบริหารจัดการต่างๆ ในที่นี้อาจเทียบได้กับองค์ประกอบที่เป็น “Hardware” ของระบบ เช่น โครงสร้างบริการ ระบบการเงิน ระบบข้อมูล เทคโนโลยี เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น
- การมีปฏิสัมพันธ์ การเชื่อมโยง การมีส่วนร่วม และการสร้างความร่วมมืออย่างเป็นระบบ ในที่นี้อาจเทียบได้กับองค์ประกอบที่เป็น “Tangible Software” ของระบบ เช่น กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ สายงานบังคับบัญชา และแนวทางการดำเนินการต่างๆ การมีปฏิสัมพันธ์และการประชุมร่วมกันอย่างสม่ำเสมอทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นต้น
- การรับรู้และตอบสนองตามเป็นคุณลักษณะของการมีชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้และตอบสนองต่อ “ทุกขภาวะ” และ “สุขภาวะ” ในที่นี้อาจเทียบได้กับองค์ประกอบที่เป็น “Intangible Software” ของระบบ เช่น ค่านิยม-การให้ความสำคัญ-และการให้คุณค่ากับสิ่งต่างๆ ทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม การพัฒนาความสัมพันธ์ การสื่อสาร การใช้อำนาจ เป็นต้น ซึ่งมักแสดงออกมาในลักษณะของความมุ่งมั่น การปรับตัว การซ่อมแซม การเชื่อมต่อ การสร้างเสริม การสร้างใหม่ และการสร้างสมดุลในความหลากหลาย
- การสร้าง-การพัฒนา-และการใช้ทั้งองค์ประกอบที่เป็น “Hardware” และ “Software” ของระบบ ในที่นี้อาจเทียบได้กับองค์ประกอบที่เป็น “Peopleware” ของระบบ เช่น ผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ ผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และประชาชนทั่วไปที่อยู่ในระบบทุกคน เป็นต้น

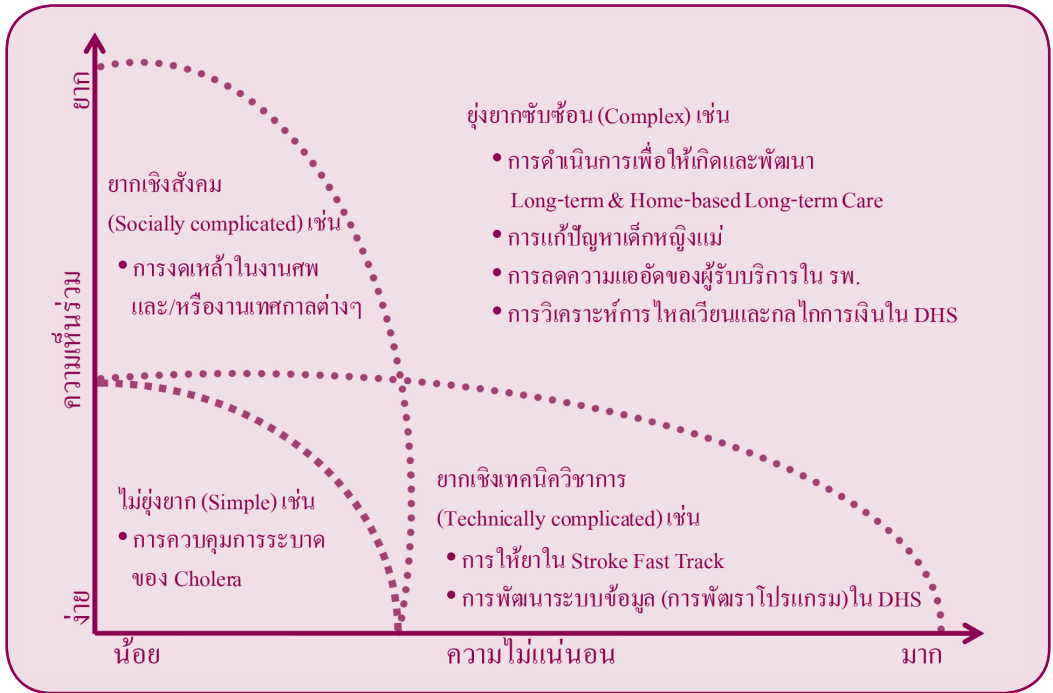
ภาพที่ 1 แสดงคุณลักษณะของความเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีการปรับตัวตาม “คุณลักษณะการมีชีวิต” ของระบบสุขภาพอำเภอ<sup>4</sup>



เนื่องจากการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพหรือการดำเนินการเพื่อการพัฒนา ระบบสุขภาพอำเภอมีความหลากหลาย กล่าวคือมีทั้งการแก้ปัญหาหรือการดำเนินการ ที่ไม่ยุ่งยาก-ยากเชิงสังคม-ยากเชิงเทคนิควิชาการ-และยุ่งยากซับซ้อน (ภาพที่ 2) ทำให้ จำเป็นต้องใช้สมรรถนะด้านการบริหารจัดการที่มีความแตกต่างและหลากหลาย ดังนั้น การบริหารจึงควรเป็นการบริหารจัดการร่วมกันเป็นทีม ซึ่งนอกจากทำให้ได้ประโยชน์ จากความแตกต่างของสมรรถนะของผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการแล้ว ยังมีส่วนช่วยทำให้อ องค์ประกอบต่างๆ (Hardware-Software-Peopleware) ของระบบ ถูกนำมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ที่อยู่ในระบบได้อย่างเต็มศักยภาพมากยิ่งขึ้น<sup>5,6,7</sup>

- 4 พัฒนามาจาก Soraya Elloker, Patti Olckers, Lucy Gilson, Uta Lehmann (2013): Organizational capacity to function as a resilient, strategic and autonomous entity, South Africa Health 2012/2013
- 5 Unger JP and Bart C (1995): Principles of health infrastructure planning in less developed countries, International Journal of Health Planning and Management 10 (2): 113-128
- 6 Blaise P and Kegels G (2004): A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models 19(4):337-64
- 7 Marchal B et.al (2014): Building on the EGIPPS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organizations BMC Public Health, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/378>

## ภาพที่ 2 แสดงความหลากหลายของปัญหาสุขภาพและความหลากหลายของการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ



ประเทศไทยมีความพยายามและมีพัฒนาการของการเพิ่มสมรรถนะด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภออย่างต่อเนื่อง ทั้งในเชิงโครงสร้างเพื่อส่งเสริมการบริหารจัดการร่วมกันเป็นทีม เช่น การมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) การมีคู่สัญญาที่ทำหน้าที่จัดและบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ (Contracting Unit for Primary care: CUP) เป็นต้น และการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มสมรรถนะให้กับผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการ เช่น โครงการพัฒนาผู้นำการจัดระบบบริการปฐมภูมิ หรือที่เรียกอีกชื่อหนึ่งว่าโครงการพัฒนาผู้นำ CUP<sup>8</sup> เป็นต้น ทั้งนี้โครงการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML) เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาที่ต่อเนื่องจากพัฒนาการดังกล่าว ทั้งในแง่ของการส่งเสริมให้มีการบริหารจัดการร่วม

8 เป็นการเรียนการสอนในรูปแบบของหลักสูตรปริญญาโท โดยมีประสบการณ์ของการผลิตบัณฑิตไปแล้วจำนวน 3 รุ่น จากความร่วมมือของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับ 4 สถาบันการศึกษาประกอบด้วย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์-มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะแพทยศาสตร์-มหาวิทยาลัยขอนแก่น และสถาบันอาชีวศึกษา-มหาวิทยาลัยมหิดล

กันเป็นทีม กล่าวคือส่งเสริมให้มีการเรียนร่วมกันเป็นทีม และในแง่ของการพัฒนากระบวนการเรียน ซึ่งโครงการ DHML ให้ความสำคัญกับ การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning: CBL)<sup>9</sup> บนพื้นฐานของการเพิ่มเนื้อหาเพื่อคุณค่า และพัฒนาบริบทของระบบสุขภาพอำเภอ พร้อมไปกับการเพิ่มสมรรถนะของทีมผู้เรียน

---

9 การจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning: CBL) เริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการในปี 2550 บนพื้นฐานของการพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการปฐมภูมิในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอ บนหลักการของการ “เพิ่มเนื้อหาเพิ่มคุณค่า และพัฒนาบริบท” พร้อมไปกับ “การเพิ่มสมรรถนะของผู้เรียน” ต่อมา ในปี 2555 หลักการดังกล่าวของ CBL ถูกนำมาประยุกต์ใช้กับโครงการจัดการเรียนเพื่อเพิ่มสมรรถนะด้านเวชปฏิบัติครอบครัวให้แพทย์ (Family Practice Learning: FPL) และ ในปี 2557 ถูกนำมาใช้ในโครงการจัดการเรียนเพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Management Learning: DHML)



## 2. วัตถุประสงค์

### 2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อเสริมสร้าง แนวคิด หลักการ และวิธีการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอซึ่งมีธรรมชาติของการเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีการปรับตัว (Complex and Adaptive System)
2. เพื่อส่งเสริมรูปแบบการพัฒนา (Model Development) เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพและสร้างเสริมสุขภาพะ ตามความจำเป็นของบริบทของแต่ละระบบสุขภาพอำเภอ พร้อมทั้งรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ที่สังเคราะห์เป็นบทเรียนจากประสบการณ์เพื่อทำให้เกิดประโยชน์อย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่ ตลอดจนส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในระดับเขต ระดับชาติ และนานาชาติ
3. เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ นักวิชาการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการ DHML ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา DHS อย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาเป็นเครือข่าย (Networking) ทั้งในระดับพื้นที่ ระดับเขต และในภาพรวมของทั้งประเทศ

### 2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของผู้เรียน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียน บนพื้นฐานของการดำเนินการบริหารจัดการโครงการร่วมกันเป็นทีมของทีมผู้เรียน ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ (Participatory Interactive Learning through Action: PILA) หรือร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดกับกระบวนการเรียน
2. เพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการที่ใช้สำหรับการเรียน โดยมีกระบวนการวิธี

บริหารจัดการและการวิจัยปฏิบัติการรองรับอย่างเป็นระบบ ตามความ  
จำเป็นของการดำเนินโครงการ

3. เพื่อสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์ของกระบวนการเรียนเพื่อ  
เพิ่มสมรรถนะด้านการบริหารจัดการของทีมผู้เรียน และกระบวนการ  
ดำเนินโครงการตามกระบวนการวิธีของการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ  
และการวิจัยปฏิบัติการ





### 3. สมรรถนะของการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

**ส**มรรถนะของการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ อยู่บนพื้นฐานของการมีความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ในการทำให้การมีปฏิสัมพันธ์และการเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบที่เป็น Hardware Software และ Peopleware เกิดประโยชน์สูงสุดต่อคุณลักษณะการมีชีวิตของระบบสุขภาพอำเภอ ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของผู้อำนวยการ ผู้สร้าง ผู้ใช้ และผู้พัฒนาระบบ

#### 3.1 สมรรถนะหลัก

สมรรถนะหลัก(Core competencies) หมายถึง สมรรถนะที่สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นมืออาชีพของผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ มี 6 ประการประกอบด้วย

- 1. การควบคุมตัวเอง** หมายถึง การรู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองและควบคุมได้อย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับความเครียดหรือภาวะที่เกิดความกดดันทางอารมณ์ อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การมีพฤติกรรมการตอบโต้ที่สงบ-สร้างสรรค์ แม้จะถูกขู่ข่ม สามารถแก้ไขสถานการณ์โดยไม่เกิดความรุนแรงทางอารมณ์ รวมถึงการควบคุมตนเองมีผลให้ผู้อื่นสามารถสงบลงได้ เป็นต้น
- 2. การมีวิสัยทัศน์** หมายถึง ความสามารถในการทำความเข้าใจ (มากกว่าการรับรู้) อย่างผิวเผินในลักษณะของคำขวัญ: Slogans) คุณลักษณะพึงประสงค์ของระบบสุขภาพอำเภอและระบบสุขภาพของประเทศโดยรวม เช่น E.Q.E.SA<sup>10</sup>, ไกล่บ้านไกล่ใจ, 1A4C<sup>11</sup>, และ UCARE<sup>12</sup> เป็นต้น โดยสามารถเชื่อมโยงกับการบริหารจัดการในทางปฏิบัติ เพื่อการวางยุทธศาสตร์และการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ ให้มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับคุณลักษณะระบบสุขภาพพึงประสงค์ดังกล่าว

10 E = Equity, Q = Quality, E = Efficiency, SA = Social Accountability

11 1A4C: Accessibility, Continuity, Comprehensiveness, Coordination, Community participation

12 U = Unity, C = Community participation, A = Appreciation, R = Resource sharing, E = Essential care

**3. การวางแผน** หมายถึง ความสามารถในการดำเนินการตามวงจรของการวางแผน (Planning cycle) ได้อย่างครบวงจร ซึ่งประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา-การวางแผน-การให้การสนับสนุนการดำเนินการเพื่อการแก้ปัญหา-การควบคุมกำกับ-การติดตามผล-และการประเมินผล

**4. การนำการเปลี่ยนแปลง** หมายถึง การกระตุ้นหรือผลักดันการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้คุณลักษณะของระบบสุขภาพอำเภอเข้าใกล้คุณลักษณะของระบบสุขภาพพึงประสงค์ บนพื้นฐานของการรับรู้ เรียนรู้ และทำความเข้าใจองค์ประกอบต่างๆ ที่เป็นแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง (Resistance to change) เช่น ความเคยชิน (Habitude) ความกลัวต่อความไม่แน่นอนของการเปลี่ยนแปลง (Fear of uncertainty) เป็นต้น ทำให้สามารถโน้มน้าว สร้างขวัญกำลังใจ ในการทำให้ในที่สุดการเปลี่ยนแปลงสามารถเกิดขึ้นได้อย่างราบรื่น

**5. การทำงานเป็นทีม** หมายถึง ความสามารถในการดำเนินการบริหารจัดการร่วมกันเป็นทีมของทีมบริการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Management Team: DHMT) บนพื้นฐานของความถนัดและการมีสมรรถนะที่แตกต่างของสมาชิกภายในทีม ตามการดำเนินการและการแก้ปัญหาสุขภาพที่แตกต่าง เช่น การดำเนินการหรือการแก้ปัญหาที่มีความยากเชิงเทคนิควิชาการ การดำเนินการหรือการแก้ปัญหาที่มีความยากเชิงสังคม การดำเนินการหรือการแก้ปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เป็นต้น บนพื้นฐานของการสร้างความร่วมมือกับทีมงานและผู้ปฏิบัติที่หลากหลายภายในระบบสุขภาพอำเภอ

6. การใช้เครื่องมือการบริหารจัดการ หมายถึง การให้ความสำคัญกับ “เครื่องมือการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHS management tools)” เช่น กลไกการเงิน, การใช้ข้อมูลทางสุขภาพ, การสร้างทีมและการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมทั้งแนวราบ (ภายในสถานบริการ) และแนวตั้ง (โรงพยาบาล-สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน-ผู้ให้บริการที่เป็นสมาชิกในชุมชน-และสมาชิกในครอบครัว), การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดำเนินการบนพื้นฐานของการร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้พลังของการมีปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีอยู่ทั้งหมดภายในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อส่งเสริมความมุ่งมั่น การปรับตัว การซ่อมแซม การเชื่อมต่อ การสร้างเสริม การสร้างใหม่ การสร้างสมดุลในความหลากหลาย ให้เกิดขึ้นอย่างเต็มศักยภาพในระบบสุขภาพอำเภอ

### 3.2 สมรรถนะเงา

สมรรถนะเงา (Shadow competencies) หมายถึง สมรรถนะที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ (ติดตามต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการพัฒนา โดยติดตามเหมือนเงาตามตัว) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะการมีชีวิต (*Intangible Software*) ของระบบสุขภาพอำเภอ มี 4 ประการประกอบด้วย

1. **คุณค่า** หมายถึง ความสามารถในการรับรู้-เข้าใจ-และไม่ปฏิเสธ การรับรู้-ความเชื่อ-ที่นำไปสู่การให้ความสำคัญและการเห็นถึงคุณค่าหรือค่านิยม ซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างกันของสมาชิกและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ เช่น การเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับการไม่ทอดทิ้งกัน ความเป็นธรรม ประสิทธิภาพ การเข้าถึงบริการ คุณภาพบริการ ความโปร่งใสตรวจสอบได้ เป็นต้น เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ บนพื้นฐานของการประนีประนอม และพัฒนาเป็นคุณค่าร่วม เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอให้มีคุณลักษณะตามคุณค่าร่วมดังกล่าวร่วมกัน

2. **ความสัมพันธ์** หมายถึง ความสามารถในการสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการมีส่วนร่วม การได้รับความร่วมมือ ทั้งนี้ การสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ควรอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้และเข้าใจความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อพัฒนาให้เกิดเป็นฐานร่วม ซึ่งเป็นเงื่อนไขของการแก้ปัญหาพร้อมไปกับการขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ปัญหาหรือขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบที่มีองค์ประกอบของความยากเชิงสังคม
3. **การสื่อสาร** หมายถึงความสามารถในการรับฟัง รับข้อมูล พุด ส่งข้อมูล พุดคุย ติดต่อสื่อสาร ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ กับสมาชิกที่มีบทบาทที่แตกต่างในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อลดการรับรู้หรือการมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ไม่ตรงกัน หรือไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งนี้รวมถึงความสามารถในการสื่อสารเพื่อติดต่อประสานงาน หรือเจรจากับผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่มีการแก้ปัญหาหรือการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเมืองค์ประกอบของความยากเชิงวิชาการ ที่มีจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะด้าน
4. **อำนาจ** หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ เรียนรู้ ทำความเข้าใจ และใช้อำนาจ ทั้งอำนาจหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมายตามกฎหมาย ขอบบังคับ หรือสายบังคับบัญชา (Authority) และพลังอำนาจ (Power) ที่มีของตนเอง และองค์ประกอบต่างๆ ในระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีส่วนช่วยเสริมหรือเพิ่มพลังขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ พร้อมกับตระหนักถึงผลกระทบของการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันของอำนาจต่างๆ เหล่านี้ บนพื้นฐานของการทำให้ปฏิสัมพันธ์ดังกล่าว เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมต่างๆ มีการดำเนินการไปด้วยกัน หรือมีการดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน



## 4. หลักการของการจัดการเรียน

การจัดการเรียนใน DHML อยู่บนพื้นฐานของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning: CBL) โดยกิจกรรมการเรียนรู้ส่วนใหญ่ เกิดขึ้นในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน ในที่นี้คือ “การดำเนินโครงการในพื้นที่” ซึ่งเป็นกิจกรรมหลักของกระบวนการเรียน ทั้งนี้รวมถึงการให้ความสำคัญกับการเรียนรู้จากบริบทที่ใกล้เคียง เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือศึกษาดูงานในระบบสุขภาพอำเภอที่เป็นกรณีศึกษา โดยมีการพัฒนาเป็นเมนูวิชาการ เพื่อแสดงให้เห็นถึงการใช้หลักการ-แนวคิด-และทฤษฎีที่สามารถเลือกใช้ร่วมกัน อันมีผลต่อการกำหนดทิศทางของการพัฒนา ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับการดำเนินการในพื้นที่ ซึ่งการดำเนินการอาจมีความแตกต่างตามความจำเป็นของแต่ละบริบท โดยหลักการสำคัญของการเรียนประกอบด้วย

- การเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Learning by Doing) โดยเรียนผ่านประสบการณ์ การดำเนินโครงการในพื้นที่ ทั้งที่เป็นประสบการณ์ใหม่ และที่เป็นการต่อยอดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิมที่มี (Experiential Learning) เรียนจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Interactive Learning and Sharing) ทั้งภายในพื้นที่เดียวกัน-และระหว่างพื้นที่ ระหว่างประชาชน-ผู้ปฏิบัติ-ผู้บริหารจัดการ-ผู้เชี่ยวชาญ-นักวิชาการ-รวมถึงผู้กำหนดและวางนโยบาย โดยมีหลักการและทฤษฎีเชิงวิชาการในรูปของเมนูวิชาการ ให้เลือกใช้ตามความจำเป็นในทุกขั้นตอนของกระบวนการเรียน ในที่นี้เรียกการเรียนในลักษณะนี้ว่า “การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Interactive Learning through Action: PILA)” หรืออาจเรียกกระบวนการนี้เพื่อให้เข้าใจง่ายในทางปฏิบัติว่าเป็นการ “ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้” ถือเป็นกระบวนการหลักของการจัดการเรียนของ DHML

- การเรียนแบบผู้ใหญ่ (Adult Learning) โดยผู้เรียนรับรู้ถึงความจำเป็นในการเรียน และสมรรถนะที่เพิ่มจากสมรรถนะเดิมที่มี เหมาะกับการนำไปใช้ตามความจำเป็นในทางปฏิบัติของผู้เรียน
- การเรียนรู้หลักการและทฤษฎีเชิงวิชาการ จากสถาบันและเครือข่ายการจัดการเรียน ให้ความสำคัญกับการจัดการเรียนเพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการ กล่าวคือใช้หลักการหรือทฤษฎีเฉพาะที่มีผลต่อการเพิ่มศักยภาพหรือเพิ่มพลังขับเคลื่อนของการดำเนินการโครงการในพื้นที่เป็นหลัก มากกว่าการเรียนให้จบเป็นรายวิชา หรือเป็นรายชุดวิชา
- ให้ความสำคัญกับการเรียนเป็นทีม (Team approach) ทั้งนี้สมรรถนะที่เพิ่มของทีมผู้เรียน (Learning Team) จากการดำเนินการโครงการในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน มีผลต่อการเพิ่มสมรรถนะของทีมผู้บริหารจัดการของอำเภอ (District Health Management Team: DHMT) ผู้ปฏิบัติที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ พร้อมไปกับเพิ่มความเข้มแข็งให้กับระบบบริการ และระบบสุขภาพอำเภอโดยรวม



## 5. การสมัครเรียนและการมีโครงการ สำหรับการเรียน

6 เพื่อส่งเสริมให้มีการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอเป็นทีม ในโครงการ DHML จึงกำหนดให้มีการสมัครเรียนเป็นทีม และเพื่อส่งเสริมการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (CBL) บนพื้นฐานของการเรียนในบริบทที่เหมือนหรือใกล้เคียงกับบริบทของทีมผู้เรียน ดังนั้นการสมัครเรียนจึงกำหนดให้สมัครพร้อมกับการมีโครงการเพื่อการเรียน โดยที่โครงการดังกล่าวต้องมีการดำเนินการในบริบทของทีมผู้เรียน

ทีมผู้เรียน (Learning Team: LT) หมายถึง ทีมที่สมัครพร้อมกันมีโครงการที่ดำเนินการในพื้นที่ที่นำมาใช้สำหรับการเรียน และผ่านการลงทะเบียนเพื่อเป็นผู้เรียนอย่างเป็นทางการในโครงการ DHML โดยสมาชิกของทีมผู้เรียนประกอบด้วย สมาชิกที่มาจาก

- โรงพยาบาล: 2-3 คน
- สาธารณสุขอำเภอ และ รพ. สต.: 2-3 คน
- ภาคประชาชน: 1-2 คน

ทีมผู้เรียนถือเป็นแกนหลักในการทำให้เกิดกระบวนการ “แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม: Participatory Interactive Learning through Action (PILA)”

โครงการที่นำมาใช้ดำเนินการสำหรับการเรียน สามารถนำโครงการที่เขียนไว้แล้ว และ/หรือโครงการที่ดำเนินการอยู่แล้วในพื้นที่ มาใช้สำหรับดำเนินการเริ่มหรือดำเนินการต่อในขณะที่เรียนได้ ทั้งนี้อยู่บนพื้นฐานของการตัดสินใจร่วมกันของสมาชิกของทีมผู้เรียน

ในกรณีที่ยังไม่มีโครงการที่เขียนไว้แล้ว หรือยังไม่มีโครงการที่ดำเนินการอยู่แล้วในพื้นที่ เพื่อการมีโครงการในลักษณะที่เป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินการในพื้นที่ในขณะที่เรียน ให้ทีมผู้เรียนร่วมกันตอบคำถาม 4 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 1) เลือกเรื่องอะไร เพื่อดำเนินการในขณะที่เรียน 2) ทำไมจึงเลือกเรื่องดังกล่าว 3) ลงมือทำอย่างไร และ 4) ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการลงมือทำดังกล่าว

อนึ่ง กรณีที่นำโครงการที่เขียนไว้แล้ว และ/หรือโครงการที่ดำเนินการอยู่แล้ว ในพื้นที่ มาใช้สำหรับดำเนินการเริ่มหรือดำเนินการต่อในขณะเรียน ให้ทีมผู้เรียนร่วมกันตอบคำถามทั้ง 4 ข้อดังกล่าวด้วยเช่นกัน (ทั้งนี้โดยทั่วไปมักมีคำตอบครบทั้ง 4 ข้อ อยู่ก่อนแล้ว โดยทีมผู้เรียนควรร่วมกันดูและร่วมกันตอบคำถามอีกครั้ง กรณีที่ยังมีคำตอบไม่ครบ ให้ร่วมกันตอบให้ครบทั้ง 4 ข้อ)

แนวทางการตอบคำถามทั้ง 4 ข้อ เพื่อการมีโครงการสำหรับใช้ดำเนินการในพื้นที่ในระหว่างเรียน อาจแสดงเป็นตัวอย่างของประเด็นที่ใช้ในการตอบคำถามแต่ละข้อได้ดังนี้

- 1. เลือกเรื่องอะไร** ก่อนเรียนให้เสนอเรื่องที่ยากทำอย่างน้อย 1 เรื่อง ทั้งนี้สามารถปรับ-เปลี่ยน-เพิ่ม-หรือลดจำนวนเรื่องที่จะทำได้ในระหว่างเรียน โดยมีเงื่อนไขว่า มีอย่างน้อย 1 เรื่อง ที่ลงมือทำ และสามารถสังเคราะห์ประสบการณ์ ส่งเป็นรายงานเพื่อแสดงถึงการผ่านและการจบการเรียนรู้ ตัวอย่างเรื่องที่มีการดำเนินการอยู่บ้างแล้วในระบบสุขภาพอำเภอ เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด ถุงลมปอดโป่งพอง เป็นต้น) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน การจัดการเพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชน การแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อใช้ควบคุมกำกับและประเมินผลระบบสุขภาพอำเภออย่างต่อเนื่อง การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านและในชุมชน การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชน การลด-ละ-เลิกอบายมุขในชุมชน การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของการเกิดกองทุนเพื่อสุขภาพในระดับอำเภอ ที่เกิดจากการรวมกองทุน UC-SSS-CSMS และกองทุนอื่นๆ (กองทุนอื่นๆ เช่น กองทุนเพื่อสุขภาพจากรัฐบาลท้องถิ่นต่างๆ ในระดับตำบล) หรือ เรื่องอื่นๆ ตามที่ทีมผู้เรียนเห็นร่วมกันว่าเป็นเรื่องที่สมควรดำเนินการในบริบทของทีมผู้เรียน
- 2. ทำไมจึงเลือกเรื่องดังกล่าว** โดยอธิบายเหตุผลที่สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องทำ ซึ่งที่มาของเหตุผลอาจมีความหลากหลาย เช่น เป็นการพัฒนาโครงการที่มีการดำเนินการอยู่แล้วในพื้นที่ (ภายในระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน) เป็นโครงการที่มีการดำเนินการตามนโยบายของ



กระทรวงสาธารณสุข (เช่น One District One Project: ODOP) เห็นถึงความจำเป็น จากการรับรู้ข้อมูลทั้งที่เป็นทางสถิติ เช่น ข้อมูลประชากร และ/หรือจากความรู้สึกที่สัมผัสอยู่กับชุมชนหรือองค์กรประกอบต่างๆ ภายในระบบสุขภาพอำเภอ จากความทุกข์ ความรุนแรง หรือความสูญเสียที่เกิดจากปัญหาสุขภาพดังกล่าว จากการวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา หรือการดำเนินการในการทำให้เกิดการพัฒนาในเรื่องดังกล่าว เป็นการดำเนินการตามวิสัยทัศน์หรือพันธกิจของหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งของทีมผู้เรียน เหตุผลอื่นๆ ตามที่ทีมผู้เรียนมีความเห็นร่วมกัน

- 3. ลงมือทำอย่างไร** เพื่อพัฒนาระบบหรือเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว เช่น การเพิ่มสมรรถนะการให้บริการของผู้ให้บริการปฐมภูมิในชุมชน พร้อมกับการเพิ่มสมรรถนะการจัดการในระดับอำเภอ สำหรับให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามความจำเป็น การเพิ่มสมรรถนะดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน การเพิ่มสมรรถนะให้กับจิตอาสา อาสาสมัครสาธารณสุขและญาติ ในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน การลดบวมชุมชนในชุมชนด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในชุมชน ทั้งกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมการใช้จักรยาน พัฒนาสถานที่ และส่งเสริมการออกกำลังกาย เก็บรวบรวมข้อมูลทำให้ทราบอัตราการใช้บริการ ความครอบคลุมการให้บริการ และจำนวนปัญหาสุขภาพในระบบสุขภาพอำเภอ และมีการนำมาพิจารณาโดยทีมผู้เรียน และทีมผู้บริหารระบบสุขภาพอำเภอ อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เช่น ทุกเดือน หรือทุก 3 เดือน วิเคราะห์การไหลเวียนของเงินผ่านกองทุนต่างๆ ทั้งหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า-ประกันสังคม-ข้าราชการ และกองทุนอื่นๆ เช่น กองทุนเพื่อสุขภาพของรัฐบาลท้องถิ่นต่างๆ ทั้งในส่วนที่เป็นรายรับ และในส่วนที่เป็นรายจ่าย พร้อมทั้งเงื่อนไขและกฎระเบียบที่ทำให้เกิดเป็นรายรับ และเงื่อนไขและกฎระเบียบที่สามารถนำเงินเหล่านี้ไปใช้เป็นรายจ่าย เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพของประชาชนในระบบสุขภาพอำเภอ วิธีการอื่นๆ ตามที่ทีมผู้เรียนมีความเห็นร่วมกัน

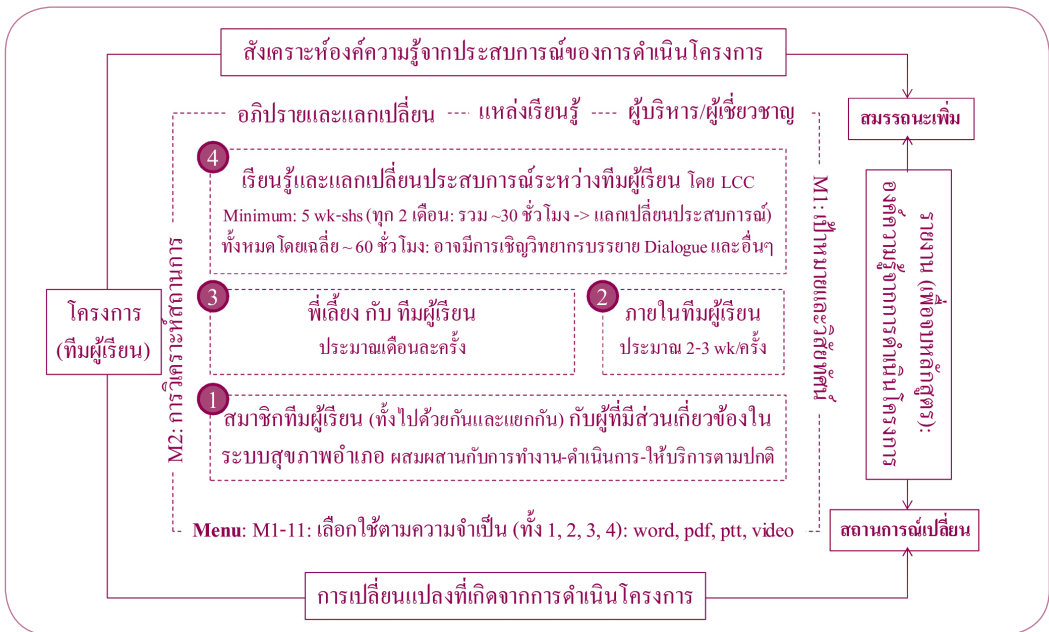
4. ผลที่คาดว่าจะได้รับจากการลงมือทำดังกล่าว เช่น บริการและการดูแลด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับมีคุณภาพดีขึ้น ทั้งการให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวม-อย่างผสมผสาน-อย่างต่อเนื่อง-และมีประสิทธิผล ประชาชนเชื่อมั่น โดยระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอมีความเป็นหนึ่งเดียว มีระบบการให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับบริการที่บ้านหรือติดเตียง (Home-based long term care) ในระบบสุขภาพอำเภอ มีระบบข้อมูลที่ใช้สำหรับควบคุมกำกับและประเมินผลระบบสุขภาพอำเภออย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง มีข้อเสนอที่ทำให้เห็นความเป็นไปได้ในการทำให้เกิดการรวมกองทุนต่างๆ เป็นกองทุนสุขภาพอำเภอ จำนวนอุบัติเหตุทางรถยนต์ลดลง อบรมมุขในชุมชนลดลง จำนวนเด็กหญิงแม่ลดลง มีสถานที่ออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมได้รับการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ผลลัพธ์ที่คาดหวังอื่นๆ ตามที่ทีมผู้เรียนมีความเห็นร่วมกัน

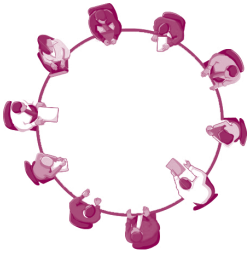


## 6. กระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้

การจัดกระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้ อยู่บนพื้นฐานของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการลงมือปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Interactive Learning through Action: PILA) โดยมีการดำเนินการโครงการในพื้นที่เป็นฐานสำคัญในการทำให้เกิดกระบวนการเรียน หรืออาจเรียกว่าเป็นกระบวนการร่วมคิด-ร่วมทำ-ร่วมเรียนรู้ ของทีมผู้เรียนกับองค์ประกอบต่างๆ ของโครงสร้างและเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียน โดยมีเมนูวิชาการ (Menu of learning materials) ให้เลือกเพื่อนำไปใช้สนับสนุนกระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้ ทั้งนี้มีศูนย์ประสานงานและจัดการเรียน (Learning and Coordinating Center: LCC) ทำหน้าที่ประสานทำให้เกิดเครือข่ายทำให้กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เกิดขึ้นภายในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน สามารถเชื่อมโยงเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเป็นระบบกับองค์ประกอบต่างๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการจัดการเรียน (ภาพที่ 3)

ภาพที่ 3 แสดงภาพรวมของกระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้ในโครงการ DHML

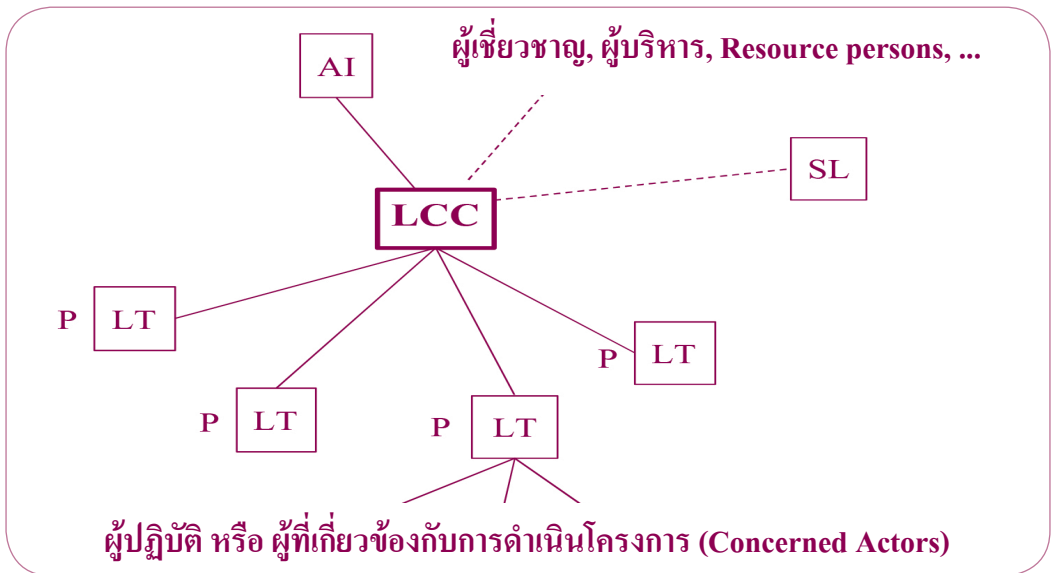




## 6.1 โครงสร้างและเครือข่ายรองรับ

องค์ประกอบที่เป็นโครงสร้างและเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเพื่อรองรับกิจกรรมและกระบวนการเรียนต่างๆ ในโครงการ DHML สามารถแสดงได้ดังภาพที่ 4

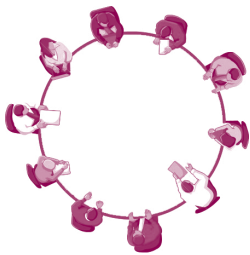
ภาพที่ 4 แสดงโครงสร้างและการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเพื่อรองรับกิจกรรมและกระบวนการเรียนต่างๆ ในโครงการ DHML



โครงสร้างที่ประกอบเป็นเครือข่ายดังกล่าวประกอบด้วย (บทบาทหน้าที่ของแต่ละองค์ประกอบของโครงสร้างและเครือข่ายการเรียนรู้ : ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 1)

- ศูนย์ประสานงานและจัดการการเรียนรู้ (Learning & Coordinating Centre: LCC)
- สถาบันการศึกษา (Academic Institutions: AI) ประกอบด้วย 1) ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันการศึกษาที่ได้รับการเชิญชวนให้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (Assigned AI) และ 2) ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันการศึกษาที่ได้รับเชิญให้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามความจำเป็นของการดำเนินโครงการ (AI: on demand)

- ครูพี่เลี้ยง (Preceptors: P)
- แหล่งเรียนรู้ (Sources of Learning: SL)
- ทีมผู้เรียน (Learning Teams: LT)
- ทรัพยากรบุคคลที่ได้รับเชิญให้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียน (Resource Persons) เช่น ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร หรือทรัพยากรบุคคลที่มีภูมิปัญญา ที่ตรงกับความจำเป็น ซึ่งส่งผลต่อการเพิ่มสมรรถนะ หรือเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินโครงการของทีมหรือเครือข่ายของทีมผู้เรียน
- ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการในพื้นที่ของทีมผู้เรียน (Concerned Actors) เช่น ผู้เกี่ยวข้องที่อยู่ภายในภาคส่วนทางด้านสุขภาพ ผู้เกี่ยวข้องที่อยู่ในภาคส่วนอื่นๆ และผู้เกี่ยวข้องที่เป็นประชาชนทั่วไป ที่อยู่ในระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน เป็นต้น



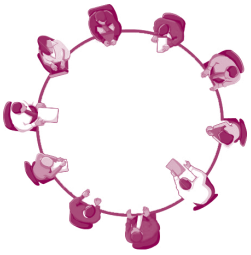
## 6.2 กลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้

### กลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 1: ทีมผู้เรียน-ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพอำเภอ

หมายถึง กิจกรรมการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์หรือกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ระหว่าง “ทีมผู้เรียน” ทั้งในระดับรายบุคคล-บางส่วนของทีม-หรือในภาพรวมของทั้งทีม กับ “ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพอำเภอ” ทั้งในระดับรายบุคคล รายกลุ่ม หน่วยงาน สถานบริการ หรือสถาบันที่อยู่ในระบบสุขภาพอำเภอที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการของทีมผู้เรียน เป็นการดำเนินการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอตามความจำเป็นของการดำเนินโครงการ ผสมผสานไปกับการทำงานหรือการให้บริการตามปกติของสมาชิกของทีมผู้เรียน

กิจกรรมการเรียนรู้ในกลุ่มที่ 1 เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ของการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ (Actions in the field) จึงเป็นฐานสำคัญของกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหลืออีก 3 กลุ่ม ถือเป็นเงื่อนไขที่จำเป็นต้องมีในกระบวนการ PILA ของ DHML

ทั้งนี้ควรพิจารณาเลือกใช้อุปกรณ์การเรียน เลือกเชิญผู้เชี่ยวชาญ/ผู้บริหาร/ผู้ที่มี ภูมิปัญญา หรือเลือกศึกษาดูงานจากแหล่งเรียนรู้ เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ-แรงบันดาลใจ-และ เพิ่มสมรรถนะของทีมผู้เรียนพร้อมไปกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ ตาม ความจำเป็นของการดำเนินโครงการในบริบทของระบบสุขภาพของแต่ละอำเภอ



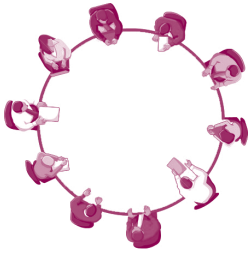
## กลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 2: ภายในทีมผู้เรียน

หมายถึง กิจกรรมการเรียนรู้ที่เกิดจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ “ภายในทีมผู้เรียน” เป็นลักษณะของการ ประชุมร่วมกันหรือพบกันอย่างสม่ำเสมอ ทุก 2-3 สัปดาห์ เป็นกิจกรรมสำคัญที่ทั้งทำให้เกิดการเรียนรู้จากกันและกันภายในทีมผู้เรียน และ ทำให้การบริหารจัดการร่วมกันเป็นทีมเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ สำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้ในกลุ่มนี้ประกอบด้วย

- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามเนื้อหาที่น่าสนใจหรือมีความจำเป็นต่อการดำเนิน โครงการ และควรพิจารณาเลือกใช้อุปกรณ์การเรียน เลือกเชิญผู้เชี่ยวชาญ/ ผู้บริหาร/ผู้ที่มีภูมิปัญญา หรือเลือกศึกษาดูงานจากแหล่งเรียนรู้ ตามเนื้อหา ที่น่าสนใจหรือมีความจำเป็นต่อการดำเนินโครงการของทีมผู้เรียน
- แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดำเนินโครงการตามกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้ ในกลุ่มที่ 1 เพื่อทำให้ทราบถึงความคืบหน้าหรือความสำเร็จที่สามารถดำเนินการ ได้ตามแผน และที่สำคัญในกรณีที่พบปัญหา-อุปสรรค-หรือความยากที่ เผชิญจากการดำเนินโครงการ ควรประเมินความต้องการ “ความเชี่ยวชาญ” จากภายนอกเพื่อลดปัญหา-อุปสรรค-หรือความยากดังกล่าว
- ประเมินสถานการณ์เพื่อวางแผนและเตรียมการสำหรับการดำเนิน โครงการในขั้นตอนต่อไป

อนึ่ง การประชุมร่วมกันหรือพบกันอย่างสม่ำเสมอของทีมผู้เรียน นอกจาก เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่สำคัญดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของ

การบริหารจัดการโครงการร่วมกันเป็นทีม ความสามารถในการบริหารจัดการร่วมกันเป็นทีมในลักษณะดังกล่าว เป็นพื้นฐานสำคัญของการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอโดยรวม

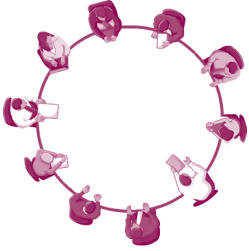


### กลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 3: ครูพี่เลี้ยง-ทีมผู้เรียน

หมายถึง กลุ่มกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ครูพี่เลี้ยงเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้ของทีมผู้เรียน เพื่อเพิ่มคุณค่า เพิ่มความสำคัญ และเพิ่มความหมายให้กับทุกกิจกรรมที่ครูพี่เลี้ยงเข้าไปมีส่วนร่วม บนพื้นฐานของการช่วยเหลืออำนวยความสะดวก และกระบวนการดำเนินโครงการ สามารถดำเนินการไปได้อย่างราบรื่น ทั้งนี้กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ครูพี่เลี้ยงเข้าไปมีส่วนร่วมกับกิจกรรมของทีมผู้เรียนอาจแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะประกอบด้วย

- มีการนัดหมายเป็นการเฉพาะ ระหว่างครูพี่เลี้ยงกับทีมผู้เรียน ทั้งเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมติดตามความคืบหน้าของการดำเนินโครงการ ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนการดำเนินโครงการในขั้นตอนต่อไป รวมถึงการร่วมเตรียมการเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับทีมผู้เรียนของระบบสุขภาพอำเภออื่นที่อยู่ในเครือข่ายการเรียนรู้เดียวกัน (เป็นการร่วมเตรียมการเพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการดำเนินโครงการ เพื่อการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 4)
- เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ในกลุ่มที่ 1 และ 2 ของทีมผู้เรียนตามความเหมาะสม เพื่อร่วมเรียนรู้ และเพื่อเพิ่มคุณค่า-เพิ่มความหมาย-และเพิ่มความสำคัญ ตลอดจนช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้การดำเนินการในกิจกรรมการเรียนรู้กลุ่มที่ 1 และ 2 ของทีมผู้เรียน ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและมีความสม่ำเสมอ
- พิจารณาเข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มการเรียนรู้ที่ 4 กับทีมผู้เรียน เพื่อร่วมเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับทีมผู้เรียน และโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับครูพี่เลี้ยงด้วยกัน จากระบบสุขภาพอำเภออื่นที่อยู่ภายในเครือข่ายการเรียนรู้เดียวกัน

โดยเฉลี่ยครูที่เลี้ยงควรมีส่วนร่วมในกระบวนการและกิจกรรมการเรียนของ  
ทีมผู้เรียน โดยเฉลี่ยประมาณ **เดือนละครึ่ง** และควรพิจารณาเลือกใช้อุปกรณ์การ  
เรียน เลือกเชิญผู้เชี่ยวชาญ/ผู้บริหาร/ผู้ที่มีภูมิปัญญา หรือเลือกศึกษาดูงานจากแหล่ง  
เรียนรู้ ตามความจำเป็นด้วยเช่นกัน



#### กลุ่มกิจกรรมการเรียนที่ 4: ภายในเครือข่ายการเรียน

หมายถึง กิจกรรมการเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้  
ระหว่างทีมผู้เรียน และ องค์กรประกอบต่างๆ ที่อยู่ภายใน  
เครือข่ายการเรียน ซึ่งประสานงานและจัดให้มีกิจกรรม  
การเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในลักษณะดังกล่าว โดยศูนย์  
ประสานงานและ จัดการการเรียน (Learning and Coordinating Centre: LCC) ควร  
มีการจัดกิจกรรมการเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มกิจกรรมการเรียนกลุ่มนี้โดย  
ประมาณ **60 ชั่วโมง** ภายในระยะเวลา 1 ปี โดยแบ่งเป็น

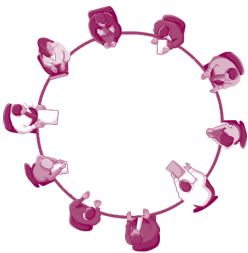
- การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการอย่างน้อย 5 ครั้ง  
(5 Workshops) เพื่อเปิดโอกาสให้ทีมผู้เรียนได้นำเสนอและแลกเปลี่ยน  
ประสบการณ์ของการดำเนินโครงการ และประสบการณ์ที่น่าสนใจของ  
จากกลุ่มกิจกรรมการเรียนต่างๆ ของทีมผู้เรียนที่อยู่ภายในเครือข่าย LCC  
เดียวกัน ถือเป็นกิจกรรมขั้นต่ำ (Minimum requirement) เพื่อการแลก  
เปลี่ยนเรียนรู้ที่จัดโดย LCC โดยเฉลี่ยควรจัดกิจกรรมนี้โดยประมาณ  
**ทุก 2 เดือน** ทั้งนี้ใน Workshop แต่ละครั้งสามารถเทียบเคียงการ  
ดำเนินโครงการกับ “วงจรการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ (Systemic  
management)<sup>13</sup>” ซึ่งจะช่วยให้ทราบความถึงความก้าวหน้า ปัญหา  
อุปสรรค ความยาก และความยุ่งยากซับซ้อนของการดำเนินโครงการ ของ

13 Nitayarumphong S and Mercenier P (1992) Ayutthaya Research Project: Thailand experiences on health systems research. In: Commission of the European Communities. Directorate General XII: Science, Research and Development. Life Science and Technologies for Developing Countries. Area <<Health>>. Methodology and Relevance of Health Systems Research. Research Reports. Contractholders meeting 8, 9, and 10 April 1992. Centre International de l'Enfance, Paris, pp 55-78



แต่ละทีมผู้เรียน ซึ่งวงจรการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบดังกล่าว สามารถประยุกต์เป็นวงจรการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) ได้ (ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 2) และในแต่ละขั้นตอนตามวงจรการบริหารจัดการมีเมนูวิชาการ ซึ่งมีทั้งหมด 11 ชุดความรู้ (ดูภาพรวมในภาคผนวกที่ 3) ที่สามารถเลือกใช้เพื่อสนับสนุนการดำเนินโครงการในพื้นที่ที่นำมาใช้สำหรับการเรียน

- การจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเสริมองค์ความรู้ ผสมผสานกับความคิดสร้างสรรค์ และศักยภาพของแต่ละ LCC เช่น การเชิญวิทยากร (AI: on demand) มาบรรยาย กระบวนการ Dialogue รวมถึงการศึกษาดูงานตามแหล่งเรียนรู้ต่างๆ ตามความจำเป็น หรือความต้องการที่มีความเห็นร่วมกันของทีมผู้เรียนภายในเครือข่ายการเรียนรู้เดียวกัน



### 6.3 การสนับสนุนกระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้

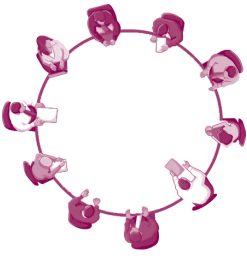
กระบวนการเรียนรู้ที่มีในทั้ง 4 กลุ่มของกิจกรรมการเรียนรู้ สมาชิกของทีมผู้เรียน ครูพี่เลี้ยง ผู้ประสานงานและผู้รับผิดชอบดำเนินการที่ LCC สามารถเลือกใช้ประโยชน์เพื่อเพิ่มสมรรถนะ เพิ่มความมั่นใจในการดำเนินโครงการหรือลดความโดดเดี่ยวทางวิชาการโดย

- เลือกใช้ “อุปกรณ์การเรียนรู้: Learning materials” ที่หลากหลายในรูปแบบของ words, pdf, powerpoint, และ video จาก “เมนูวิชาการ” ซึ่งแบ่งกลุ่มขององค์ความรู้ออกเป็น 11 ชุดความรู้ โดยสามารถเลือกใช้ตามความจำเป็นของแต่ละกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้ เช่น การนำ Video ไปใช้ในขณะแลกเปลี่ยนความเห็นและประสบการณ์กับสมาชิกในชุมชน การที่สมาชิกในทีมผู้เรียนใช้ powerpoint อธิบายเพื่อทำความเข้าใจร่วมกันกับสมาชิกที่เหลือทั้งหมดในทีม หรือครูพี่เลี้ยงได้อ่านเอกสาร (word หรือ pdf) เพื่อเป็นการเตรียมการก่อนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมผู้เรียน

เป็นต้น ทั้งนี้ Learning materials ทั้งหมดจะมีชื่อของผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ผลิต ซึ่งสามารถติดต่อสื่อสารทางไกลผ่าน e-mail, โทรศัพท์, skype หรืออื่นๆ ตามความจำเป็น รวมถึงอาจเชิญผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ผลิต Learning materials ดังกล่าว เข้าร่วมแลกเปลี่ยน (face to face) ในกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้ทั้ง 4 กิจกรรมได้ตามความจำเป็น

- เลือกเชิญ “ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้บริหาร/หรือผู้ที่มีภูมิปัญญา: Resource persons” ที่อาจจะไม่ใช่ผู้ผลิต Learning materials เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้ทั้ง 4 กิจกรรม ตามความจำเป็น การเชิญ Resource persons ของทีมผู้เรียน ควรประสานงานผ่านหรือประสานงานโดย LCC
- เลือกศึกษาดูงานจาก “แหล่งเรียนรู้: Sources of learning” เพื่อประโยชน์ของการดำเนินโครงการของแต่ละทีมผู้เรียน หรือบางส่วนของทีมผู้เรียน (เช่น 2 ทีม หรือ 3 ทีม) หรือทั้งหมดของทีมผู้เรียนที่อยู่ภายในเครือข่ายการเรียนรู้เดียวกัน ซึ่งควรประสานงานผ่านหรือประสานงานโดย LCC ด้วยเช่นกัน ในลักษณะเดียวกับการเชิญ Resource persons จากภายนอก

กระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งหมดในระยะเวลา 1 ปี ในโครงการ DHML อยู่บนพื้นฐานของการเรียนรู้จากการลงปฏิบัติในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน เป็นการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การดำเนินโครงการในพื้นที่ ทั้งที่เป็นประสบการณ์ใหม่ และที่เป็นการต่อยอดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เดิมที่มี เรียนจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งภายในพื้นที่เดียวกัน-และระหว่างพื้นที่ ระหว่างประชาชน-ผู้ปฏิบัติ-ผู้บริหารจัดการ-ผู้เชี่ยวชาญ-นักวิชาการ-รวมถึงผู้กำหนดและวางนโยบาย ตามความจำเป็นของการดำเนินโครงการในพื้นที่ โดยมีหลักการและทฤษฎีเชิงวิชาการให้เลือกใช้ในรูปแบบของเมนูวิชาการ เลือกเชิญ Resource persons และเลือกศึกษาดูงานตามแหล่งเรียนรู้ เพื่อประโยชน์ต่อการเพิ่มสมรรถนะ และเพื่อประโยชน์ต่อการดำเนินโครงการในระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน



## 6.4 การเก็บรวบรวมบทเรียนจากประสบการณ์ของการเรียน

การเก็บรวบรวมบทเรียนจากประสบการณ์ของการเรียน มีความสำคัญทั้งต่อการสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์ และการประเมินผลกระบวนการเรียน ดังนั้น บทบาทสำคัญของทีมผู้เรียน ซึ่งนอกจากควรเข้าร่วมและมีส่วนร่วมในกระบวนการและกิจกรรมการเรียนทั้งหมดดังที่กล่าวมาข้างต้น ควรมีการบันทึกเป็นหลักฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เป็นประสบการณ์ประทับใจ เช่น

- บันทึกด้วยการถ่ายภาพ
- บันทึกเป็น Video
- บันทึกเป็นเรื่องบอกเล่าอย่างง่าย จากการร่วมในกิจกรรม หรือการมีประสบการณ์ต่างๆ
- บันทึกสิ่งที่ได้เรียนรู้ ทั้งจากการทำงานในพื้นที่ การค้นคว้าศึกษาด้วยตนเอง และการพบปะแลกเปลี่ยน
- บันทึกเป็นเรื่องเล่าเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์
- บันทึกในลักษณะของการสะท้อนความรู้สึกต่างๆ การทบทวนตนเอง ความคิดเห็น ตลอดจนข้อเสนอแนะ
- สังเคราะห์ออกมาในรูปของ PowerPoint
- หรืออื่นๆ ตามความถนัดของผู้เรียน เช่น อาจถ่ายทอดออกมาเป็นภาพวาด เป็นต้น

การเก็บรวบรวมบทเรียนจากประสบการณ์ของการเรียนดังกล่าว ควรดำเนินการทั้งในระดับรายบุคคล และในภาพรวมของแต่ละทีม ทั้งนี้อยู่บนพื้นฐานของความสมัครใจและความถนัดของทั้งในระดับรายบุคคลและของแต่ละทีมผู้เรียน

ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่ประทับใจที่ได้รับการบันทึกหรือมีการรวบรวม มีความสัมพันธ์หรือมีความเกี่ยวข้องกับ การเพิ่มความรู้จัก การเพิ่มความเข้าใจ และการมีประสบการณ์ของการใช้สมรรถนะทางด้านการบริหารจัดการ ทั้งสมรรถนะหลัก (ควบคุมตนเอง มีวิสัยทัศน์ ทำการวางแผน นำการเปลี่ยนแปลง

ทำงานเป็นทีม และการใช้เครื่องมือทางการจัดการ) และสมรรถนะเงา (คุณค่า ความสัมพันธ์ การสื่อสาร และอำนาจ) ทั้งในระดับรายบุคคลและภาพรวมของทั้งทีม จะเป็นประโยชน์ต่อการประเมินผลสมรรถนะด้านการบริการจัดการที่เพิ่มขึ้นของผู้เรียน และช่วยทำให้มีประสบการณ์ เหตุการณ์ หรือปรากฏการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์มากยิ่งขึ้น

ในขณะเดียวกัน ถ้ากรณีที่เกิดเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่ประทับใจที่ได้รับการบันทึกหรือมีการรวบรวม มีความสัมพันธ์หรือมีความเกี่ยวข้องกับ การเพิ่มความรู้จัก การเพิ่มความเข้าใจ และการมีประสบการณ์ของการวิเคราะห์สถานการณ์ การตัดสินใจเดินหน้าโครงการ ความประทับใจในความก้าวหน้าหรือความสำเร็จของการลงมือดำเนินการ หรือความยาก-ความซับซ้อน-ความกลัวต่อความไม่แน่นอนเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ จะเป็นประโยชน์ต่อการประเมินความก้าวหน้า ทั้งในแง่ของการประเมินผลเชิงปฏิบัติการ และการประเมินผลเชิงวิเคราะห์ของการดำเนินโครงการ (ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 2)



## 7. การประเมินผลผู้เรียน

การประเมินผลมีเป้าหมายเพื่อเสริมพลัง (หลีกเลี่ยงการทำให้เสียพลัง) การขับเคลื่อนของการดำเนินการโครงการ บนพื้นฐานของการเสริมสมรรถนะด้านการบริหารจัดการของทีมผู้เรียน ทั้งนี้ในเบื้องต้นอยู่บนพื้นฐานของการพิจารณาจาก

- ความสม่ำเสมอของการเข้าร่วมและการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมผู้เรียนทั้ง 4 ลักษณะดังกล่าวข้างต้น พิจารณาเชิงปริมาณ ประเมินเป็นรายทีม (น้ำหนักคะแนนของการประเมิน 20%) ประเมินร่วมกันโดยครูพี่เลี้ยงและอาจารย์จากสถาบันการศึกษา
- การมีส่วนร่วมในกระบวนการอภิปรายแลกเปลี่ยนในทุกระดับ ทั้งการเข้าร่วม การนำเสนอ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยน ประเมินเป็นรายบุคคล (น้ำหนักคะแนนของการประเมิน 30%) การประเมินประกอบด้วย
  - การประเมินตนเองของสมาชิกแต่ละคนในทีมผู้เรียน (1/4)
  - การประเมินโดยสมาชิกที่อยู่ภายในทีมเดียวกัน (1/4)
  - การประเมินโดยครูพี่เลี้ยง (1/4)
  - การประเมินโดยอาจารย์จากสถาบันการศึกษา (1/4)
- การสังเคราะห์องค์ความรู้ จากการดำเนินการโครงการ (Project) ในพื้นที่ออกมาในรูปของ เอกสาร (Documentations) การเตรียมการเพื่อนำเสนอ (เช่น PowerPoint Presentation, Video, เอกสารประกอบการนำเสนอ) และรายงาน (Report) ประเมินเป็นรายทีม โดยครูพี่เลี้ยงร่วมกับอาจารย์จากสถาบันการศึกษา (น้ำหนักคะแนนของการประเมิน 50%) การประเมินประกอบด้วย

- ก่อนเรียน (การมีโครงการตั้งแต่ก่อนเรียน ถือเป็นจุดเริ่มต้นของพัฒนาการ) และพัฒนาการระหว่างเรียน (1/2)
- รายงานประกอบการนำเสนอเพื่อการจบการเรียน (1/2)

กรณีที่มีการรวบรวมบทเรียนจากประสบการณ์ทั้งระดับรายบุคคล และในภาพรวมของทั้งทีมของทีมผู้เรียน ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยเพิ่มความหนักแน่นให้การประเมินผลการเรียน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่มีเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่ประทับใจที่ได้รับการบันทึกหรือมีการรวบรวม มีความสัมพันธ์หรือมีความเกี่ยวข้องกับ การเพิ่มความรู้จัก การเพิ่มความเข้าใจ และการมีประสบการณ์ของการใช้สมรรถนะทางการบริหารจัดการ ทั้งสมรรถนะหลัก (ควบคุมตนเอง มีวิสัยทัศน์ ทำการวางแผน นำการเปลี่ยนแปลง ทำงานเป็นทีม และการใช้เครื่องมือทางการจัดการ) และสมรรถนะเงา (คุณค่า ความสัมพันธ์ การสื่อสาร และอำนาจ) ทั้งในระดับรายบุคคลและภาพรวมของทั้งทีม

อย่างไรก็ตาม ระหว่างดำเนินการเพื่อเพิ่มสมรรถนะให้กับผู้เรียน ตามกระบวนการ และกิจกรรมการเรียนต่างๆ จะมีการพัฒนาเครื่องมือเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเองของผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง (ดูตัวอย่างในภาคผนวกที่ 4) เพื่อเพิ่มความรู้จัก เพิ่มความเข้าใจ และกระตุ้นให้มีการใช้สมรรถนะดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เพื่อในที่สุดการเพิ่มสมรรถนะทางการบริหารจัดการสามารถเกิดขึ้นกับผู้เรียนทุกคน

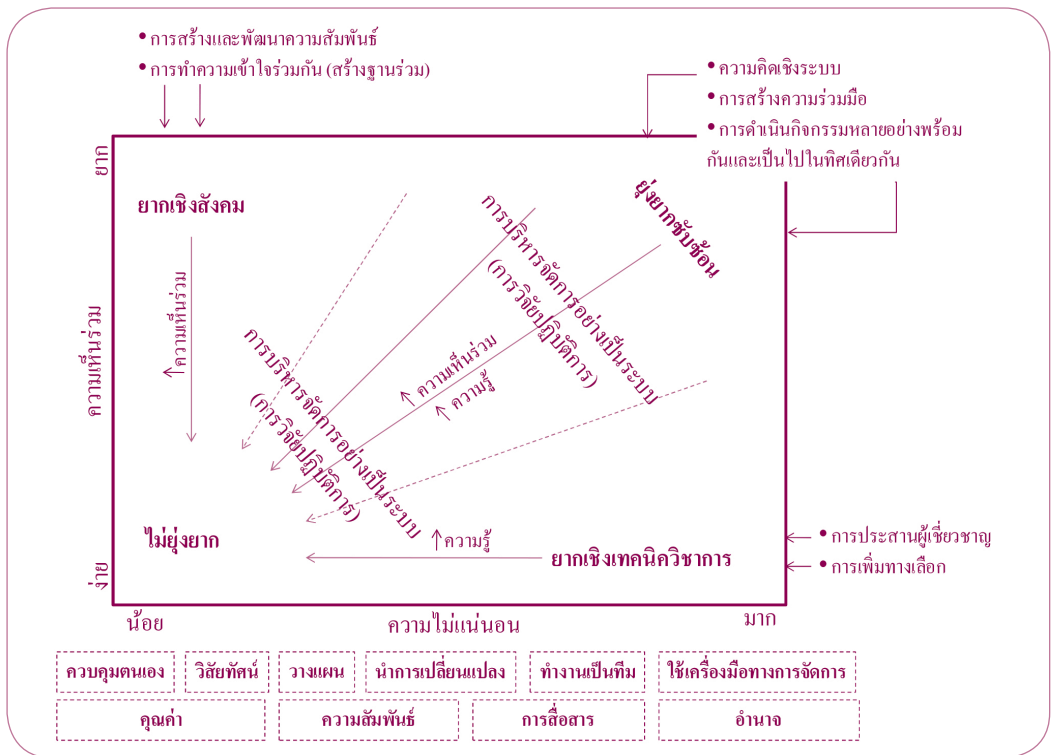


## 8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

### 8.1 การเพิ่มสมรรถนะด้านการบริหารจัดการเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพที่แตกต่าง

การเพิ่มสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ ทั้งสมรรถนะหลักและสมรรถนะเงา จะช่วยทำให้การบริหารจัดการเพื่อดำเนินการและแก้ปัญหาสุขภาพที่แตกต่างซึ่งประกอบด้วย การแก้ปัญหาและการดำเนินการที่ไม่ยุ่งยาก (Simple problems and interventions) การแก้ปัญหาและการดำเนินการที่มีความยุ่งยาก (Complicated problems and interventions) ทั้งเชิงวิชาการและเชิงสังคม และการแก้ปัญหาและการดำเนินการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน (Complex problems and interventions) มีทิศทางของการช่วยลดความยุ่งยาก และช่วยลดความยุ่งยากซับซ้อนลง (ภาพที่ 5)

ภาพที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะด้านการบริหารจัดการที่เพิ่มกับการแก้ปัญหาสุขภาพที่แตกต่าง



ทั้งนี้การลดความยากหรือความยุ่งยากซับซ้อนของการแก้ปัญหาสุขภาพมีพื้นฐานมาจาก

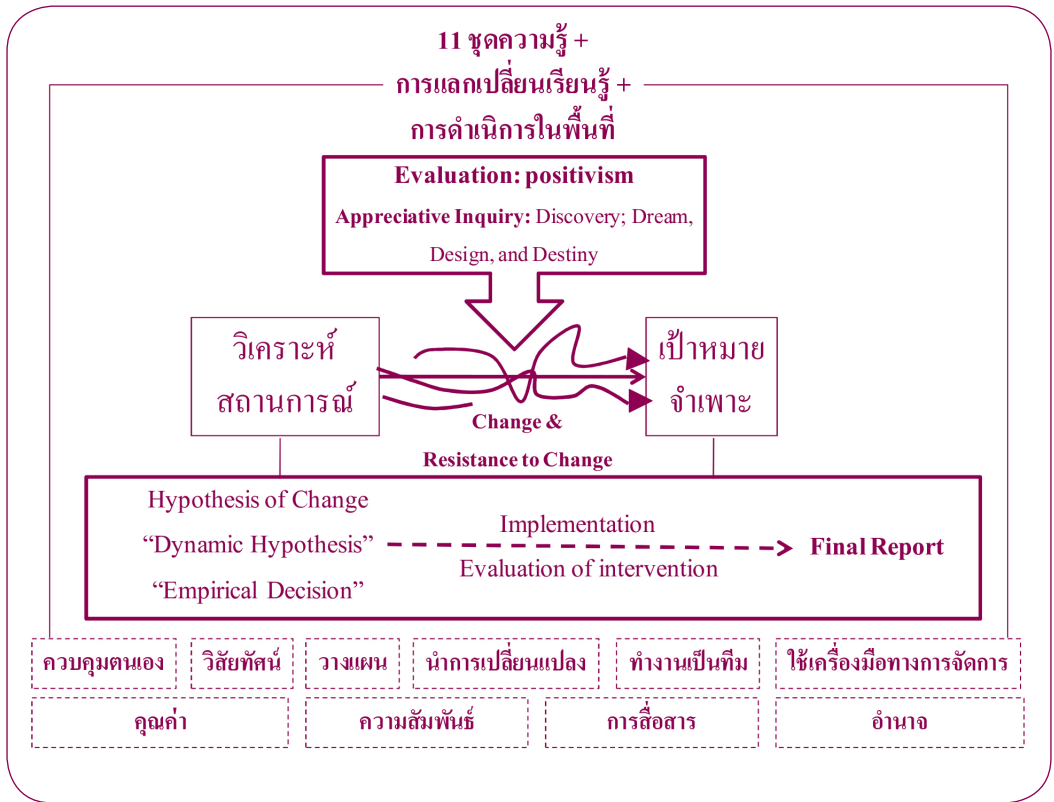
- การลดความยากเชิงเทคนิควิชาการ (เพิ่มความรู้) บนพื้นฐานของการประสานกับผู้เชี่ยวชาญและพัฒนาหรือเพิ่มทางเลือกเพื่อการแก้ปัญหาและดำเนินการ
- การลดความยากเชิงสังคม (เพิ่มระดับของความเห็นร่วม) บนพื้นฐานของการสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์ และการทำความเข้าใจเพื่อให้เห็นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
- การลดความยุ่งยากซับซ้อน (เพิ่มความรู้และเพิ่มระดับของความเห็นร่วม) บนพื้นฐานของการมีความคิดเชิงระบบ การสร้างความร่วมมือ และการดำเนินกิจกรรมหลายอย่างพร้อมกันโดยมีเป้าหมายของการแก้ปัญหาและการดำเนินการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

## 8.2 ความก้าวหน้าของโครงการที่นำมาใช้เป็นฐานของการเรียน

การดำเนินโครงการในพื้นที่นอกจากเป็นกิจกรรมที่จะช่วยเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการของทีมผู้เรียนแล้ว ยังเป็นการดำเนินการที่ทำให้มีการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอบนพื้นฐานของการวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) การเรียงลำดับความสำคัญ (Priority setting) การตัดสินใจ (Decision making) การลงมือทำ (Implementation) ซึ่งนำไปสู่การพัฒนา (Development) โดยมีองค์ประกอบของแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลง (Resistance to change) ของการพัฒนาเป็นผลพลอยได้ที่สามารถสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ พร้อมไปกับการสังเคราะห์องค์ความรู้ในส่วนที่เป็นความสำเร็จของการพัฒนา (ภาพที่ 6)



## ภาพที่ 6 แสดงระบบสุขภาพอำเภอที่ได้รับการพัฒนาจากการดำเนินโครงการ



การดำเนินโครงการในพื้นที่ของกิจกรรมการเรียนรู้ เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการขับเคลื่อน ทำให้ระบบสุขภาพอำเภอมีทิศทางของการเปลี่ยนแปลงและมีการพัฒนา เป็นไปตามคุณลักษณะพึงประสงค์ของระบบสุขภาพอำเภอ

### 8.3 วัฒนธรรมการเรียนรู้

การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Management Learning: DHML) ดำเนินการบนพื้นฐานของการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning: CBL) เป็นส่วนหนึ่งของการบ่มเพาะและพัฒนาวัฒนธรรมการเรียนรู้ ให้กลายเป็นวัฒนธรรมถาวรของระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งอาจแบ่งเป็นการบ่มเพาะและการพัฒนาเป็นระยะสั้นและระยะยาวได้ดังนี้

## ระยะสั้น

1. มีความชัดเจนในองค์ความรู้และกระบวนการเรียนเพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ ที่เป็นบทเรียนจากประสบการณ์บนพื้นฐานของการจัดการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน
2. เผยแพร่องค์ความรู้ที่เป็นบทเรียนจากประสบการณ์ของการจัดการกระบวนการเรียนรู้ชุมชนวิชาการทั้งในระดับชาติและนานาชาติ
3. เกิดเครือข่ายที่เป็นการรวมตัวกันของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ และนักวิชาการ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอในรูปแบบที่สามารถมีการสื่อสาร และจัดกิจกรรมร่วมกันได้อย่างสม่ำเสมอ เช่น เกิดเป็นชมรม หรือ สมาคมนักบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

## ระยะยาว

วัฒนธรรมการเรียน กลายเป็นวัฒนธรรมถาวร ที่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นระบบ ภายในระบบสุขภาพอำเภอ ทำให้มีการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะให้กับผู้บริหาร-ทีมงานที่ทำหน้าที่บริหารจัดการ-และทีมผู้ปฏิบัติ พร้อมกับเพิ่มความเข้มแข็งให้กับระบบบริการอย่างต่อเนื่อง บนพื้นฐานของการร่วมมือกันระหว่างนักวิชาการในสถาบันการศึกษา-ผู้บริหาร-และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพอำเภอ

# ภาคผนวก





# ภาคผนวกที่ 1

## บทบาทขององค์ประกอบ ที่เป็นเครือข่ายรองรับการเรียนรู้

### 1. ศูนย์ประสานงานและจัดการการเรียนรู้: LCC

#### 1.1 บทบาทหน้าที่

เนื่องจากศูนย์ประสานงานและจัดการการเรียนรู้ (Learning & Coordinating Centre: LCC) เป็นจุดเชื่อมต่อสำคัญ ระหว่างการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน กับทีมผู้เรียนที่อยู่ในเครือข่าย LCC เดียวกัน (โดยเฉลี่ยแต่ละ LCC มีทีมผู้เรียนที่อยู่ในเครือข่ายการเรียนรู้เดียวกันประมาณ 5 ทีม) ตลอดจนองค์ประกอบต่างๆ ของโครงสร้างและเครือข่ายรองรับการเรียนรู้ทั้งหมด ดังนั้น บทบาทสำคัญของ LCC จึงประกอบด้วย

- วางแผนปฏิบัติการ ประสานงาน เพื่อการใช้ประโยชน์จากโครงสร้างและเครือข่ายรองรับการเรียนรู้ทั้งหมด บนพื้นฐานของการบริหารจัดการทรัพยากรที่มี เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับทุกกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้ของแต่ละทีมผู้เรียน ที่อยู่ในเครือข่ายของ LCC

- ดำเนินการตามแผน บนพื้นฐานของการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีการศึกษาดูงานตามความจำเป็น (Need) และการร้องขอ (Request) ของทีมผู้เรียน
- ติดตามและกำกับ กระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการดำเนินโครงการของทีมผู้เรียน ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้แนวคิด”การบริหารจัดการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanistic management)” โดยยึดหลัก 3 ประการประกอบด้วย
  - การเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของทุกคนและทุกฝ่าย
  - การสนทนาแลกเปลี่ยน (Dialogue) โดยส่งเสริมและให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม โดยพร้อมเรียนรู้จากการแสดงออกของทุกคน หลีกเลี่ยงการตัดสินถูก-ผิด ดี-ไม่ดี จากการแสดงออกของแต่ละคน (หลีกเลี่ยง Judgement Attitude)
  - การอยู่บนหลักจริยธรรมและความดีงาม

## 1.2 โครงสร้างและองค์ประกอบ

LCC มีหน่วยงานที่เป็นโครงสร้างรองรับที่ค่อนข้างหลากหลาย เช่น โรงพยาบาล ชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสถาบันการศึกษา เป็นต้น การทำให้ LCC สามารถดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น องค์ประกอบของ LCC จึงควรประกอบไปด้วย

- ผู้ประสานงานหลัก และทีมที่ทำหน้าที่ประสานงาน ซึ่งอยู่ในหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็น LCC
- คณะทำงาน ควรประกอบด้วย ตัวแทนของผู้เรียน นักวิชาการ (โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Assigned AI) ครูพี่เลี้ยง วิทยากรกระบวนการ และทีมประสานงาน (CT) ควรมีการประชุมปรึกษาหารืออย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุก 1-2 เดือน เพื่อหนุนเสริมการดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ของ LCC ให้สามารถดำเนินการได้อย่างครบถ้วน

- **นักวิชาการ**ที่ได้รับการเชิญชวนให้เป็น “Assigned AI” ประจำ LCC ควรมีอย่างน้อย 1 คน ทำหน้าที่ร่วมดูแลกำกับกระบวนการเรียน และกระบวนการดำเนินโครงการของทีมผู้เรียนอย่างต่อเนื่อง
- **วิทยากรกระบวนการ (Facilitator)** ประจำ LCC อย่างน้อย 2 คน ควรมีบทบาทหน้าที่ที่หลากหลาย เช่น เป็นผู้ดำเนินรายการ (พิธีกร) ช่วยสร้างบรรยากาศที่ดี ผ่อนคลาย ช่วยเก็บภาพกิจกรรมและบรรยากาศต่างๆ ช่วยจดบันทึก (Note Taker) รวมถึงช่วยรวบรวมข้อมูลหรือหลักฐานต่างๆ ที่ทีมผู้เรียนนำไปใช้ในการนำเสนอ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์ของการดำเนินงานตามบทบาทของ LCC ต่อไป

### 1.3 แนวทางการดำเนินงาน

การดำเนินงานของ LCC ควรดำเนินการตามแผน ที่เป็นการวางแผนร่วมกันของคณะทำงาน บนพื้นฐานของการจัดการจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดมีการศึกษาดูงานตามความจำเป็น ตลอดจนติดตามกำกับ กระบวนการเรียนรู้และกระบวนการดำเนินโครงการของทีมผู้เรียน ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรมการดำเนินงานของ LCC ควรประกอบด้วย

1. **ประชุมคณะทำงาน** เพื่อวางแผนปฏิบัติการ กำหนดแนวทางการดูแลกำกับ และการประเมินผล(พร้อมเครื่องมือที่ใช้สำหรับการประเมินผล) หลังจากนั้นควรมีการจัดประชุมอย่างสม่ำเสมอ (ประมาณทุก 1-2 เดือน) เพื่อติดตาม ปรับแผน ทบทวน และสรุปบทเรียน ทั้งนี้ทุกครั้งที่ควรมีการบันทึกเป็นเอกสาร รวบรวมไว้เพื่อสังเคราะห์เป็นบทเรียนจากประสบการณ์
2. **ปฐมนิเทศทีมผู้เรียนและครูพี่เลี้ยง** พร้อมทั้งทำกลุ่มสัมพันธ์ การประเมินตนเองของผู้เรียน (ถ้าทำไม่ทัน ให้ทำให้เสร็จก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ ครั้งที่ 1) การกำหนดตารางเวลาและสถานที่จัดประชุมร่วมกันของทีมผู้เรียน ตลอดปี ทบทวนหัวข้อเรื่องของโครงการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนของ

แต่ละทีมผู้เรียน และมอบการบ้าน ที่เกี่ยวข้อง กับวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis) การตัดสินใจเดินหน้าโครงการ และการทำแผนปฏิบัติการ เพื่อการดำเนินการโครงการที่นำมาใช้สำหรับการเรียน

**3. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้** ควรจัดอย่างน้อย 5 ครั้ง (อาจเป็นการจัด ทั้งในหรือนอกสถานที่ของหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็น LCC) ครั้งละ 1-2 วัน (ประมาณทุก 2 เดือน) ควรจัดครั้งละ 2 วัน อย่างน้อย 1 ครั้ง (เพื่อมีองค์ประกอบที่เป็นกิจกรรมของกลุ่มสัมพันธ์) ถ้ามีความพร้อมส่งเสริมให้จัด ครั้งละ 2 วัน ทั้ง 5 ครั้ง ทุกครั้งที่มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ควรให้ความสำคัญกับความก้าวหน้าของการทำความรู้จัก ความเข้าใจ และ **ประสบการณ์การใช้ สมรรถนะหลัก (6) และสมรรถนะเงา (4)** พร้อมกับประสบการณ์ของการดำเนินโครงการในพื้นที่ องค์ประกอบหรือขั้นตอนของการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อาจประกอบด้วย

- **ช่วงเริ่มต้น** ควรเปิดโอกาสให้มีการสะท้อนความรู้สึกถึงประสบการณ์ กิจกรรมการทำงานผสมผสานกับกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเรียนรู้จาก กลุ่มกิจกรรมการเรียนต่างๆ ในช่วงที่ผ่านมา (Reflective Dialogue)
- **การนำเสนอความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการ** โดยรูปแบบการนำเสนอ อาจเสนอเป็นเอกสาร ภาพถ่าย/วิดีโอทัศน์ หรือ Powerpoint (ถ้าเตรียมทันควรส่งให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้มีโอกาสศึกษาก่อนล่วงหน้าก่อนเข้าร่วมในเวที) รวมถึงอาจนำเสนอด้วยการบอกเล่าเป็นหลัก หลังการนำเสนอควรให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุกคน (สร้างและส่งเสริมให้มีบรรยากาศของการมีส่วนร่วมเพื่อทำให้เกิดการร่วมฟัง-ร่วมพูด-ร่วมแสดงความคิดเห็น เกิดขึ้นอย่างเท่าเทียม) และเสริมด้วยองค์ความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ตามวงจรการวางแผนและการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ผสมผสานกับการใช้ “เมนูวิชาการ” ตามความจำเป็น (Assigned AI มีบทบาทสำคัญในการทำให้เกิดการใช้องค์ความรู้ทางวิชาการดังกล่าว)

- ช่วงปิดการประชุมหรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ควรปิดท้ายด้วยการพูดคุยสะท้อนถึงกระบวนการเรียนรู้และการอยู่ร่วมกันในการประชุมของครั้งปัจจุบัน โดยการนำการพูดคุยและบันทึกของวิทยากรกระบวนการทั้งนี้ควรสอดแทรกเรื่องกระบวนการกลุ่มสัมพันธ์และกระบวนการสุนทรียสนทนา (ที่เน้นการฟังอย่างลึกและการควบคุมตนเอง)

4. การจัดกิจกรรมเสริม อยู่บนพื้นฐานของการจัดเพื่อเสริมองค์ความรู้ ผสมผสานกับความคิดสร้างสรรค์ และศักยภาพของแต่ละ LCC และความ ต้องการของทีมผู้เรียน เช่น การเชิญวิทยากรมาบรรยายในหัวข้อที่มีความจำเป็น การจัดกระบวนการ Dialogue การศึกษาดูงานตามแหล่งเรียนรู้ต่างๆ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เป็นความเห็นร่วมกันของทีมผู้เรียนภายในเครือข่ายการเรียนรู้เดียวกันว่าเป็นประโยชน์ต่อการเพิ่มสมรรถนะหรือการดำเนินโครงการของทีมผู้เรียน



## 2. สถาบันการศึกษา : AI

สถาบันการศึกษา (Academic Institutions: AI) เป็นแหล่งรวมผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการ (Sources of experts or resource persons) ซึ่งร่วมกันผลิต พัฒนาและใช้เมานูวิชาการร่วมกัน มีหน้าที่ให้การสนับสนุนองค์ความรู้-กรอบแนวคิด-ทฤษฎี พร้อมทั้งร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเครือข่ายการเรียนรู้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินการโครงการในพื้นที่ของทีมผู้เรียน ผู้เชี่ยวชาญ (Experts) จากสถาบันการศึกษาใน DHML แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ Assigned AI และ AI: on demand

### 2.1 ผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง Assigned AI

Assigned AI ในที่นี้หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญหรือกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญที่ “ได้รับการชักชวน” ให้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง (หรืออาจเรียกว่า Assigned Expert) ในกลุ่มกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมขั้นต่ำที่จัดโดย LCC คือ “เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จำนวน 5 ครั้ง (5 Workshops)” ซึ่งมีการจัดโดยประมาณทุก 2 เดือน ในระยะเวลา 1 ปี เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างทีมผู้เรียน ที่อยู่ในเครือข่ายการเรียนรู้เดียวกัน ทั้งนี้ นอกจากเป็นการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องแล้ว ยังเป็นการร่วมสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์ เช่น ร่วมอ่าน ร่วมรับฟัง ร่วมเรียน ร่วมสังเกตกิจกรรมการดำเนินโครงการในพื้นที่ของทีมผู้เรียน ดังนั้นการเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากเข้าร่วมใน 5 Workshops แล้ว อาจเข้าร่วมในกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้อื่นๆ ของแต่ละทีมผู้เรียน ด้วยตามความจำเป็น เป็นกิจกรรมสำคัญของการช่วยร่วมผลิตองค์ความรู้ที่เป็นบทเรียนจากประสบการณ์ เช่น การผลิตออกมาในรูปของเอกสาร (Documentations) ทั้งในช่วงระหว่างที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการ รวมถึงการสังเคราะห์เป็นรายงานในช่วงที่การสนับสนุนจากโครงการสิ้นสุดลง (Final Report) เป็นต้น

ทั้งนี้ในแต่ละ LCC ควรมี Assigned AI หรือ Assigned Experts อย่างน้อยแห่งละ 1 คน

## 2.2 ผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนร่วมเมื่อได้รับเชิญตามความจำเป็นของกระบวนการเรียน (AI: on demand)

AI: on demand หรืออาจเรียกว่า Expert: on demand ในที่นี้หมายถึงผู้เชี่ยวชาญเป็นรายบุคคลที่ “ได้รับเชิญ” ให้เข้าร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นรายครั้งตามความจำเป็น ในทั้ง 4 กลุ่มของกิจกรรมการเรียน ของกระบวนการ PILA เป็นการเข้าร่วมกระบวนการและกิจกรรมการเรียน บนพื้นฐานของการได้รับเชิญจาก LCC หรือ LT

### 3. ครูพี่เลี้ยง: P

ครูพี่เลี้ยง (Preceptors: P) พิจารณาจากผู้ที่มีผลงานด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เช่น ระบบสุขภาพอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ LCC หรือได้รับพิจารณาให้เป็นแหล่งเรียนรู้เพื่อใช้เป็นกรณีศึกษา เป็นต้น หรือผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอและจบปริญญาโทหลักสูตร CUP leaders ของทั้ง 4 สถาบัน (คณะสาธารณสุขศาสตร์-มหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์-มหาวิทยาลัยนเรศวร, คณะแพทยศาสตร์-มหาวิทยาลัยขอนแก่น, สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน-มหาวิทยาลัยมหิดล), และ Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium ทั้งนี้อยู่บนพื้นฐานของการที่ทีมผู้เรียนเป็นผู้มีส่วนร่วมเลือก บทบาทสำคัญของครูพี่เลี้ยงคือ กระตุ้น ส่งเสริม สนับสนุน และอำนวยความสะดวกการเรียนรู้ พร้อมไปกับการเรียนรู้ไปกับทีมผู้เรียน กิจกรรมที่ครูพี่เลี้ยงควรเข้าไปร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประกอบด้วย

- การนัดหมายเป็นการเฉพาะ ระหว่างครูพี่เลี้ยงกับทีมผู้เรียน เพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมติดตามความคืบหน้าของการดำเนินโครงการ ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนการดำเนินโครงการในขั้นตอนต่อไป รวมถึงการร่วมเตรียมการเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับทีมผู้เรียนของระบบสุขภาพอำเภออื่นที่อยู่ในเครือข่ายการเรียนรู้หรือภายใต้ LCC เดียวกัน
- การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ ทั้งกิจกรรมการดำเนินโครงการในพื้นที่หรือการประชุมกันอย่างสม่ำเสมอของทีมผู้เรียนตามความเหมาะสม เพื่อร่วมเรียนรู้ และเพื่อเพิ่มคุณค่า-เพิ่มความหมาย-และเพิ่มความสำเร็จ ของกิจกรรมการเรียนดังกล่าว
- การเข้าร่วมกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่จัดโดย LCC เพื่อรีฟรึชองค์ความรู้ (Refreshing) พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนความเห็นและประสบการณ์ของการทำหน้าที่ครูพี่เลี้ยงกับครูพี่เลี้ยงและทีมผู้เรียนของระบบสุขภาพอำเภออื่นที่อยู่ภายในเครือข่ายการเรียนรู้เดียวกัน

โดยเฉลี่ยครูพี่เลี้ยงควรมีกิจกรรมร่วมกับทีมผู้เรียน อย่างใดอย่างหนึ่งทั้ง 3 ลักษณะ รวมกันโดยเฉลี่ยประมาณเดือนละครั้ง

## 4. แหล่งเรียนรู้

แหล่งเรียนรู้ (Sources of Learning) เป็นระบบสุขภาพอำเภอ หรือหน่วยงาน หรือสถานที่ ที่สามารถใช้สำหรับการศึกษาดูงานของทีมผู้เรียนและผู้เกี่ยวข้องในแต่ละระบบสุขภาพอำเภอได้ ทั้งนี้อาจมีการพัฒนาสื่อต่างๆ เพื่อสะดวกแก่การเรียนรู้หรือศึกษาดูงาน เช่น เอกสาร, PowerPoint, Video ตลอดจนมีการพัฒนาแนวทางสำหรับสังเกตการณ์ (Guideline for observation) หรือแนวทางสำหรับการศึกษาดูงาน (Guideline for study visit) เพื่อประสิทธิภาพของการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในขณะศึกษาดูงาน

ระบบสุขภาพอำเภอ หรือหน่วยงาน หรือสถานที่ ที่ได้รับคัดเลือกให้เป็นแหล่งเรียนรู้เพื่อการศึกษาดูงาน จะได้รับการกระตุ้นทำให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม แหล่งเรียนรู้ไม่จำเป็นต้องเป็นระบบสุขภาพอำเภอ หรือหน่วยงาน หรือสถานที่ ที่ได้รับคัดเลือก หรือมีความโดดเด่นเสมอไป การเลือกแหล่งเรียนรู้เพื่อการศึกษาดูงาน อยู่ภายใต้ดุลยพินิจของทีมผู้เรียน และศูนย์ประสานงานและจัดการเรียน ระบบสุขภาพอำเภอ หรือหน่วยงาน หรือสถานที่ของทีมผู้เรียนสามารถพิจารณาเป็นแหล่งเรียนรู้เพื่อการศึกษาดูงานได้เช่นกัน

## 5. Resource persons ที่ไม่สังกัดสถาบันการศึกษา

Resource persons ที่ไม่สังกัดสถาบันการศึกษาในที่นี้ครอบคลุมถึง ผู้เชี่ยวชาญ ผู้บริหาร ผู้มีภูมิปัญญาท้องถิ่น ผู้มีประสบการณ์ในหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และ NGO อาจแบ่งเป็น 2 ลักษณะในลักษณะเดียวกับผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันการศึกษา กล่าวคือ

- Resource person ที่ “ได้รับเชิญ” ให้เข้าร่วมในกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นรายครั้งตามความจำเป็น ในทั้ง 4 กลุ่มของกิจกรรมการเรียนรู้ ของกระบวนการ PILA เป็นการเข้าร่วมกระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้ บนพื้นฐานของการได้รับเชิญจาก LCC หรือ LT เรียกผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันศึกษากลุ่มนี้ว่า “Resource person: on Demands”
- Resource persons ที่ “ได้รับการชักชวน” ให้เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมขั้นต่ำที่จัดโดย LCC คือ “5 Workshops” ซึ่งมีการจัดโดยประมาณทุก 2 เดือน ในระยะเวลา 1 ปี เป็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างทีมผู้เรียน ที่อยู่ในเครือข่ายการเรียนรู้เดียวกัน ทั้งนี้นอกจากเป็นการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องแล้ว ยังเป็นการร่วมสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์ เช่น ร่วมอ่าน ร่วมรับฟัง ร่วมเรียน ร่วมสังเกตกิจกรรมการดำเนินโครงการในพื้นที่ของทีมผู้เรียน ดังนั้น การเข้าร่วมกิจกรรม นอกจากเข้าร่วมใน 5 Workshops แล้ว อาจเข้าร่วมในกลุ่มกิจกรรมการเรียนรู้อื่นๆ ของแต่ละทีมผู้เรียนด้วยตามความจำเป็น เป็นกิจกรรมสำคัญของการช่วยร่วมผลิตองค์ความรู้ที่เป็นบทเรียนจากประสบการณ์ เช่น การผลิตออกมาในรูปแบบของเอกสาร (Documentations) ทั้งในช่วงระหว่างที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการ รวมถึงการสังเคราะห์เป็นรายงานในช่วงที่การสนับสนุนจากโครงการสิ้นสุดลง (Final Report) เป็นต้น ทั้งนี้เรียกผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันศึกษากลุ่มนี้ว่า “Assigned resource persons”





## ภาคผนวกที่ 2

### แนวทางการดำเนินโครงการ ตามวงจรการบริหารจัดการเชิงระบบ

วงจรการบริหารจัดการเชิงระบบ (Systemic management cycle) เป็นวงจรที่พัฒนาขึ้นมาจากวงจรวางแผน (Planning cycle) เป็นวงจรที่ช่วยทำให้เห็นความแตกต่าง-ความสัมพันธ์-การเชื่อมโยง-และการผสมผสานของกระบวนการดำเนินการที่มืองค์ประกอบของ

1. การดำเนินโครงการที่เกิดจากการตัดสินใจหรือสั่งการ (Order) โดยผู้ที่มีอำนาจการสั่งการตามลำดับชั้นหรือตามวัฒนธรรมที่มีการดำเนินการในระบบราชการ (Authorities) ซึ่งมีความหมายสูงต่อการตัดสินใจดำเนินหรือเดินหน้าโครงการ
2. การตัดสินใจดำเนินโครงการตามหลักเหตุผลทางวิชาการ (Ratioanl Decision) หรือเรียกว่า การตัดสินใจเชิงประจักษ์ (Empirical Decision) บนพื้นฐานของการมืองค์ประกอบของการวิเคราะห์สถานการณ์อย่างเป็นระบบ (เช่น มีการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน การทบทวนประสบการณ์ในอดีต และการทำความเข้าใจหลักการ) ก่อนมีการตัดสินใจเดินหน้าโครงการ

3. การดำเนินการและการบริหารจัดการที่คำนึงถึงและให้ความสำคัญกับองค์ประกอบต่างๆ รวมถึงคุณค่าและความหมายของปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ เหล่านั้นที่มีอยู่ในระบบ ซึ่งมีผลต่อการดำเนินโครงการ เรียกว่าการบริหารจัดการในลักษณะนี้ว่า การบริหารจัดการเชิงระบบ (Systemic management)
4. เนื่องจากการดำเนินโครงการ มีธรรมชาติที่มีองค์ประกอบของความไม่แน่นอนว่าจะสามารถดำเนินการได้มากน้อยแค่ไหนอย่างไร (Uncertainty) ดังนั้นการตัดสินใจเดินหน้าโครงการจึงเป็นเพียงสมมติฐานที่จำเป็นต้องได้รับการพิสูจน์ผ่านการประเมินผล ซึ่งการประเมินผลดังกล่าวเป็นการผลิตองค์ความรู้ที่ช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ของสมมติฐาน โดยเรียกสมมติฐานในลักษณะนี้ว่าสมมติฐานเชิงพลวัต (Dynamic Hypothesis) และเรียกกระบวนการพิสูจน์สมมติฐานนี้ว่า การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) และเรียกสมมติฐานที่ผ่านการพิสูจน์ว่าประสบความสำเร็จในบริบทที่มีความจำเพาะ และพร้อมที่จะนำไปขยายผลในบริบทหรือพื้นที่อื่นๆ ว่า ทฤษฎีระดับกลาง (Middel Range Theory)



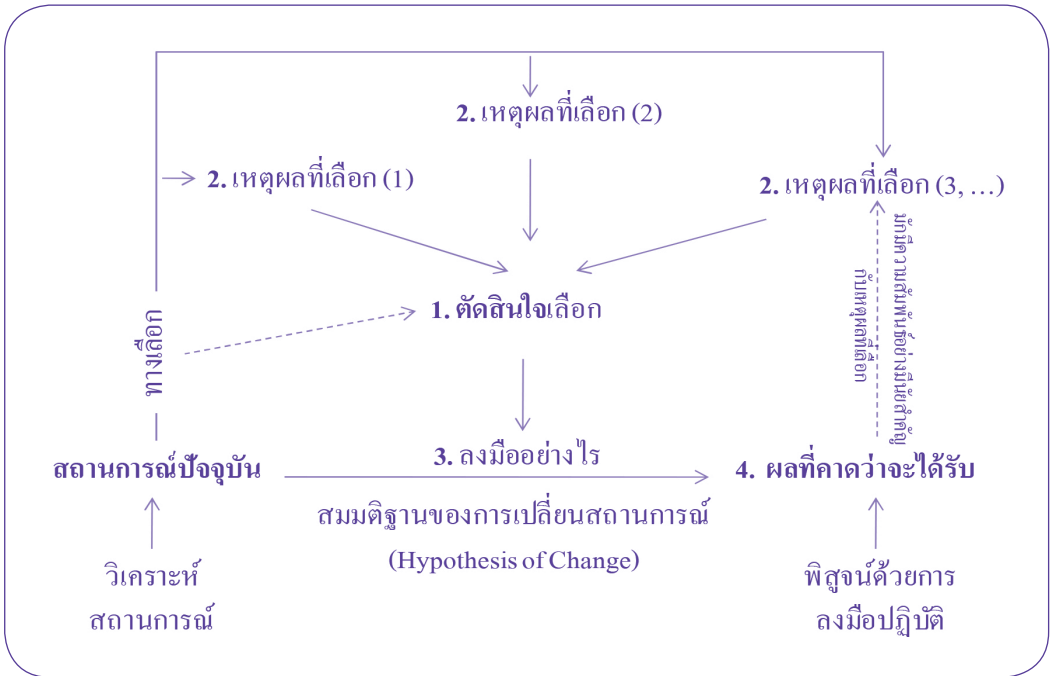
# 1. การตัดสินใจเลือกโครงการ

โครงการที่นำมาใช้ดำเนินการสำหรับการเรียนใน DHML อาจเป็นโครงการใหม่ หรือโครงการที่ดำเนินการอยู่แล้วในพื้นที่ มาใช้สำหรับเริ่มดำเนินการหรือดำเนินการต่อในขณะเรียน ทั้งนี้อยู่บนพื้นฐานของ “การตัดสินใจ (Decision making)” ร่วมกันของสมาชิกของทีมผู้เรียน โดยร่วมกันตอบคำถาม 4 ข้อ เพื่อใช้ประกอบการสมัครเรียน ซึ่งประกอบด้วย

- 1) เลือกเรื่องอะไร
- 2) ทำไมจึงเลือกเรื่องดังกล่าว
- 3) ลงมือทำอย่างไร
- 4) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ความสัมพันธ์ของการตอบคำถามทั้ง 4 ข้อ (ภาพที่ 7) เป็นตัวอย่างที่สะท้อนสมรรถนะของการตัดสินใจดำเนินการเพื่อการพัฒนาระบบ ซึ่งการตัดสินใจดังกล่าวเปรียบได้กับเป็นการตั้งสมมติฐาน โดยมีสมมติฐานว่า สถานการณ์ปัจจุบัน มีความเป็นไปได้ที่จะมีการเปลี่ยนแปลง พัฒนาไปสู่สถานการณ์ใหม่ เป็นสถานการณ์ที่มีคุณลักษณะตามผลที่คาดว่าจะได้รับ ในที่นี้เรียกสมมติฐานที่เป็นการตัดสินใจนี้ว่า “สมมติฐานของการเปลี่ยนสถานการณ์ (Hypothesis of Change)”

ภาพที่ 7 แสดงสมมติฐานของการเปลี่ยนสถานการณ์จากปัจจุบัน-สู่-ผลที่คาดว่าจะได้รับ กับการตอบคำถามทั้ง 4 ข้อ ของการมีโครงการเพื่อการเรียน



สมมติฐานของการเปลี่ยนสถานการณ์ดังกล่าวจะถูกพิสูจน์ว่าเป็นจริงได้หรือไม่ด้วยการลงมือปฏิบัติว่า ลงมืออย่างไร โดยใคร ในสภาวะแวดล้อมแบบไหนตามความจำเพาะในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน

## 2. การตัดสินใจเชิงประจักษ์กับการตัดสินใจเดินทางโครงการ

การตัดสินใจดำเนินโครงการหรือเดินทางโครงการโดยทั่วไป มีพื้นฐานมาจากองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการที่มีความชัดเจนมากน้อยต่างกันกล่าวประกอบด้วย

- ความคาดหวังกับสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต
- สถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน
- บทเรียนจากประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต

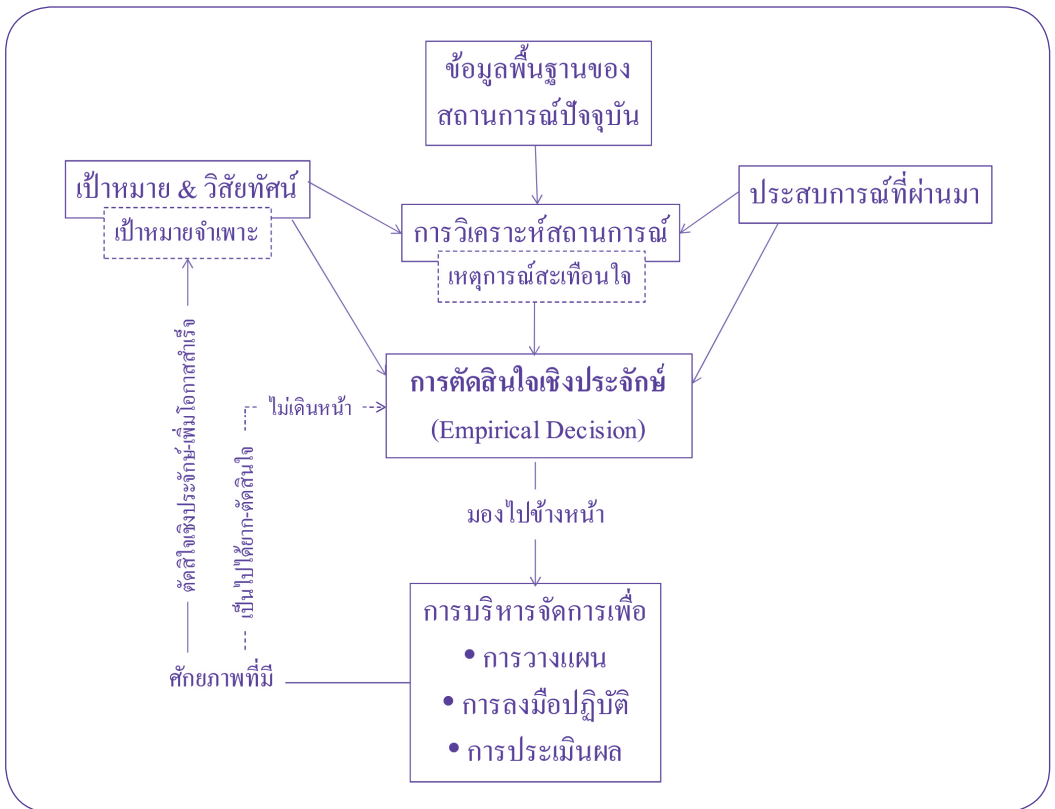
**การตัดสินใจเชิงประจักษ์ (Empirical Decision)** หมายถึง การมีองค์ประกอบทั้ง 3 ประการที่ชัดเจนที่นำมาใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อเดินทางโครงการกล่าวคือ

- ความคาดหวังกับสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้น ในที่นี้หมายถึงการมี **“เป้าหมายและวิสัยทัศน์”** หรืออาจเรียกว่าเป็นกรอบแนวคิดที่ใช้สำหรับอ้างอิงถึง ซึ่งนอกจากมีส่วนช่วยทำให้เกิดเป้าหมายร่วมของทีมผู้เรียน ยังมีส่วนช่วยทำให้เกิดเป้าหมายร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดกับการดำเนินโครงการในระบบสุขภาพอำเภอ เช่น ความเป็นธรรม คุณภาพ ประสิทธิภาพ ความโปร่งใส ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ ประชาชนให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยไม่ทอดทิ้งกัน สุขภาวะของรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชน-รวมถึงสุขภาวะในภาพรวมของทั้งระบบสุขภาพอำเภอ เป็นต้น ทั้งนี้ในการดำเนินโครงการ มักมี **“เป้าหมายจำเพาะ”** ซึ่งเป้าหมายจำเพาะดังกล่าวควรสามารถเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดรวบยอดที่ใช้อ้างอิงถึงได้
- สถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ในที่นี้หมายถึงการมี **“ข้อมูลพื้นฐาน”** ซึ่งเป็นข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณที่ทำให้ทราบถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมี **“เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจ (Critical incidents)”** ซึ่งจะช่วยเพิ่มแรงขับเคลื่อนของการดำเนินโครงการ และมีส่วนช่วยทำให้เกิดเป้าหมายจำเพาะของการดำเนินโครงการมีความชัดเจน

- บทเรียนจาก “ประสบการณ์ที่ผ่านมา” ในที่นี้หมายถึงการมีกรณีตัวอย่างที่เป็นบทเรียนจากประสบการณ์ที่คล้ายหรือใกล้เคียงว่าการเดินทางโครงการดังกล่าวควรทำอย่างไร โดยใคร ในสถานะแวดล้อมแบบไหน

องค์ประกอบที่ชัดเจนทั้ง 3 ประการ นอกจากมีผลต่อ “การวิเคราะห์สถานการณ์” ซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจที่เรียกว่าการตัดสินใจเชิงประจักษ์แล้ว ยังมีส่วนช่วยทำให้การตัดสินใจเชิงประจักษ์ดังกล่าวสามารถเชื่อมโยงไปถึง “การวางแผน” “การลงมือปฏิบัติ” และ “การประเมินผล” ทั้งการประเมินผลกระบวนการดำเนินการ และการประเมินผลว่าการดำเนินโครงการบรรลุเป้าหมายตามผลที่คาดว่าจะได้รับหรือไม่ (ภาพที่ 8)

ภาพที่ 8 แสดงองค์ประกอบต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเชิงประจักษ์

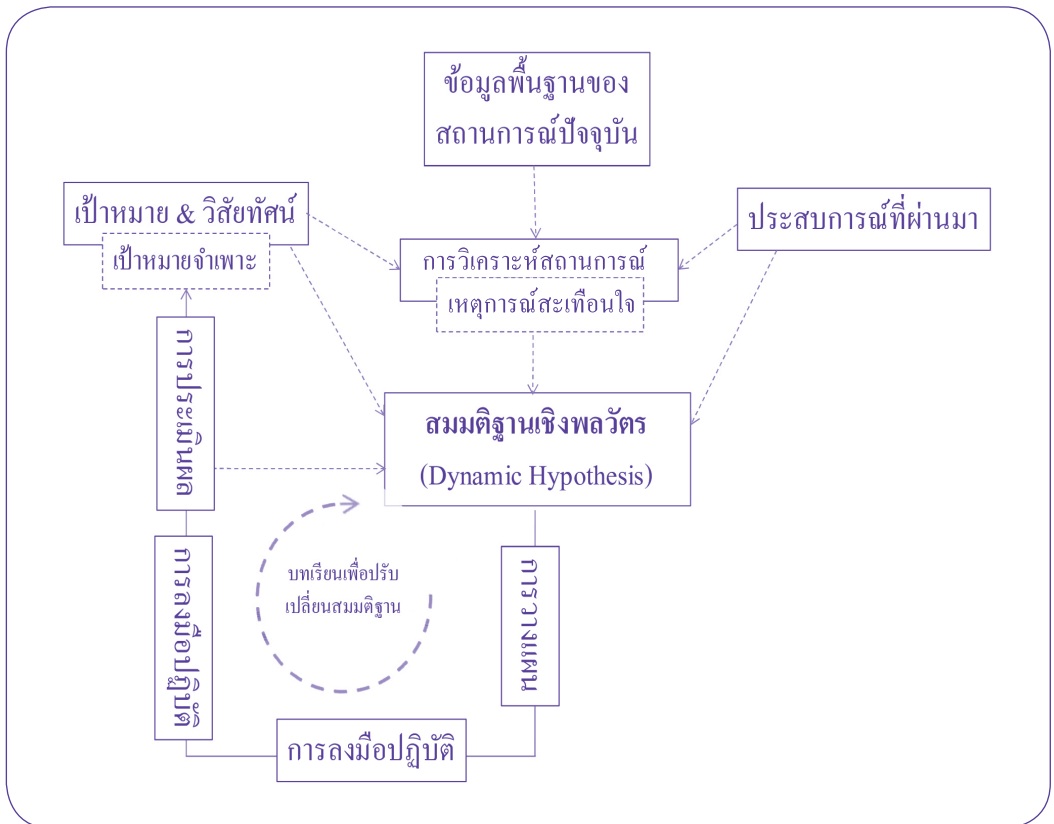


อนึ่ง การมีองค์ประกอบเพื่อการตัดสินใจครบทั้ง 3 ประการ และตัดสินใจไม่เดินทางโครงการถือเป็นการตัดสินใจเชิงประจักษ์ด้วยเช่นกัน

### 3. สมมติฐานเชิงพลวัตและทฤษฎีระดับกลาง

การตัดสินใจเดินหน้าโครงการ ไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจเชิงประจักษ์หรือไม่ การตัดสินใจดังกล่าวยังคงมีสถานะเป็นสมมติฐานของการเปลี่ยนสถานการณ์ (Hypothesis of Change) ซึ่งจำเป็นต้องพิสูจน์ด้วยการลงมือปฏิบัติ ทั้งนี้ขณะลงมือปฏิบัติ นอกจากเป็นการทำให้เกิดการเดินหน้าของโครงการแล้ว ยังทำให้มีบทเรียนจากประสบการณ์ พร้อมกับเป็นการเพิ่มความเข้าใจในสถานการณ์ที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์เพื่อปรับเปลี่ยนสมมติฐาน (ปรับเปลี่ยนการตัดสินใจ) ในการทำให้การดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายของโครงการเป็นไปได้ง่ายขึ้น สมมติฐานของการเปลี่ยนสถานการณ์ที่พร้อมมีการปรับเปลี่ยนในลักษณะดังกล่าว มีชื่อเรียกในที่นี่ว่า “สมมติฐานเชิงพลวัต (Dynamic Hypothesis)” (ภาพที่ 9)

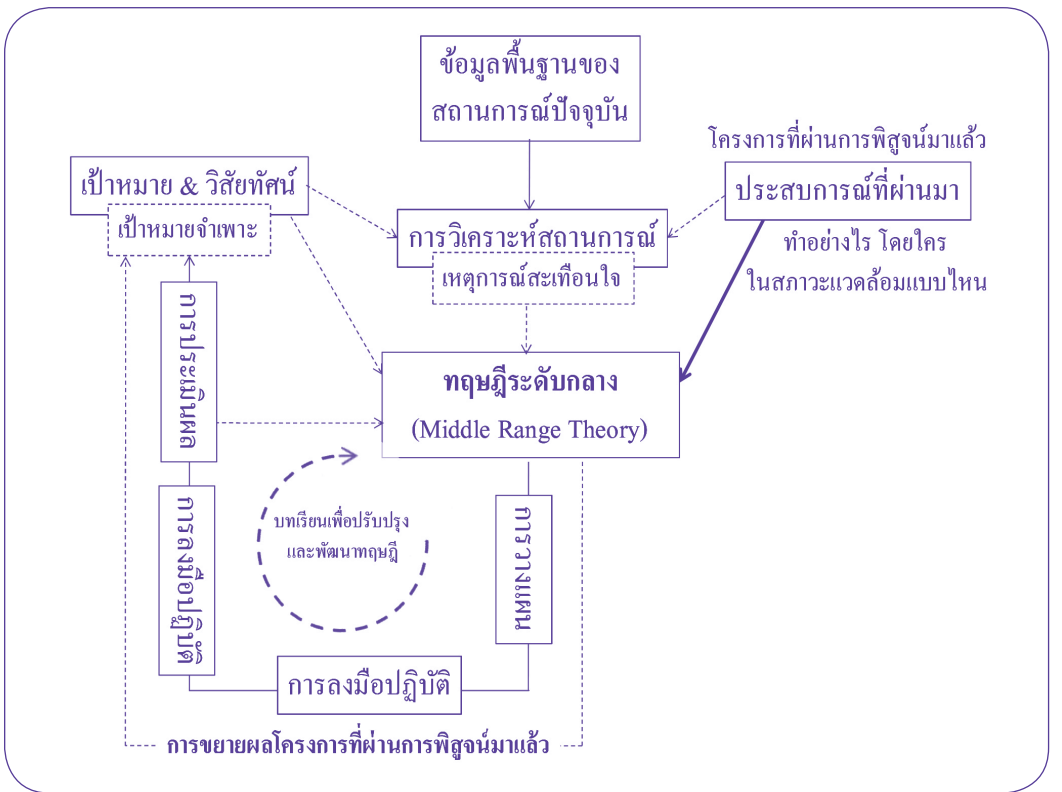
ภาพที่ 9 แสดงองค์ประกอบต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสมมติฐานเชิงพลวัต



การตั้งสมมติฐานเชิงพลวัต เป็นการตั้งสมมติฐานพร้อมไปกับการสร้างระบบหรือกลไกที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ในขณะลงมือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำองค์ความรู้จากการลงมือปฏิบัติมาปรับเปลี่ยนสมมติฐาน เพื่อเพิ่มความเป็นไปได้ของการบรรลุผลที่คาดว่าจะได้รับ

ในกรณีที่มีการพิสูจน์สมมติฐาน จากประสบการณ์ที่ผ่านมาในบางพื้นที่หรือบางบริบทว่า โครงการในลักษณะดังกล่าวสามารถดำเนินการและทำให้เกิดผลที่คาดว่าจะได้รับได้โดยมีกรณีตัวอย่างที่ทำเห็นอย่างเป็นรูปธรรมว่า ทำอย่างไร โดยใคร ในสภาวะแวดล้อมแบบไหน เรียกสมมติฐานที่ผ่านการพิสูจน์แล้วในลักษณะนี้ว่า ทฤษฎีระดับกลาง (Middle Range Theory: MRT) การดำเนินการในลักษณะนี้กล่าวได้ว่าเป็นการขยายผลของโครงการและพัฒนาทฤษฎีระดับกลางที่ผ่านการพิสูจน์มาแล้ว (ภาพที่ 10)

**ภาพที่ 10** แสดงการขยายผลโครงการและการพัฒนาทฤษฎีระดับกลางที่ผ่านการพิสูจน์มาแล้ว



## 4. กิจกรรมของการดำเนินโครงการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

### 4.1 การใช้เครื่องมือสำหรับการวางแผนและการมีคู่มือเพื่อการปฏิบัติ

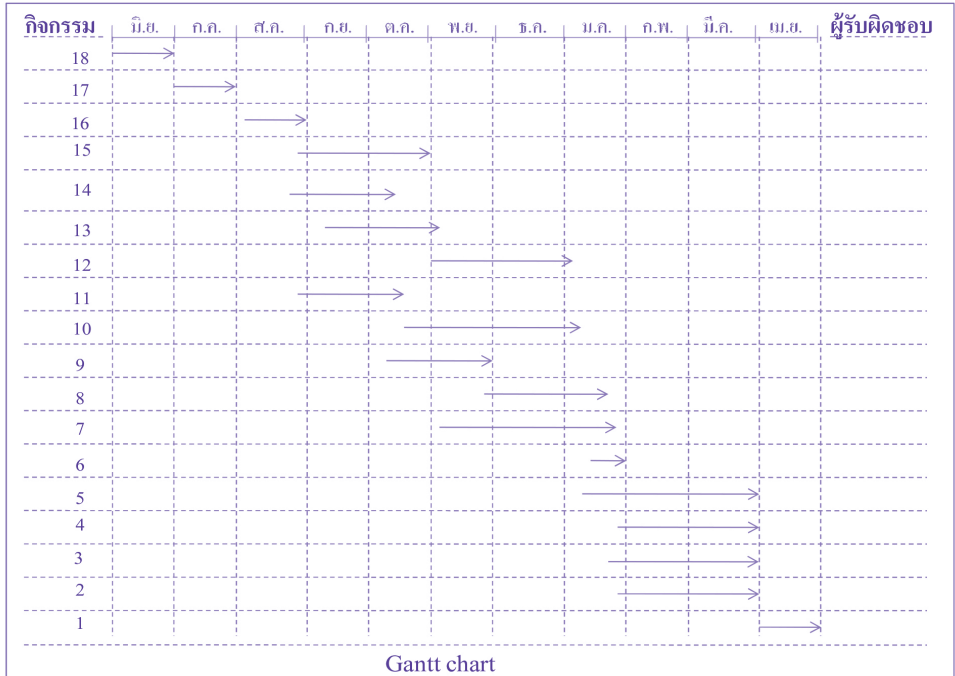
การวางแผนปฏิบัติการ (Action plan) อยู่บนพื้นฐานของการมองไปข้างหน้าว่าเพื่อการบรรลุเป้าหมายตามผลที่คาดว่าจะได้รับ มีกิจกรรมอะไรบ้างที่จำเป็นต้องมีการดำเนินการ ควรดำเนินการอย่างไร ต้องใช้ทรัพยากรอะไรบ้าง โดยใคร เมื่อไหร่ ทั้งนี้การมีและเลือกใช้เครื่องมือสำหรับการวางแผน (Planning tools) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำให้ความสัมพันธ์ของกิจกรรมที่จะดำเนินการกับช่วงเวลาที่ดำเนินการกิจกรรมดังกล่าว เช่น Gantt chart และ PERT chart เป็นต้น (ภาพที่ 11) ทั้งนี้การใช้เครื่องมือสำหรับการวางแผนอาจใช้เครื่องมืออื่นๆ เช่น Load chart, Outcome mapping ตลอดจนเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนยุทธศาสตร์ เช่น SWOT analysis เป็นต้น ซึ่งควรใช้ตามความจำเป็นและตามความเหมาะสมของแต่ละโครงการ

อนึ่ง ในการดำเนินกิจกรรมของโครงการ การมีรายละเอียดในทางปฏิบัติว่าในแต่ละกิจกรรมจะลงมือปฏิบัติอย่างไร โดยใคร และพัฒนาออกมาเป็นคู่มือสำหรับการปฏิบัติ (Instructions) มีส่วนทำให้การดำเนินโครงการ ซึ่งเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมมติฐานหรือทฤษฎี กับชีวิตจริงเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การประเมินผลเพื่อพิสูจน์สมมติฐาน และการพัฒนาทฤษฎีระดับกลางที่เป็นบทเรียนจากการดำเนินโครงการเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบเช่นกัน

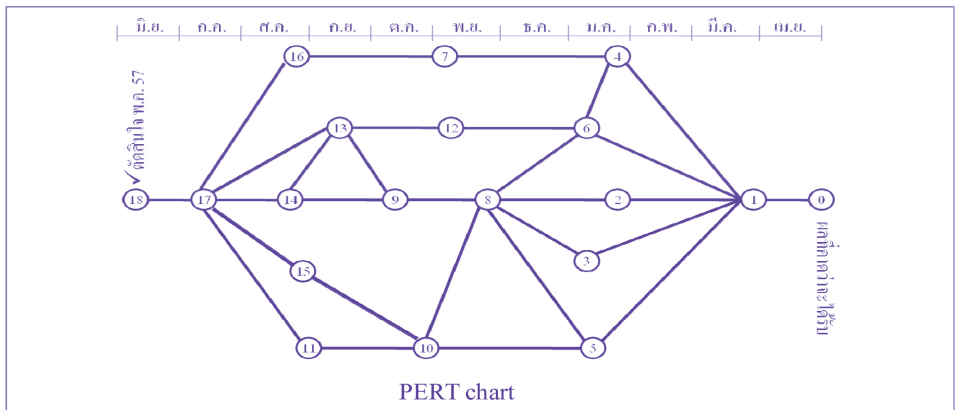
การเลือกและตัดสินใจใช้หรือพัฒนาเครื่องมือที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกลไกการจัดการต่างๆ ของการดำเนินโครงการ เช่น กลไกการเงิน การจัดการและการใช้ข้อมูล การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนต่างๆ การพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร-จิตอาสา-อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น ควรเลือกใช้ให้ในลักษณะผสมผสานไปกับการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ ทั้งนี้การตัดสินใจดังกล่าวถือเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการตั้งสมมติฐานเชิงพลวัต (สมมติฐานย่อย) หรือเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการพัฒนาทฤษฎีระดับกลาง (ทฤษฎีย่อย) ที่จำเป็นต้องได้รับการพิสูจน์ด้วยทดลองใช้พร้อมไปกับการดำเนินกิจกรรมของโครงการ และพร้อมปรับปรุงเปลี่ยนแปลง เมื่อมีบทเรียนจากประสบการณ์ที่เป็นองค์ความรู้เพิ่มจากการลงมือปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ

ภาพที่ 11 แสดงตัวอย่างการใช้เครื่องมือที่ใช้สำหรับการวางแผนปฏิบัติการในลักษณะของการใช้ Gantt chart สัมพันธ์กับ PERT chart

กรณีตัวอย่างของการมี 18 กิจกรรมที่วางแผนว่าจะลงมือปฏิบัติเพื่อบรรลุผลที่คาดว่าจะได้รับ



Gantt chart



PERT chart



## 4.2 บทบาทของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง: การลงมือปฏิบัติ-การบริหารจัดการ-และการวิจัยปฏิบัติการ

การดำเนินการโครงการเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอในโครงการ DHML ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินโครงการ ซึ่งมีองค์ประกอบของทั้งการบริหารจัดการในการทำให้เกิดการลงมือปฏิบัติเพื่อความก้าวหน้าของโครงการ และกระบวนการเรียนต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินโครงการดังกล่าวประกอบด้วย

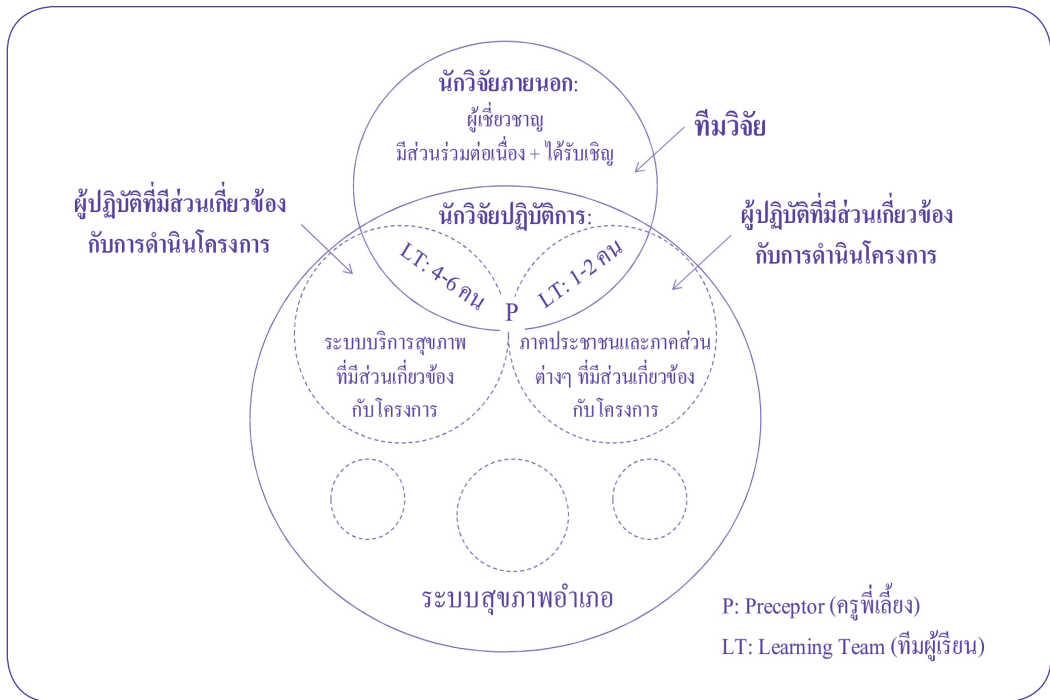
- **ทีมผู้เรียน (Learning Team: LT)** ซึ่งประกอบด้วยผู้ที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพอำเภอจำนวน 4-6 คน และผู้ที่มาจากภาคประชาชนหรือภาคส่วนต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการจำนวน 1-2 คน และถือเป็นทีมหลัก (Core team) ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการโครงการ
- **ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ (Field Actors)** อาจมีทั้งที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพอำเภอ และที่มาจากภาคประชาชนหรือภาคส่วนต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ ในการทำให้โครงการเดินหน้าเพื่อให้เกิดผลตามที่คาดว่าจะได้รับ ทั้งนี้ทีมผู้เรียนถือเป็นส่วนหนึ่งของผู้ปฏิบัติในพื้นที่
- **ครูพี่เลี้ยง (Preceptor: P)** อาจเป็นส่วนหนึ่งหรือมีความใกล้ชิดกับระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน ซึ่งมีหน้าที่อำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้การดำเนินโครงการ และการบริหารจัดการของทีมผู้เรียนเป็นไปได้อย่างดี โดยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ของทีมผู้เรียนตามความจำเป็น
- **ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอก (Resource persons)** ซึ่งส่วนใหญ่มาจากสถาบันการศึกษา (Academic Institutions: AI) แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือ
  - ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการเชิญชวนให้มีส่วนร่วมรับรู้ ร่วมให้มุมมอง และร่วมสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ ผ่านกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ศูนย์ประสานงานและ

จัดการการเรียนรู้ (Learning and Coordinating Center: LCC) และมี  
ส่วนร่วมสังเกตการณ์ในกิจกรรมการดำเนินการโครงการของทีมผู้เรียน  
ตามความจำเป็นของแต่ละโครงการ โดยทั่วไปในโครงการ DHML มัก  
เรียกผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนี้โดยรวมว่า “Assigned AI”

- o ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการเชิญเป็น “รายครั้ง” เพื่อถ่ายทอดความ  
เชี่ยวชาญเฉพาะด้านตามความจำเป็นของการดำเนินโครงการให้กับ  
ทีมผู้เรียน ทั้งเป็นรายทีม เป็นกลุ่มของทีมผู้เรียนที่อยู่ภายในเครือข่ายการ  
เรียนเดียวกัน หรือทุกทีมของทีมผู้เรียนที่อยู่ภายในเครือข่ายการเรียน  
เดียวกัน (เครือข่ายการเรียนเดียวกันหมายถึงทีมผู้เรียนที่อยู่ภายใน  
LCC เดียวกัน) โดยทั่วไปในโครงการ DHML มักเรียกผู้เชี่ยวชาญใน  
กลุ่มนี้ว่า “AI: on demands”

การดำเนินโครงการเพื่อการเรียนรู้ นอกจากมีองค์ประกอบของทั้งการบริหาร  
จัดการในการทำให้เกิดการลงมือปฏิบัติเพื่อความก้าวหน้าของโครงการ และกระบวนการ  
การเรียนรู้ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียนแล้ว ยังเป็นการพิสูจน์  
สมมติฐานเชิงพลวัตของการวิจัยปฏิบัติการ ทั้งนี้จากมุมมองของการวิจัยปฏิบัติการ  
ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการประกอบด้วย “ทีมวิจัย” กับ “ผู้ปฏิบัติที่มีส่วน  
เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ” ซึ่งทีมวิจัยแบ่งเป็น นักวิจัยจากภายนอก และนัก  
วิจัยปฏิบัติการ (ภาพที่ 12)

**ภาพที่ 12** แสดงความสัมพันธ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินโครงการ เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอในโครงการ DHML จากมุมมองของการวิจัยปฏิบัติการ



นักวิจัยจากภายนอก (External Researchers) ในที่นี้ประกอบด้วยทั้งผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง (Assigned AI) ซึ่งมีส่วนร่วมรับรู้ ร่วมให้มุมมองของการดำเนินโครงการ (Reflection) ในฐานะบุคคลภายนอก และร่วมสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ และผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับเชิญเป็นรายครั้ง (AI: on demands) ซึ่งช่วยถ่ายทอดความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน (Expert inputs) ตามความจำเป็นของการดำเนินโครงการ นักวิจัยจากภายนอกมีบทบาทสำคัญ ในการช่วยลดความโดดเดี่ยวทางวิชาการให้กับนักวิจัยปฏิบัติการ และผู้ปฏิบัติในพื้นที่ มีส่วนช่วยเพิ่มช่องว่าง-เพิ่มความยืดหยุ่น-และเพิ่มความชัดเจนให้การเดินหน้าดำเนินโครงการ

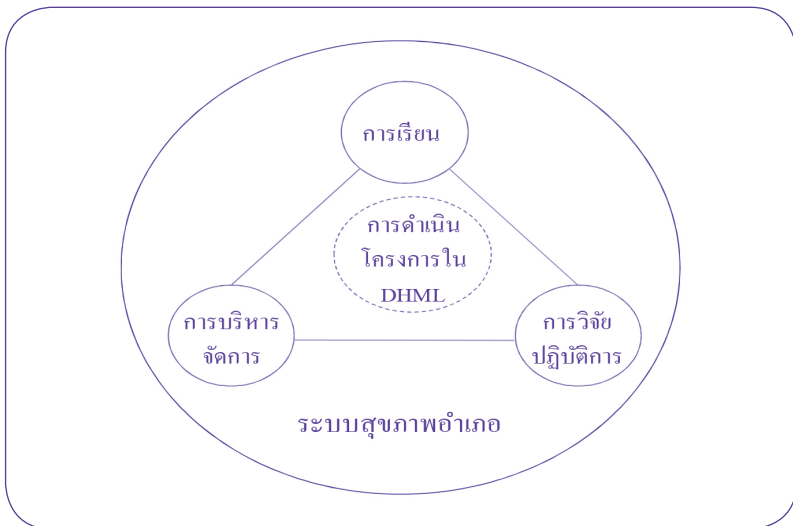
นักวิจัยปฏิบัติการ (Operational Researchers) ในที่นี้ประกอบด้วยทีมผู้เรียนและครูพี่เลี้ยง เป็นผู้ที่มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งในความสนใจ แรงจูงใจ และการให้คุณค่ากับการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของโครงการ ของผู้ปฏิบัติในพื้นที่ที่มีส่วน

เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ ทราบทั้งเงื่อนไขที่จะนำไปสู่ความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลง และแรงต้านที่อาจเกิดจากความกลัว ความกังวลใจต่อความไม่แน่นอนที่เป็นผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งระหว่างและที่เป็นผลของการดำเนินโครงการ

ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ (Field Actors) ในที่นี้ประกอบด้วยผู้ที่อยู่ในระบบบริการสุขภาพอำเภอ และที่มาจากภาคประชาชนหรือภาคส่วนต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ ทั้งนี้ทีมผู้เรียนมีสถานะเป็นทั้ง นักวิจัยปฏิบัติการ และผู้ปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งผู้ปฏิบัติในพื้นที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ ซึ่งมักมีองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพอำเภอ เป็นองค์ประกอบหลักที่สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จหรือล้มเหลวของโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโครงการที่มีความยากเชิงสังคม หรือโครงการที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในขณะลงมือดำเนินการ

การดำเนินโครงการใน DHML ทำให้มีความสัมพันธ์ของการเรียน การบริหารจัดการโครงการ และการวิจัยปฏิบัติการ ในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอ (ภาพที่ 13)

**ภาพที่ 13** แสดงความสัมพันธ์ของการเรียน-การบริหารจัดการ-และการวิจัยปฏิบัติการ ในระบบสุขภาพอำเภอ



## 5. การประเมินผลโครงการ

การประเมินผลโครงการในที่นี้เน้นไปที่ความก้าวหน้าของโครงการ ทั้งการประเมินกระบวนการของการลงมือปฏิบัติ ในที่นี้เรียกว่า “การประเมินผลเชิงปฏิบัติการ (Operational Evaluation)” ทำให้ทราบว่า การดำเนินโครงการสามารถทำตามแผนหรือตามคู่มือเพื่อการปฏิบัติ หรือสามารถทำได้ดีกว่าหรือมากกว่าแผนหรือคู่มือเพื่อการปฏิบัติ หรือยังไม่สามารถทำตามแผนหรือคู่มือเพื่อการปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ที่เป็นผลของการดำเนินโครงการซึ่งในที่นี้เรียกว่า “การประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Analytical Evaluation)” ทำให้ทราบผลของการดำเนินโครงการสามารถไปถึง หรือมีความห่างไกล หรือมีความใกล้เคียงกับผลที่คาดว่าจะได้รับมากน้อยเพียงใด

### 5.1 การประเมินผลเชิงปฏิบัติการ

การประเมินผลเชิงปฏิบัติการ (Operational Evaluation) เป็นการประเมินกระบวนการ (Process) ในทางปฏิบัติถ้ามีการกำหนดกิจกรรมของการดำเนินโครงการ ออกมาในรูปของแผนปฏิบัติการ และมีการพัฒนาแนวทางหรือคู่มือของการลงมือปฏิบัติของกิจกรรมของการดำเนินโครงการ จะทำให้การประเมินผลเชิงปฏิบัติการ เป็นไปได้ง่ายขึ้น

เมื่อไรก็ตามที่มีการกำหนดกิจกรรมของการดำเนินโครงการ ออกมาในรูปของแผนปฏิบัติการ และมีการพัฒนาแนวทางหรือคู่มือของการลงมือปฏิบัติของกิจกรรมของการดำเนินโครงการ กล่าวได้ว่าการตัดสินใจหรือสมมติฐานของการดำเนินโครงการ ดังกล่าวมีคุณลักษณะของการเป็นทฤษฎีในเบื้องต้น (Preliminary Theory) ที่ต้องการการพิสูจน์ความถูกต้องของทฤษฎีด้วยการลงมือปฏิบัติต่อไป หรืออาจเป็นทฤษฎีระดับกลาง (Middle Range Theory) ที่ผ่านการพิสูจน์ว่าเป็นจริงได้ในบางบริบทมาแล้ว

ดังนั้น ในกรณีที่มีความชัดเจนของการเป็นทฤษฎีเรียบร้อยแล้วก่อนที่จะมีการประเมินผลเชิงปฏิบัติการ ทำให้การประเมินเชิงปฏิบัติการในสถานการณ์ดังกล่าว มีคุณลักษณะของ “การมีทฤษฎีนำการประเมิน (Theory-driven Evaluation)”

เป็นการประเมินว่าทฤษฎีดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นในชีวิตจริงในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียนได้หรือไม่ บางครั้งเรียกการประเมินที่มีคุณลักษณะของการมีทฤษฎีพร้อมไปกับการพิสูจน์ด้วยการลงมือปฏิบัติในลักษณะนี้ว่า “การประเมินตามความจำเพาะในชีวิตจริง (Realist Evaluation)” ของแต่ละบริบทของระบบสุขภาพอำเภอ

ในเบื้องต้นการประเมินผลเชิงปฏิบัติการจะทำให้ทราบว่า กิจกรรมของการดำเนินโครงการ มีกิจกรรมใดบ้างที่

- สามารถดำเนินการได้ตามสมมติฐานหรือการตัดสินใจ หรือดำเนินการได้ตามแผน หรือดำเนินการได้ตามคู่มือหรือแนวทางเพื่อการลงมือปฏิบัติ
- สามารถทำได้ดีกว่าหรือมากกว่าสมมติฐานหรือการตัดสินใจ หรือแผนที่วางไว้ หรือคู่มือหรือแนวทางเพื่อการลงมือปฏิบัติ
- (ยัง) ไม่สามารถทำได้ตามสมมติฐานหรือการตัดสินใจ หรือแผนที่วางไว้ หรือคู่มือหรือแนวทางเพื่อการลงมือปฏิบัติ ซึ่งแบ่งเป็น
  - ไม่มีผลกระทบต่อทิศทางการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายตามผลที่คาดว่าจะได้รับของการดำเนินโครงการ
  - มีผลกระทบต่อทิศทางการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายตามผลที่คาดว่าจะได้รับของการดำเนินโครงการ ทั้งนี้เป็นเรื่องปกติในกรณีที่มีความแตกต่างระหว่างแนวทางการปฏิบัติในคู่มือ กับการปฏิบัติในชีวิตจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเริ่มต้นของการลงมือปฏิบัติ หรือช่วงเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง มักมีธรรมชาติของการเกิดแรงต้าน เช่น ความเคยชินกับการปฏิบัติแบบเดิม ผู้ปฏิบัติยังคงขาดสมรรถนะทั้งความรู้-ทักษะ-และทัศนคติ ในการดำเนินการตามแนวทางการปฏิบัติแบบใหม่ เป็นต้น ซึ่งความแตกต่างดังกล่าว ยังคงเป็นโอกาส ซึ่งการประเมินเชิงปฏิบัติการมีส่วนช่วยเพิ่มความชัดเจนเพื่อให้เห็น

ความจำเป็นของการพัฒนา ทั้งการเพิ่มสมรรถนะของผู้ปฏิบัติ-หรือ การปรับการใช้เครื่องมือด้านการบริหารจัดการ-หรือการปรับสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินโครงการของผู้ลงมือปฏิบัติ และการปรับเปลี่ยนสมมติฐานหรือการตัดสินใจ-แผนปฏิบัติการ-หรือคู่มือการปฏิบัติ โดยยังคงทิศทางของการพัฒนาเพื่อบรรลุเป้าหมายตามผลที่ คาดว่าจะได้รับจากการดำเนินโครงการ

การประเมินผลเชิงปฏิบัติการ จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความถูกต้องตามความเป็นจริงของการลงมือปฏิบัติ (Internal validity: ไม่ใช่การสร้างภาพเฉพาะช่วงที่มีการประเมิน) ดังนั้นการดำเนินการจึงควรอยู่บนพื้นฐานของการร่วมมือกันของทั้ง ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ (ทั้งที่อยู่ระบบบริการสุขภาพ ภาคประชาชน และภาคส่วนต่างๆ ที่มี ส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ) นักวิจัยปฏิบัติการ (ทีมผู้เรียนและครูพี่เลี้ยง) และนักวิจัยจากภายนอก (ผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนร่วมต่อเนื้อเรื่องและผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับเชิญ) ซึ่งข้อมูลของการประเมินผลเชิงปฏิบัติการส่วนใหญ่มาจากนักวิจัยปฏิบัติการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทีมผู้เรียน เนื่องจากมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับองค์ประกอบต่างๆ ภายในระบบสุขภาพอำเภอ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการ ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งนี้การประชุมกันอย่างสม่ำเสมอของทีมผู้เรียน มีส่วนสำคัญในการทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นการประเมินผลเชิงปฏิบัติการ และนำไปสู่การพัฒนาอย่างเป็นระบบ

การมีส่วนร่วมสังเกตการณ์ (Direct Observation) ในกิจกรรมต่างๆ ของการดำเนินโครงการของครูพี่เลี้ยงในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของนักวิจัยปฏิบัติการ และผู้เชี่ยวชาญในฐานะนักวิจัยจากภายนอก มีความสำคัญในการช่วยเพิ่มความมั่นใจในความถูกต้องและความเที่ยงตรงของข้อมูล ที่นำมาใช้ในกระบวนการประเมินผลเชิงปฏิบัติการ

การเก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มความมั่นใจในความถูกต้องของข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น การสัมภาษณ์เจาะลึก (In depth interview) หรือ การสัมภาษณ์เป็นรายกลุ่ม (Focus group interview) และการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น การเปลี่ยนแปลงของข้อมูลพื้นฐาน (Change of basic data) การสำรวจขนาดเล็ก (Small scale

survey) เป็นต้น ควรพิจารณาดำเนินการเฉพาะที่จำเป็น บนพื้นฐานของการตัดสินใจร่วมกันของนักวิจัยปฏิบัติการและนักวิจัยจากภายนอก

การประเมินผลเชิงปฏิบัติการ ควรดำเนินการประเมินจนกระทั่งพบว่า การเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนาในทางปฏิบัติในบริบทดังกล่าวเข้าสู่จุดสมดุล หมายถึง เป็นจุดที่มีการเปลี่ยนแปลงน้อย หรือการเปลี่ยนแปลงไม่น่าจะมีมากไปกว่านี้ เป็นการแสดงให้เห็นว่าการดำเนินการได้ผ่านการประเมินผลเชิงปฏิบัติการแล้ว และมีความพร้อมที่จะได้รับการประเมินผลในขั้นต่อไป ในที่นี้คือ “การประเมินผลเชิงวิเคราะห์”

## 5.2 การประเมินผลเชิงวิเคราะห์

การประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Analytical Evaluation) เป็นการประเมินผลลัพธ์ว่า การดำเนินโครงการได้ผลขึ้นไปตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ โดยที่มีทั้งองค์ประกอบที่เป็นการสังเคราะห์ (Synthesis) เพื่อหาข้อสรุปว่า สามารถให้การยืนยัน (Confirm) หรือไม่ควรให้การยอมรับ (Reject) สมมติฐานหรือการตัดสินใจของการดำเนินโครงการสัมพันธ์กับผลที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมกับมีการวิเคราะห์ (Analysis) บนพื้นฐานของการอธิบายว่า ทำไมด้วยเงื่อนไขตามความจำเพาะในบริบทของการดำเนินโครงการ จึงได้ข้อสรุปดังกล่าว เช่น ในกรณีที่ให้การยืนยัน สามารถอธิบายได้ว่า ดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ในโครงการอย่างไร โดยใครเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมเหล่านั้น ด้วยสถานะแวดล้อมแบบไหน และในกรณีที่ไม่ให้การยอมรับสามารถอธิบายได้ว่า ปัญหา-อุปสรรค รวมถึงแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงคืออะไร

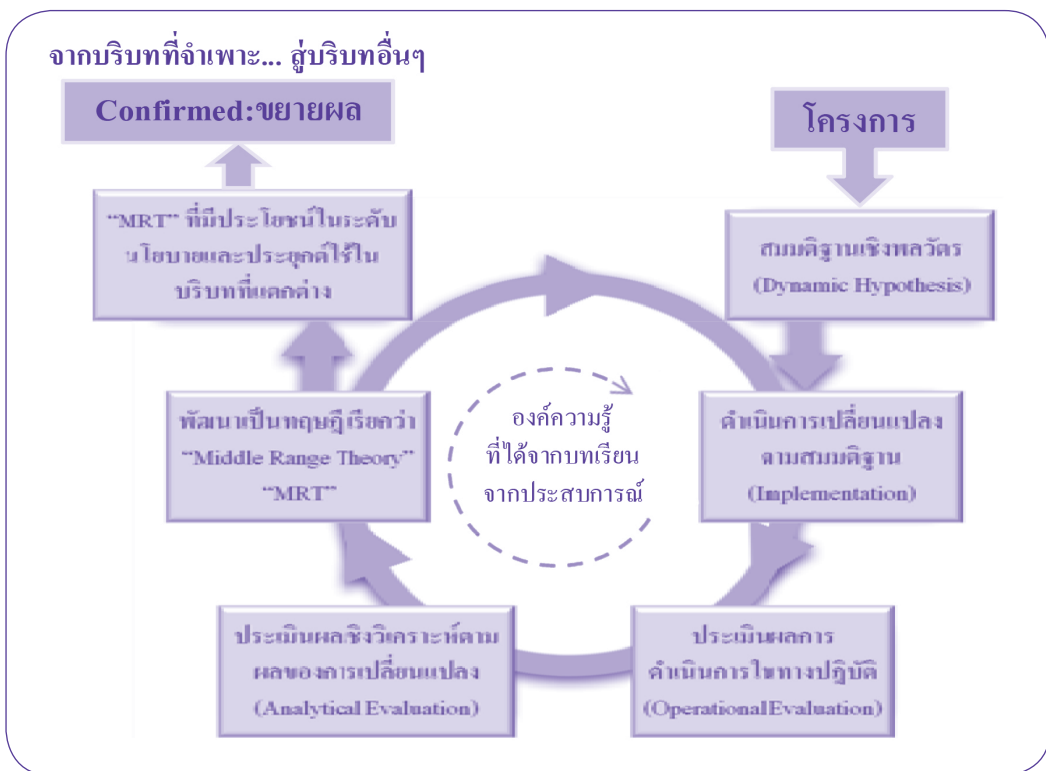
การเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เช่น ข้อมูลพื้นฐานจากการรวบรวมข้อมูลที่มีการบันทึกในขณะที่ให้บริการตามปกติ (Routine data) ทั้งช่วงก่อนดำเนินโครงการ-ระหว่างดำเนินโครงการ-และในช่วงของการทำการประเมินผลเชิงวิเคราะห์ ข้อมูลที่เป็นการบันทึกในลักษณะเรื่อง-เหตุการณ์ประทับใจ-ปรากฏการณ์ที่น่าสนใจ อย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ และระหว่างการดำเนินโครงการตามขั้นตอนต่างๆ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลเชิงปฏิบัติการ มักมีข้อมูลและหลักฐานมากพอในการทำการประเมินผลเชิงวิเคราะห์ โดยที่ไม่จำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพิ่มเติม



ในกรณีที่มีข้อมูลที่ยังไม่สามารถหาข้อสรุปได้ อาจเก็บข้อมูลเพิ่มเติมตามความจำเป็น รวมถึงอาจมีการตั้งและทดสอบสมมติฐานย่อย เพื่อให้มีข้อมูลหรือการสังเคราะห์ข้อมูลจากประสบการณ์ของการลงมือปฏิบัติมากพอ ในการหาข้อสรุปว่าจะให้การยืนยันการตัดสินใจหรือการดำเนินการตามสมมติฐานของโครงการหรือไม่

ในการดำเนินโครงการที่มีความยาก หรือมีความยุ่งยากซับซ้อน มักมีวงจรของการประเมินผลเชิงปฏิบัติการ การประเมินผลเชิงวิเคราะห์ และการปรับเปลี่ยนการตัดสินใจหรือปรับเปลี่ยนสมมติฐานของการดำเนินโครงการ ซึ่งเป็นวงจรที่อาจมีการดำเนินการซ้ำกันหลายครั้งจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะสมดุล จึงจะได้ข้อสรุปว่าจะให้การยืนยันการตัดสินใจหรือสมมติฐานดังกล่าวหรือไม่ (ภาพที่ 14)

**ภาพที่ 14** แสดงความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องระหว่างการประเมินผลเชิงปฏิบัติการ การประเมินผลเชิงวิเคราะห์ และการปรับเปลี่ยนการตัดสินใจหรือสมมติฐานของการดำเนินโครงการ

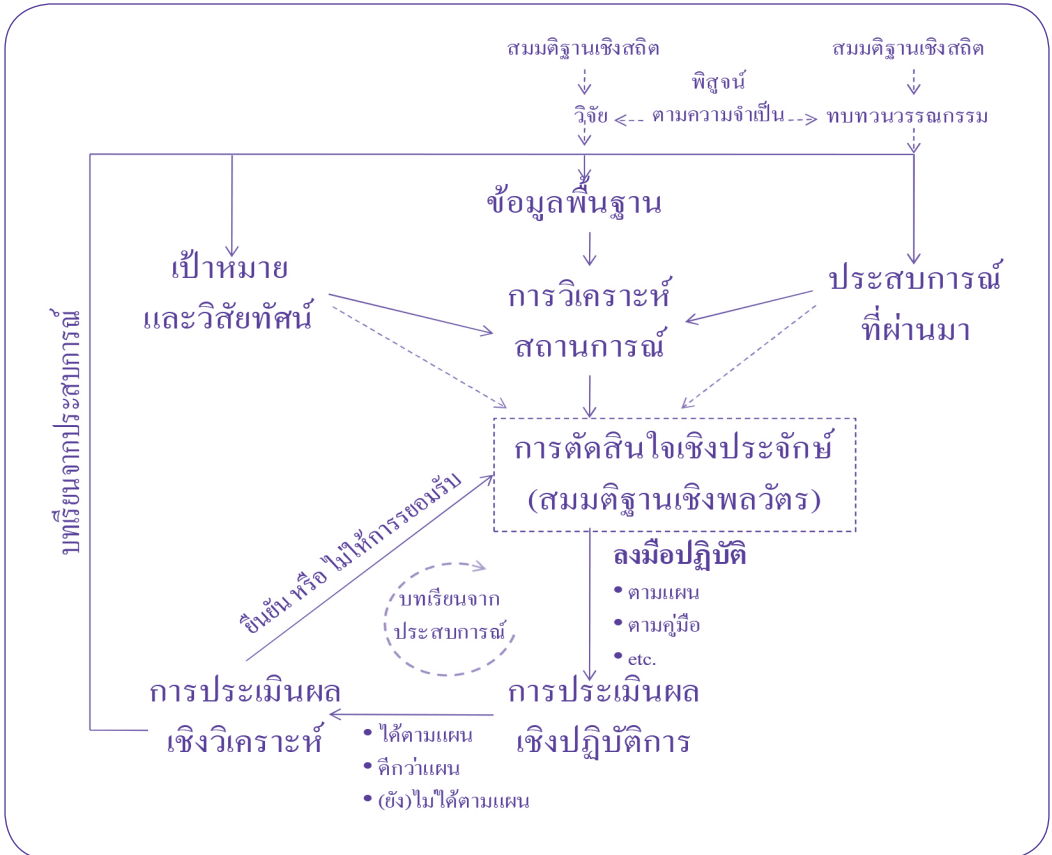


กรณีที่ได้รับการยืนยันจากการประเมินผลเชิงวิเคราะห์ว่า การตัดสินใจหรือสมมติฐานที่ผ่านการพิสูจน์ด้วยการลงมือปฏิบัติ ทำให้เกิดผลที่คาดว่าจะได้รับในบริการของโครงการดังกล่าวได้จริง การอธิบายว่า ทำไมด้วยเงื่อนไขตามความจำเพาะในบริบทของการดำเนินโครงการ จึงได้ข้อสรุปดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการอธิบายว่ากิจกรรมในโครงการดำเนินการอย่างไร โดยใคร ด้วยสถานะแวดล้อมแบบไหน ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาเป็นทฤษฎีระดับกลาง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการนำไปขยายผลต่อไป ส่วนกรณีที่โครงการที่ดำเนินการมีความเป็นทฤษฎีระดับกลางอยู่แล้ว ถือเป็น การเพิ่มความหนักแน่นของการขยายผลให้กับทฤษฎีดังกล่าว

## 6. ความสัมพันธ์ของวงจรการบริหารจัดการเชิงระบบ กับเมทริชการ

วงจรการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ หรือการวิจัยเชิงปฏิบัติการในระบบ สุขภาพอำเภอ ที่กล่าวมาทั้งหมด อาจสรุปเป็นภาพรวมได้ดังภาพที่ 15

ภาพที่ 15 แสดงภาพรวมของวงจรการบริหารจัดการเชิงระบบและการวิจัย ปฏิบัติการ



ทั้งนี้ขั้นตอนการดำเนินโครงการตามการบริหารจัดการเชิงระบบมีความสัมพันธ์กับเมทริชการซึ่งมีทั้งหมด 11 ชุดความรู้ (ดูรายละเอียดในภาคผนวกที่ 3) ดังนี้

- เป้าหมายและวิสัยทัศน์: ชุดความรู้ที่ 1 เป้าหมายและวิสัยทัศน์ขององค์ประกอบต่างๆ ในระบบสุขภาพ; ชุดความรู้ที่ 4 คุณลักษณะพึงประสงค์ของระบบบริการสุขภาพอำเภอ; ชุดความรู้ที่ 5 คุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ที่ทำหน้าที่บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

- ข้อมูลพื้นฐาน และประสบการณ์ที่ผ่านมา: ชุดความรู้ที่ 3 ปัญหาสุขภาพ
- การวิเคราะห์สถานการณ์: ชุดความรู้ที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์
- การตัดสินใจเชิงประจักษ์และการวางแผน: การบูรณาการองค์ความรู้จากชุดความรู้ที่ 1-5; และชุดความรู้ที่ 6 วงจรการวางแผนและการบริหารจัดการ
- จากการตัดสินใจและการวางแผนสู่การลงรายละเอียดของการลงมือปฏิบัติ: ชุดความรู้ที่ 7 การบริหารทรัพยากรบุคคลและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม; ชุดความรู้ที่ 8 การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ; ชุดความรู้ที่ 9 ระบบข้อมูล; ชุดความรู้ที่ 10 ระบบการเงิน
- การประเมินผล: ชุดความรู้ที่ 11

องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้การเชื่อมโยงระหว่างการบริหารจัดการเชิงระบบและการวิจัยปฏิบัติการคือ การตัดสินใจเชิงประจักษ์ (ในฐานะนักบริหารจัดการ) สมมติฐานเชิงพลวัต (ในฐานะนักวิจัยปฏิบัติการ) ทั้งนี้การลงทุนเพิ่มด้วยการทำวิจัยหรือทบทวนวรรณ เพื่อพิสูจน์ “สมมติฐานเชิงสถิต (Static hypothesis)” กล่าวคือ การพิสูจน์สมมติฐานดังกล่าว เป็นการเพิ่มองค์ความรู้เพื่อเพิ่มความเข้าใจสถานการณ์ แต่ยังไม่ใช้กิจกรรมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนสถานการณ์ ควรทำเฉพาะกรณีที่มีประโยชน์ต่อการตัดสินใจ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อในขั้นตอนของการวางแผนและการลงมือปฏิบัติเท่านั้น

ในกรณีที่มีการลงทุนเพิ่มก่อนการตัดสินใจหรือก่อนการลงมือปฏิบัติ เช่น ลงทุนเก็บข้อมูลพื้นฐานเพิ่มเพื่อเพิ่มความเข้าใจสถานการณ์ในปัจจุบัน ลงทุนทบทวนวรรณกรรมหรือศึกษาดูงานเพื่อเพิ่มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ที่ผ่านมา ถ้าผลจากการลงทุนดังกล่าวไม่สามารถนำมาใช้เพื่อช่วยในการตัดสินใจ หรือไม่สามารนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผนหรือการลงมือปฏิบัติ จากมุมมองของการบริหารจัดการโครงการ ถือเป็นการลงทุนที่ขาดผลผลิต

ในขณะที่กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ บนพื้นฐานของการมีสมมติฐานเชิงพลวัต ซึ่งให้ความสำคัญกับความพร้อมในการเดินทาง พร้อมไปกับการเรียนรู้ขณะลงมือปฏิบัติ กระบวนการดังกล่าวมีส่วนช่วยเพิ่มความเข้าใจสถานการณ์ เพิ่มประสบการณ์

และเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจ พร้อมไปกับการเดินหน้าหรือการทำให้เกิดความก้าวหน้าของโครงการ

อนึ่ง วงจรการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและการวิจัยปฏิบัติการนี้ ให้ความสำคัญกับการลงมือปฏิบัติเพื่อเดินหน้าโครงการ มากกว่าการลงทุนเพิ่มเพื่อเพิ่มความเข้าใจสถานการณ์ ซึ่งการเรียนรู้ขณะลงมือปฏิบัติ มักเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ผ่านกระบวนการประเมินผลเชิงปฏิบัติการ และการประเมินผลเชิงวิเคราะห์อย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการเรียนรู้และเพิ่มองค์ความรู้บนพื้นฐานของการขับเคลื่อน เพื่อการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาสถานการณ์ ไม่ว่าโครงการที่กำลังดำเนินการอยู่จะมีความยุ่งยากซับซ้อน มีความยุ่งยากหรือไม่ยุ่งยากก็ตาม โดยทำให้ความยากหรือความยุ่งยากต่างๆ ที่มี ค่อยๆ ลดลง ส่งผลให้องค์ประกอบของระบบที่ได้รับการพัฒนา มีคุณลักษณะเข้าใจได้เป้าหมาย หรือสถานการณ์ที่คาดหวังอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

## 7. แนวทางการสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์ของการดำเนินโครงการ

ในขณะที่ดำเนินการโครงการ ตั้งแต่เริ่มต้น ระหว่างดำเนินโครงการ และช่วงสรุปผลของการดำเนินโครงการ มักมีเอกสาร PowerPoint presentation ภาพถ่าย หรือวิดีโอบันทึกเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผลิตโดย นักวิจัยปฏิบัติการ (ทีมผู้เรียนและครูที่เลี้ยง) นักวิจัยจากภายนอก (ผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องและผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับเชิญ) รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมกับการดำเนินโครงการ ที่เป็นการสะท้อนให้เห็นกระบวนการดำเนินโครงการออกมาในหลายรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นกิจกรรมการดำเนินการต่างๆ ตามกระบวนการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ หรือการวิจัยปฏิบัติการ เช่น

- การมีเป้าหมายและวิสัยทัศน์ (Vision and Goal: V&G) ที่เชื่อมโยงกับเป้าหมายจำเพาะ (Specific Goals: SG) ของโครงการ
- การมีข้อมูลพื้นฐาน (Basic Data: BD) ของการดำเนินโครงการ
- การใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมา (Past Experience: PE) ประกอบการตัดสินใจเชิงประจักษ์
- การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation Analysis: SA)
- การตัดสินใจเชิงประจักษ์ (Empirical Decision: ED) เพื่อการเดินหน้าโครงการ
- การมีแผนปฏิบัติการ (Plan of Action: PA)
- การมีคู่มือเพื่อลงมือปฏิบัติ (Instruction: Ins)
- การแสดงให้เห็นถึงดำเนินกิจกรรมการต่างๆ (Activity Report: AR) ของโครงการ
- การประเมินผลเชิงปฏิบัติการ (Operational Evaluation: OE)
- การประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Analytical Evaluation: AE)

การสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการเหล่านี้ โดยมีเอกสาร (ทั้งในรูปของ electronic และ paper), PowerPoint presentation ภาพถ่าย หรือวิดีโอ และอื่นๆ ที่มีการรวบรวมในขณะที่ดำเนินโครงการ ถือเป็นผลผลิตที่สำคัญของกระบวนการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบและการวิจัยปฏิบัติการ ซึ่งควรมีการเก็บรวบรวมอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้

การจัดเก็บดังกล่าว ถ้าสามารถทำให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับขั้นตอนตามวงจรของการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ และการวิจัยปฏิบัติการ (ภาพที่ 16) นอกจากจะทำให้เห็นความชัดเจนในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินโครงการแล้ว ยังช่วย กระตุ้นให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมต่างๆ ของโครงการแล้ว ยังทำให้มีวัตถุดิบที่เป็นประโยชน์สำหรับการสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง การรวบรวมและจัดเก็บดังกล่าวควรดำเนินการโดยสมาชิกของทีมผู้เรียน เช่น ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นเลขานุการของทีมผู้เรียน เป็นต้น

**ภาพที่ 16** แสดงตัวอย่างการเก็บรวบรวมเอกสาร powerpoint ภาพถ่าย หรือวิดีโอ อย่างเป็นระบบขณะดำเนินโครงการสัมพันธ์ขั้นตอนของการบริหารจัดการ อย่างเป็นระบบและการวิจัยปฏิบัติการ

รายการ เอกสาร/powerpoint/ภาพถ่าย/วิดีโอ...	การดำเนินโครงการ	วัน/เดือน/ปี
เอกสาร โครงการที่เลือกเพื่อใช้เรียน ....	SG-BD-SA-PE-ED	3/6/57
ข้อมูลพื้นฐานและการวิเคราะห์สถานการณ์เพิ่มเติม ....	BD-SA	1/7/57
ประสบการณ์การเรียนรู้จากการศึกษาดูงาน ....	PE	12/7/57
ตัดสินใจเดินหน้าโครงการ (LT, P, Assigned AI )....	ED	20/7/57
แผนปฏิบัติการ ...	PA	20/7/57
คู่มือการปฏิบัติ ...	Ins	2/8/57
การดำเนินกิจกรรมของโครงการ ...	AR	15/8/57
การดำเนินกิจกรรมของโครงการ ...	AR	4/9/57
.....	...	.../.../...
การประเมินผลเชิงปฏิบัติการ ...	OE	12/12/57
การประเมินผลเชิงปฏิบัติการ ...	OE	7/1/58
.....	...	.../.../...
การประเมินผลเชิงวิเคราะห์ ...	OE	7/1/58
.....	...	.../.../...



## ภาคผนวกที่ 3 ภาพรวมเมนูวิชาการ

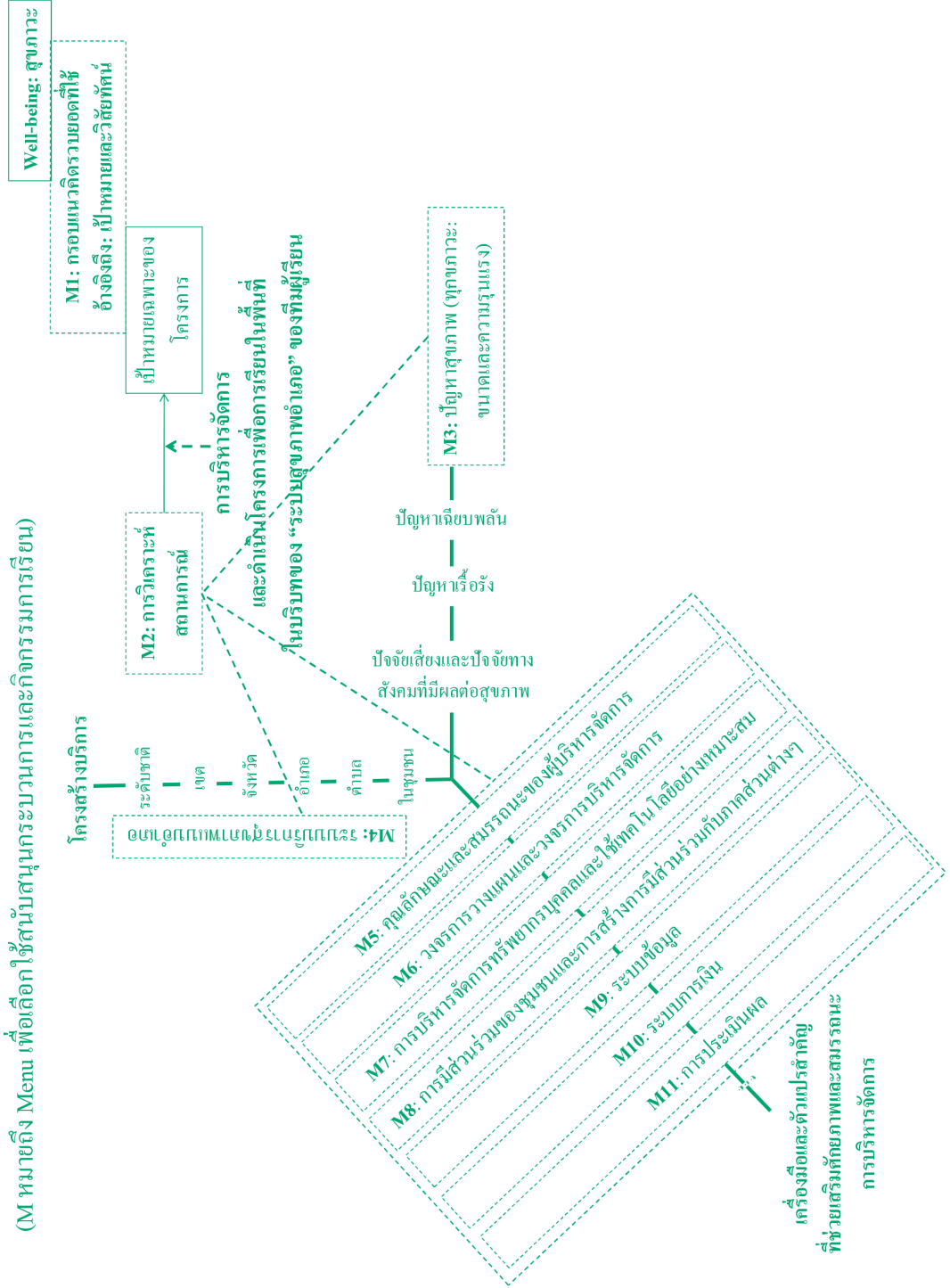
เมนูวิชาการประกอบด้วยองค์ความรู้ที่เป็นชุดความรู้ของระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งมีทั้งหมด 11 ชุดความรู้เพื่อเลือกใช้สนับสนุนกระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้ โดยที่กรอบเนื้อหาที่สำคัญของแต่ละชุดความรู้ประกอบด้วย 1) ทฤษฎีและหลักการ อย่างย่อ 2) สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศและโดยทั่วไปในระดับอำเภอ 3) ควรดำเนินการต่ออย่างไรเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของแต่ละอำเภอ โดยแต่ละชุดความรู้จะมี “รายการ (Menu)” ของแหล่งเรียนรู้ (Sites for study visits) รายการของอุปกรณ์และสื่อส่งเสริมการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Learning materials) เช่น Video, PowerPoint presentations, และเอกสารประกอบชุดการเรียนรู้ รวมถึงรายชื่อของอาจารย์หรือผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ผลิตสื่อเหล่านี้ เพื่อที่ผู้เรียน ครูพี่เลี้ยง อาจารย์จากสถาบันการศึกษา หรือ Resource persons สามารถเข้าถึง และเลือกใช้ตามความจำเป็น รวมถึงร่วมเพิ่มเติมและพัฒนา “Menu” เหล่านี้อย่างต่อเนื่อง

ภาพรวมของความสัมพันธ์ของชุดความรู้ทั้ง 11 ชุดความรู้ ในบริบทของการบริหารจัดการและดำเนินโครงการเพื่อการเรียนรู้ในพื้นที่ในระบบสุขภาพอำเภอของ ทีมผู้เรียนสามารถแสดงได้ ดังภาพที่ 17



# ภาพที่ 17 ความสัมพันธ์ของชุดความรู้ต่างๆ กับการบริหารจัดการเพื่อการดำเนินโครงการเพื่อการเรียนรู้ในพื้นที่ในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอของผู้เรียน

(M หมายถึง Menu เพื่อเลือกใช้สนับสนุนกระบวนการและกิจกรรมการเรียนรู้)



**ชุดความรู้ที่ 1 เป้าหมายและวิสัยทัศน์** เป็นกรอบแนวคิดรวบยอดสำหรับอ้างอิงถึง ที่สะท้อนแนวคิด-หลักการ-และสถานการณ์หรือสภาวะการณ์ที่คาดหวังในภาพรวมของระบบสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับแนวคิด-หลักการ-และสถานการณ์หรือสภาวะการณ์ที่คาดหวังของทุกชุดความรู้ และที่สำคัญมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายเฉพาะของโครงการที่มีการดำเนินการระหว่างเรียนเสมอ ส่วน**ชุดความรู้ที่ 2 การวิเคราะห์สถานการณ์** เป็นชุดการเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของชุดความรู้ที่ 3 ถึง 5 ทำให้ทราบถึงสภาวะการณ์หรือสถานการณ์ที่กำลังวิเคราะห์อยู่นั้น ท่างไกลหรือใกล้เคียงกับเป้าหมายที่เป็นสถานการณ์หรือสภาวะที่คาดหวังในชุดความรู้ที่ 1 มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะช่วยให้การวิเคราะห์สถานการณ์ การกำหนดเป้าหมายตามความจำเพาะของโครงการ และการวางแผนดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายของโครงการเกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ดังนั้น **ชุดความรู้ที่ 1 และชุดความรู้ที่ 2** จึงจำเป็นต้องมีการอภิปรายแลกเปลี่ยนในช่วงเริ่มต้นของการเรียนสำหรับทีมผู้เรียนทุกทีม

ปฏิสัมพันธ์ของ**ชุดความรู้ที่ 3 ถึง 11** นอกจากช่วยทำให้เข้าใจสถานการณ์ในชุดการเรียนรู้ที่ 2 และเชื่อมโยงกับสถานการณ์ที่คาดหวังในชุดความรู้ที่ 1 แล้ว ยังมีรายละเอียดที่ทำให้เห็นถึงวิธีการและขั้นตอนของการพัฒนาและแก้ปัญหาต่างๆ ในระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งนี้อาจจัดกลุ่มหรือแบ่งชุดการเรียนรู้เหล่านี้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของระบบสุขภาพอำเภอ ออกได้เป็น 3 มิติ ประกอบด้วย **มิติที่ 1) ปัญหาสุขภาพ** (ชุดความรู้ที่ 3 ปัญหาสุขภาพ) **มิติที่ 2) โครงสร้างบริการ** (ชุดการเรียนรู้ที่ 4 ระบบบริการสุขภาพอำเภอ) **มิติที่ 3 เครื่องมือและตัวแปรสำคัญที่ช่วยเสริมศักยภาพและสมรรถนะการบริหารจัดการ** (ชุดความรู้ที่ 5 คุณลักษณะและสมรรถนะของผู้บริหารจัดการ, ชุดความรู้ที่ 6 วงจรการวางแผนและวงจรการบริหารจัดการ, ชุดความรู้ที่ 7 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม, ชุดความรู้ที่ 8 การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ, ชุดความรู้ที่ 9 ระบบข้อมูล, ชุดความรู้ที่ 10 ระบบการเงิน และชุดความรู้ที่ 11 การประเมินผล) ชุดการเรียนรู้เหล่านี้ ให้เลือกใช้ตามความจำเป็นของแต่ละทีมผู้เรียนและภายในเครือข่ายของการจัดการเรียน ตามช่วงเวลาที่เหมาะสมของการจัดการเรียน เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในขณะดำเนินโครงการซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญของการเรียน



## ชุดความรู้ที่ 1

# เป้าหมายและวิสัยทัศน์

เรียนรู้กรอบแนวคิดรวบยอด (Conceptual frameworks) บนพื้นฐานของการมีกรณีตัวอย่าง หรือกรณีศึกษา ที่สะท้อนถึง “คุณลักษณะพึงประสงค์” ขององค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย คุณลักษณะพึงประสงค์ของนโยบาย-ระบบบริการ-การให้บริการ-การให้การดูแล-และการมีสุขภาวะของรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชนของประชาชนในระบบสุขภาพอำเภอ ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากสื่อประกอบการเรียน และการศึกษาดูงานจากแหล่งเรียนรู้ต่างๆ เพื่อเพิ่มความชัดเจนในทิศทางของการพัฒนา เป็นการเพิ่มพลังการขับเคลื่อน บนพื้นฐานของการมีวิสัยทัศน์ (Common Vision) และการมีเป้าหมายร่วม (Common Goal) บนเงื่อนไขการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบ ตามความจำเพาะในบริบทที่แตกต่าง (Context specific) ของแต่ละระบบสุขภาพอำเภอ

### วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมายของ “คุณลักษณะพึงประสงค์” ขององค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพอำเภอ พร้อมกับสามารถยกกรณีตัวอย่าง ทำให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของ “กรอบแนวคิด” กับ “ชีวิตจริง” บนพื้นฐานของการเรียนรู้ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยน สื่อประกอบการเรียน และการศึกษาดูงานจากแหล่งเรียนรู้ต่างๆ
2. อธิบายความเชื่อมโยงของ “เป้าหมายจำเพาะ” ของโครงการที่จะมีการดำเนินการโดยทีมผู้เรียน กับคุณลักษณะพึงประสงค์ขององค์ประกอบสำคัญต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระบบสุขภาพอำเภอ
3. นำความรู้และความเข้าใจ คุณลักษณะพึงประสงค์-เป้าหมายและวิสัยทัศน์ร่วม-และเป้าหมายจำเพาะของโครงการที่จะมีการดำเนินการโดยทีมผู้เรียน

นำไปใช้อ้างอิงถึงเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ การสังเคราะห์ประสบการณ์ และการตัดสินใจดำเนินการอย่างมีทิศทางและเป็นระบบ

## กรอบเนื้อหาพื้นฐาน

- ทฤษฎีและหลักการโดยย่อตามความจำเป็น
  - นิยาม (Definitions) ของคุณลักษณะพึงประสงค์ บนพื้นฐานของการให้สำคัญกับความจำเพาะของนิยาม (Terminologies) และปรัชญาเบื้องหลังที่มีผลต่อการออกแบบระบบ ขององค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพ ประกอบด้วย คุณลักษณะพึงประสงค์ของนโยบาย-ระบบบริการ-การให้บริการ-การให้การดูแล-และการมีสุขภาวะของรายบุคคล-ครอบครัว-ชุมชนของประชาชนในระบบสุขภาพอำเภอ
- สถานการณ์ในระบบสุขภาพอำเภอโดยทั่วไปและในภาพรวมของประเทศไทย
  - นิยมใช้ “คำย่อ (Abbreviations)” หรือ “คำขวัญ (Slogans)” เพื่อการขับเคลื่อนระบบ เช่น E.Q.E.SA., ไกล่บ้านไกล่ใจ, 1A4C, UCARE เป็นต้น
- การดำเนินการต่อในระดับอำเภอตามความจำเพาะของแต่ละบริบท
  - การเชื่อมโยงจาก คำย่อ หรือ คำขวัญ สู่ความหมายที่เป็นองค์ประกอบสำคัญภายในระบบ บนพื้นฐานของความหมายตามหลักการ และวิสัยทัศน์ที่มีผลต่อการออกแบบระบบ
  - การเชื่อมโยงระหว่างหลักการและวิสัยทัศน์ กับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์เฉพาะ และการดำเนินการตามความจำเพาะของบริบทในพื้นที่



## ชุดความรู้ที่ 2

# การวิเคราะห์สถานการณ์

เรียนรู้การวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อให้ทราบว่า สถานการณ์ของระบบสุขภาพ และองค์ประกอบต่างๆ ภายในระบบในขณะที่ทำการวิเคราะห์ มีความห่างไกลหรือใกล้เคียงกับคุณลักษณะพึงประสงค์มากน้อยเพียงใด โดยคำนึงถึง 1) ชนิด ขนาด และความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ รวมถึงปัจจัยทางสังคม (Social determinants) และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (Risk factors) ที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพ 2) โครงสร้างของระบบซึ่งประกอบด้วย หน่วยงาน สถานบริการ และกลุ่มองค์กรต่างๆ ภายในระบบสุขภาพอำเภอ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ที่มีส่วนร่วมดูแลหรือแก้ปัญหาสุขภาพต่างๆ 3) การใช้เครื่องมือ หรือการมีกลไกด้านการบริหารจัดการต่างๆ เพื่อกระตุ้น ส่งเสริม และสนับสนุนการแก้ปัญหาสุขภาพ เช่น การขึ้นทะเบียน การใช้ข้อมูล กลไกทางการเงิน การสร้างและพัฒนาทีมงาน การมีส่วนร่วมของชุมชน การสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เป็นต้น และ 4) การสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์ของการแก้ปัญหาสุขภาพ ทั้งภายในระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน และระบบสุขภาพอื่นๆ ทั้งจากการศึกษาดูงาน รายงาน เอกสารต่างๆ รวมถึงการทบทวนวรรณกรรม โดยการวิเคราะห์สถานการณ์อยู่บนพื้นฐานของการทำความเข้าใจความสัมพันธ์ การเชื่อมโยง และปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ทั้ง 4 ประการ เพื่อนำไปสู่การสร้างทางเลือกและสามารถเลือกวิธีการดำเนินการ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข เพื่อให้ระบบสุขภาพอำเภอมีคุณลักษณะที่เข้าใกล้หรือใกล้เคียงกับคุณลักษณะพึงประสงค์มากยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมายของ ชนิด ขนาด และความรุนแรงของปัญหา และสามารถเรียงลำดับความสำคัญเพื่อการตัดสินใจและลงมือดำเนินการเพื่อการแก้ปัญหาสุขภาพดังกล่าว

2. อธิบายความสัมพันธ์ของการแก้ปัญหาสุขภาพผ่านโครงสร้างต่างๆ ของระบบบริการประกอบด้วย การให้บริการหรือการดำเนินการ ของสถานบริการหรือหน่วยงานต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงสร้างบริการที่อยู่ภายในระบบสุขภาพอำเภอ
3. วิเคราะห์การใช้เครื่องมือด้านการบริหารจัดการ พร้อมกับการสังเคราะห์ประสบการณ์การใช้เครื่องมือด้านการบริหารจัดการ และประสบการณ์ของการแก้ปัญหาสุขภาพ ภายในระบบสุขภาพอำเภอของผู้เรียน และในบริบทระบบสุขภาพอำเภอหรือระบบสุขภาพพื้นที่อื่นๆ เท่าที่สามารถเข้าถึงและรวบรวมได้
4. สร้างทางเลือก และตัดสินใจเลือกวิธีการ และเลือกดำเนินการแก้ปัญหาที่มีความสำคัญ และสมควรได้รับการแก้ไข

### กรอบเนื้อหาพื้นฐาน

- ทฤษฎีและหลักการโดยย่อตามความจำเป็น
  - ข้อมูล ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพ ที่มีความจำเป็นสำหรับใช้ทำความเข้าใจและวิเคราะห์สถานการณ์ โดยให้ความสำคัญกับข้อมูลที่มีอยู่แล้วเป็นหลัก
  - การจัดระบบบริการด้านสุขภาพในระดับอำเภอโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามคุณลักษณะของระบบบริการสาธารณสุขแบบบูรณาการ
  - การใช้เครื่องมือต่างๆ เพื่อการจัดการระบบสุขภาพอำเภอ เช่น การใช้ข้อมูล กลไกการเงิน การมีส่วนร่วมของชุมชน และการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เป็นต้น
  - คุณลักษณะของระบบสุขภาพ ที่ปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ที่มีอยู่ทั้งหมดภายในระบบ (Interconnectedness) ทำให้ระบบมีความซับซ้อนและมีพลังที่ทำให้เกิดการปรับตัว (Complex and adaptive system) โดยสมรรถนะด้านการบริหารจัดการ มีผลต่อพลังของการมีปฏิสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ ดังกล่าว ซึ่งมีผลต่อระดับ

ของความมุ่งมั่น ปรับตัว ซ่อมแซม เชื่อมต่อ สร้างเสริม สร้างใหม่ และ  
สร้างสมดุลในความหลากหลาย ของแต่ละระบบสุขภาพอำเภอใน  
บริบทที่แตกต่าง

- สถานการณ์ในระบบสุขภาพอำเภอโดยทั่วไป และในภาพรวมของ  
ประเทศไทย
  - ส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อดำเนินการภายใต้กรอบ  
นโยบายจากส่วนกลาง (Top-down process)
- การดำเนินการต่อในระดับอำเภอตามความจำเป็นของแต่ละบริบท
  - การวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อดำเนินการตามนโยบายจากส่วนกลาง  
(Top-down process) โดยเพิ่มการวิเคราะห์สถานการณ์ โดยใช้  
ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในเบื้องต้นโดยทีมผู้เรียน พร้อม  
สร้างทางเลือกต่างๆ เพื่อเลือกวิธีดำเนินการ
  - เพิ่มการวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ  
จากพื้นที่ (Bottom-up process) เช่น ข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์การ  
ให้บริการ ปัญหาที่พบหรือรับรู้จากประชาชน หรือการนำเสนอ  
โดยตรงจากประชาชนในพื้นที่
  - นำผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ของทีมผู้เรียน (Learning  
team) เข้าสู่ที่ประชุมของทีมผู้บริหารระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District  
Management Team) และทีมผู้ปฏิบัติ (Teams of Actors) ที่มีส่วน  
เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมรับรู้-ร่วมตัดสินใจ-และ  
ร่วมดำเนินการ



## ชุดความรู้ที่ 3 ปัญหาสุขภาพ

เรียนรู้ความหมายของปัญหาสุขภาพของรายบุคคล ครอบครัว กลุ่มย่อยต่างๆ รายชุมชน และภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค-การเจ็บป่วยไม่สบาย-และการเป็นทุกข์ (Risks of Diseases- Illnesses-Sufferings) ซึ่งมีทั้งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Immutable to change) และที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Susceptible to change)

การทราบถึงขนาด (Magnitude) และความรุนแรง (Severity) ของปัญหาสุขภาพ บนฐานของการใช้หลักการทางสถิติ (Statistics) เช่น ค่าเฉลี่ย (Means) ค่ากลาง (Medians) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) รวมทั้งร้อยละ (Percentage) และทางระบาดวิทยา เป็นต้น (Epidemiology) เช่น การใช้ อัตรา (Rate) อัตราส่วน (Ratio) สัดส่วน (Proportion) เป็นต้น

ทั้งนี้การทราบถึงขนาดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูล ทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) เช่น ข้อมูลที่ได้จากการแสดงออกทางความรู้สึก (Subjective feelings) ผ่านคำอธิบายหรือคำบรรยาย และข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data) โดยเฉาะอย่างยิ่งข้อมูลตัวเลขที่ผ่านกระบวนการทางสถิติ และระบาดวิทยา เป็นต้น

### วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมาย ความเหมือน และความต่างของคุณลักษณะของปัญหาสุขภาพที่มีความแตกต่าง เช่น ความทุกข์ (Sufferings) การเจ็บป่วยไม่สบาย (Illnesses) การเป็นโรค (Diseases) และการมีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค-การเจ็บป่วยไม่สบาย-และการเป็นทุกข์ (Risks of Diseases- Illnesses-Sufferings)
2. อธิบายความหมายที่แตกต่างของข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative data)



ที่ผ่านกระบวนการทางสถิติ เช่น ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ากลาง (Median) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) รวมทั้งร้อยละ (Percentage) และกระบวนการทางระบาดวิทยา เช่น อัตรา (Rate) อัตราส่วน (Ratio) และสัดส่วน (Proportion) เป็นต้น

3. อธิบายความหมายของข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ที่สามารถนำมาใช้คู่ควบกับข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อทราบและทำให้เกิดความเข้าใจในขนาดและความรุนแรงตามคุณลักษณะที่แตกต่างของปัญหาสุขภาพ

### กรอบเนื้อหาพื้นฐาน

- ทฤษฎีและหลักการโดยย่อตามความจำเป็น
  - ความหมายของปัญหาสุขภาพที่แตกต่าง
    - โรค (Diseases) ปัญหาสุขภาพที่มองผ่านมุมมองของผู้ให้บริการหรือนักวิชาการเป็นหลัก
    - การเจ็บป่วยไม่สบาย (Illnesses) ปัญหาสุขภาพที่มองผ่านมุมมองของประชาชนหรือผู้รับบริการเป็นหลัก
    - ความทุกข์ (Sufferings) ปัญหาสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับ “ความรู้สึก” ว่าเป็นทุกข์ ทั้งความทุกข์ที่เกิดจากโรคหรือการเจ็บป่วย ไม่สบาย และความรู้สึกว่าทุกข์ที่ไม่ได้เกิดจากโรคหรือการเจ็บป่วย
    - ภาวะและปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรค การเจ็บป่วยไม่สบาย และการทำให้เกิดทุกข์ (Risks of Diseases, Illnesses, and Sufferings)
      - ภาวะและปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Immutable to change)
      - ภาวะและปัจจัยเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Susceptible to change)
  - ความหมายพื้นฐานของข้อมูลทางสถิติที่จำเป็นต้องใช้
    - ค่าเฉลี่ย (Mean)
    - ค่ากลาง (Median)
    - ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

- ร้อยละ (Percentage)
- ข้อมูลทางระบาดวิทยาที่จำเป็น
  - อัตรา (Rate):
    - $(x/x+y) \times (1/dt)$
  - อัตราส่วน (Ratio):
    - $x/y$
  - สัดส่วน (Proportion)
    - $x/x+y$
  - ตัวอย่างข้อมูลที่นำมาใช้เป็นองค์ประกอบของ ตัวตั้ง (Numerators) และตัวหาร (Denominators)
    - จำนวนประชากรทั้งหมด
    - จำนวนประชากรกลุ่มต่างๆ
    - จำนวนครั้งของการใช้บริการ (Visits or Contacts)
    - จำนวนคนที่ใช้บริการ (Cases)
    - จำนวนปัญหาสุขภาพ “ตั้งแต่เริ่มต้นจนปัญหาสิ้นสุด” (Episode)
      - Short term episode เช่น Acute disease, Acute problem
      - Long term episode เช่น Chronic disease, Preventive episode, Chronic problems
- สถานการณ์ในระบบสุขภาพอำเภอโดยทั่วไปและในภาพรวมของประเทศไทย
  - ขาดทักษะการใช้ข้อมูลทางสถิติ และข้อมูลทางระบาดวิทยา มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการทำความเข้าใจทั้งขนาดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรค (Diseases) การเจ็บป่วยไม่สบาย (Illnesses) และความทุกข์ (Sufferings)
- การดำเนินการต่อในระดับอำเภอตามความจำเป็นของแต่ละบริบท

- นำข้อมูลทางสถิติ และข้อมูลทางระบาดวิทยา มาใช้เป็นส่วนหนึ่งของการทำความเข้าใจทั้งขนาดและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ ทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรค (Diseases) การเจ็บป่วยไม่สบาย (Illnesses) และความทุกข์ (Sufferings) อย่างสม่ำเสมอ



## ชุดความรู้ที่ 4

# ระบบบริการสุขภาพอำเภอ พึงประสงค์ : ระบบบริการ สุขภาพแบบบูรณาการ

เรียนรู้คุณลักษณะพึงประสงค์ของการจัดระบบบริการสุขภาพในระดับอำเภอ ตามหลักการของระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated health service system) ทำให้ระบบมีบริการที่ทำให้มีการให้การดูแลโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centred care) บนพื้นฐานของความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการที่โรงพยาบาล กับผู้ให้บริการที่สถานบริการในชุมชน (เช่น สอ. รพ.สต. รวมทั้งคลินิกเอกชน) และผู้ให้บริการอื่นๆ ที่ร่วมให้บริการที่บ้านและในชุมชน (เช่น อสม. จิตอาสา ญาติ และ สมาชิกในครอบครัว) เป็นการให้บริการร่วมกันเป็นทีม เรียกว่าเป็นการบูรณาการเชิงปฏิบัติการ (Operational integration) โดยมีการประสานงานและบริหารจัดการ ร่วมกันของโรงพยาบาล-สาธารณสุขอำเภอ-และตัวแทนภาคประชาชนเรียกว่า การบูรณาการเชิงโครงสร้างด้านการบริหารจัดการ (Integration of management) ทำให้ช่องว่างและความซ้ำซ้อนของการให้บริการ และการบริหารจัดการในภาพรวม ของระบบบริการสุขภาพอำเภอหมดไป

### วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมายของระบบบริการสุขภาพอำเภอ (District health care system) ที่มีคุณลักษณะของระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated health care system) โดยมีบริการที่เกิดจากความร่วมมือของผู้ให้บริการในระดับต่างๆ ในระบบสุขภาพอำเภอ ทำให้มีการดูแลสุขภาพประชาชนโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centred care)
2. อธิบายความหมายของการบูรณาการเชิงปฏิบัติการ (Operational in-

tegration) ที่เกิดจากความร่วมมือของโรงพยาบาล กับผู้ให้บริการที่สถานบริการในชุมชน (เช่น สอ. รพ.สต. รวมทั้งคลินิกเอกชน) และผู้ให้บริการอื่นๆ ที่ร่วมให้บริการที่บ้านและในชุมชน (เช่น อสม. จิตอาสา ญาติ และสมาชิกในครอบครัว) ในการร่วมกันให้บริการประชาชนที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยไม่มีช่องว่าง และไม่มี ความซ้ำซ้อน ระหว่างบ้าน-ชุมชน-สถานบริการในชุมชน-และโรงพยาบาล

3. อธิบายความหมายของการบูรณาการเชิงโครงสร้างด้านการบริหารจัดการ (Integration of management) ของระบบบริการสุขภาพอำเภอ ที่จะช่วยทำให้ช่องว่างและความซ้ำซ้อนของการให้บริการและการบริหารจัดการ ในภาพรวมของระบบบริการสุขภาพอำเภอหมดไป

### กรอบเนื้อหาพื้นฐาน

- ทฤษฎีและหลักการโดยย่อตามความจำเป็น
  - ระบบบริการสุขภาพแบบบูรณาการ (Integrated health care system) ให้ความสำคัญกับการบูรณาการ ทำให้ช่องว่างและความซ้ำซ้อนของบริการระหว่างบริการที่มีในชุมชนกับบริการในโรงพยาบาลหมดไป ในบริบทของระบบบริการสุขภาพพื้นที่ หรือระบบบริการสุขภาพอำเภอ
  - การบูรณาการเชิงปฏิบัติการ (Operational integration) หมายถึง การบูรณาการของทีมผู้ให้บริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพอำเภอหรือระบบบริการสุขภาพพื้นที่ มีทีมแนวราบ (Horizontal team) หมายถึง ทีมที่ให้บริการร่วมกันในโรงพยาบาลและทีมที่ให้ บริการร่วมกันในชุมชน และทีมแนวตั้ง (Vertical team) หมายถึง การให้บริการร่วมกันเป็นทีมของผู้ให้บริการในโรงพยาบาลและผู้ให้บริการในชุมชน เพื่อรับผิดชอบประชาชนหรือผู้รับบริการร่วมกันในฐานะผู้ให้บริการทีมเดียวกัน
  - การบูรณาการเชิงโครงสร้างด้านการบริหารจัดการ (Integration of management) หมายถึง ทีมบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพอำเภอ มีความเป็นหนึ่งเดียว (Single District Health Management Team)

- สถานการณ์ในระบบสุขภาพอำเภอโดยทั่วไปและในภาพรวมของประเทศไทย
  - ด้วยเหตุผลทางประวัติศาสตร์ ทำให้เกิดอุปสรรคในการบูรณาการทั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบูรณาการเชิงโครงสร้างด้านการบริหารจัดการ ทั้งนี้มีพัฒนาการของการมีโครงสร้างดังกล่าวคือการมี “คณะกรรมการประสานงานสุขภาพอำเภอ (คปสอ.)” อย่างไรก็ตามทั้งการบูรณาการเชิงปฏิบัติการ และการบูรณาการเชิงโครงสร้างด้านการบริหารจัดการ มีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- การดำเนินการต่อในระดับอำเภอตามความจำเป็นของแต่ละบริบท
  - เพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการให้กับทีมผู้เรียน (Learning Team of DHML) ซึ่งทำพัฒนาและการเพิ่มสมรรถนะของ District Health Management Team (DHMT)
  - เพิ่มการทำงานและให้บริการร่วมกันเป็นทีม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเพิ่มการทำงานและให้บริการร่วมกันเป็นทีมในลักษณะแนวตั้ง (การเชื่อมโยงเป็นเดียวกันของทีมผู้ให้บริการในโรงพยาบาลกับทีมผู้ให้บริการในชุมชน) โดยที่ยังคงและพัฒนาการทำงานร่วมกันเป็นทีมในลักษณะทีมแนวราบ อาจเรียกการมีทีมทั้งแนวราบและแนวตั้งว่า “Matrix team” ในระบบบริการสุขภาพอำเภอ



## ชุดความรู้ที่ 5

# คุณลักษณะและสมรรถนะของ ผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพ อำเภอ

เรียนรู้คุณลักษณะและสมรรถนะที่จำเป็นของการเป็นผู้บริหารจัดการซึ่งประกอบด้วย สมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมตนเอง/มีวิสัยทัศน์ /วางแผน/นำการเปลี่ยนแปลง/ทำงานเป็นทีม/ใช้เครื่องมือการบริหารจัดการ และสมรรถนะการบริหารจัดการเพื่อดำเนินการและแก้ปัญหาสุขภาพที่แตกต่างในระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประสานกับผู้เชี่ยวชาญ/การพัฒนาและเพิ่มทางเลือกสำหรับการดำเนินการและการแก้ปัญหา/การสร้างและพัฒนาความสัมพันธ์/การทำความเข้าใจเพื่อสร้างฐานของการพัฒนาร่วมกัน/การมีความคิดเชิงระบบ/การสร้างความร่วมมือเพื่อดำเนินการและแก้ปัญหาร่วมกัน/การดำเนินการหลายอย่างพร้อมกันและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

### วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมายและเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอของผู้เรียน และการดำเนินการบริหารจัดการร่วมกันเป็นทีมของทีมผู้เรียน บนพื้นฐานของการมีสมรรถนะในการควบคุมตนเอง การมีวิสัยทัศน์ การวิเคราะห์/วางแผน/สนับสนุน/ควบคุมกำกับ/ติดตาม/และประเมินผลการดำเนินการ การนำการเปลี่ยนแปลง การทำงานเป็นทีม และการใช้เครื่องมือทางการจัดการตามความจำเป็น
2. อธิบายความหมายและเพิ่มสมรรถนะการบริหารจัดการปัญหาสุขภาพและการดำเนินการที่แตกต่าง ทั้งปัญหาและการดำเนินการที่ไม่ยุ่งยาก (Simple problems and interventions) ปัญหาและการดำเนินการที่มี

ความยาก (Complicated problems and interventions) รวมถึง ปัญหาและการดำเนินการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน (Complex problems and interventions)

### กรอบเนื้อหาพื้นฐาน

- ทฤษฎีและหลักการโดยย่อตามความจำเป็น
  - สมรรถนะที่จำเป็นของการเป็นผู้บริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (Essential competencies of DHS managers) ประกอบด้วย
    - สมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอทั่วไป (General DHS management competencies)
    - สมรรถนะการบริหารจัดการเพื่อดำเนินการและแก้ปัญหาสุขภาพที่แตกต่างในระบบสุขภาพอำเภอ (DHS management competencies of different problems and interventions)
  - การใช้เครื่องมือการบริหารจัดการ ในที่นี้ให้ความสำคัญกับ “เครื่องมือการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (DHS management tools)” เช่น กลไกการเงิน, การใช้ข้อมูลทางสุขภาพ, การสร้างทีมและการส่งเสริมการทำงานเป็นทีมทั้งแนวราบ (ภายในสถานบริการ) และแนวตั้ง (โรงพยาบาล-สถานบริการปฐมภูมิในชุมชน-ผู้ให้บริการที่เป็นสมาชิกในชุมชน-และสมาชิกในครอบครัว), การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดำเนินการบนพื้นฐานของการร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมให้พลังของการมีปฏิสัมพันธ์ขององค์กรประกอบต่างๆ ที่มีอยู่ทั้งหมดภายในระบบสุขภาพอำเภอ (Interconnectedness) บนพื้นฐานของการเป็นระบบที่มีความซับซ้อนและมีการปรับตัว (Complex and adaptive system) เช่น ความมุ่งมั่น การซ่อมแซม การเชื่อมต่อ การสร้างเสริม การสร้างใหม่ การสร้างสมดุลในความหลากหลาย เกิดขึ้นอย่างเต็มศักยภาพภายในระบบสุขภาพอำเภอ
- สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศ
  - ยังขาดความชัดเจนของสมรรถนะและการใช้เครื่องมือทั้งการทำหน้าที่



ในระดับรายบุคคลและการบริหารจัดการร่วมกันเป็นทีม

- การดำเนินการต่อในระดับอำเภอ
  - การพัฒนาทีมบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Management Team: DHMT)
  - การเพิ่มสมรรถนะตามกระบวนการ DHML



## ชุดความรู้ที่ 6

# วงจรการวางแผนและ วงจรการบริหารจัดการ ด้านสุขภาพ

เรียนรู้วงจรพื้นฐานที่สำคัญของการวางแผน (Planning Cycle) วงจรการวางแผนเพื่อดำเนินโครงการ (Project Planning Cycle) การวางแผนโครงการโดยใช้ตารางเหตุผลสัมพันธ์ (Logical Framework) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) และวงจรการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ (Systematic Management Cycle) ผ่านการเรียนรู้จากกรณีตัวอย่าง จากประสบการณ์ของผู้เรียน และการประยุกต์ใช้จากการดำเนินโครงการในพื้นที่

### วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมายของวงจรการวางแผน (Planning Cycle) วงจรการวางแผนโครงการ (Project Planning Cycle) การวางแผนโครงการโดยใช้ตารางเหตุผลสัมพันธ์ (Logical framework) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) และวงจรการบริหารจัดการเชิงระบบ (Systemic Management Cycle)
2. นำวงจรการวางแผนต่างๆ และวงจรการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบมาประยุกต์ใช้กับการดำเนินโครงการในพื้นที่ตามความจำเป็น

### กรอบเนื้อหาพื้นฐาน

- ทฤษฎีและหลักการโดยย่อตามความจำเป็น
  - วงจรพื้นฐานของการวางแผน (Planning Cycle) ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ 1) การวางแผนเพื่อแก้ปัญหาและเพื่อทำให้เกิดการพัฒนา (Plan) 2) การนำแผนไปใช้ดำเนินการด้วยการลงมือปฏิบัติ

ตามแผน (Do) 3) การติดตามความคืบหน้า-การวิเคราะห์ผล-และการทราบถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการลงมือปฏิบัติ (Check) และ 4) การปรับปรุงการดำเนินการ-การลงมือแก้ปัญหาอุปสรรค-เพื่อเพิ่มคุณภาพการดำเนินการตามแผนด้วยการลงมือปฏิบัติ (Act)

- วงจรการวางแผนเพื่อดำเนินโครงการ (Project Planning Cycle) ซึ่งประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situation analysis) 2) การเรียงลำดับความสำคัญ (Priority setting) 3) การวางแผน (Planning) 4) การวางโปรแกรมเพื่อดำเนินการ (Programming) 5) การดำเนินการและลงมือปฏิบัติ (Implementing) 6) การประเมินผล (Evaluating)
- การวางแผนโครงการโดยใช้ “ตาราง” เหตุผลสัมพันธ์ (Logical framework) เป็นการวางแผนที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ตามหลักตรรกะเหตุและผล (Logic) ในด้านต่างๆ ขององค์ประกอบโครงการที่สำคัญ ประกอบด้วยความสัมพันธ์เป็นลำดับขั้น (เรียงลำดับในแนวตั้งของตาราง) ดังนี้ 1) เป้าหมาย (Goal) 2) วัตถุประสงค์หรือเป้าประสงค์ (Objectives or Purposes) 3) ผลผลิตหรือผลลัพธ์ (Outputs) 4) การดำเนินกิจกรรมในโครงการ (Activities) 5) ทรัพยากรต่างๆ ที่ต้องใช้ในโครงการ (Inputs) โดยมีข้อบ่งชี้หรือเงื่อนไขที่แสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าหรือความสำเร็จตามลำดับขั้นดังกล่าว (เรียงลำดับในแนวนอนของตาราง) ดังนี้ 1) ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Objectively Verifiable Indicators: OVI) 2) แหล่งข้อมูลหรือวิธีพิสูจน์ความสำเร็จ (Means of Verification: MOV) และ 3) เงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จ (Important Assumption: IA)
- การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน การคาดการณ์ล่วงหน้า และกำหนดแนวทางที่ประเมินว่าดีที่สุดที่มีแรงต้านน้อยที่สุด และสามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้การดำเนินการบรรลุผล และเป็นประโยชน์สูงสุดต่อหน่วยงาน องค์กร ระบบบริการ และภาพรวมของระบบสุขภาพ โดยใช้การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม (SWOT analysis: Strengths = จุดแข็ง; Weaknesses = จุดอ่อน;

Opportunities = โอกาส; Threats = อุปสรรคหรือภาวะคุกคามการดำเนินการ) เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือสำคัญของการวางแผนกลยุทธ์

- วงจรการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ (Systemic Management Cycle) องค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และการเตรียมการเพื่อวางแผนสร้างทางเลือกก่อนการตัดสินใจเลือกดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาและเพื่อการพัฒนา 2) การตัดสินใจเลือกและวางแผนเพื่อดำเนินการแก้ปัญหาและเพื่อการพัฒนา 3) การลงมือปฏิบัติตามการตัดสินใจพร้อมกับเป็นการพิสูจน์สมมติฐาน 4) การประเมินผลซึ่งประกอบไปด้วย การประเมินผลเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนากระบวนการปฏิบัติ และการประเมินผลเชิงวิเคราะห์เพื่อให้การยืนยันหรือให้การปฏิเสธสมมติฐานหรือการตัดสินใจดำเนินการเพื่อการพัฒนา
- สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศ
  - ประเด็นที่นำมาสู่กระบวนการหรือวงจรวางแผนเพื่อดำเนินการในระบบสุขภาพอำเภอ ส่วนใหญ่เป็นการนำประเด็นหรือเป็นการดำเนินการตามแผนที่มีการกำหนดมาแล้วในระดับนโยบายมาจากส่วนกลางซึ่งมักเป็นกระบวนการจากบนลงล่าง (Top-down process)
- การดำเนินการต่อในระดับอำเภอ
  - เพิ่มกระบวนการวางแผนและการดำเนินการในพื้นที่ บนพื้นฐานของการวิเคราะห์สถานการณ์ และการดำเนินการ จากการรับรู้ข้อมูลและปัญหาตามความจำเพาะของแต่ละพื้นที่ (Bottom - up process)
  - สร้างสมดุลระหว่างกระบวนการ “Top-down” และ “Bottom-up” processes



## ชุดความรู้ที่ 7

# การบริหารจัดการและ พัฒนาทรัพยากรบุคคลและ การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม

เรียนรู้การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลโดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะของทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างจำกัด (Existing limited human resources) ภายในระบบสุขภาพอำเภอ บนพื้นฐานของการใช้เทคโนโลยีตามความจำเป็น (Appropriate use of technologies) ให้เกิดประโยชน์หรือมีคุณค่า (Values) สูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน

การบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning: CBL) เป็นทางเลือกที่เป็นไปได้ในการทำให้มีการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างจำกัด สามารถมีสมรรถนะทั้งในระดับรายบุคคล และการทำงานเป็นทีม เพื่อการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม ในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอ

### วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมายของการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลและการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสมเพื่อประโยชน์หรือทำให้เกิดคุณค่าสูงสุดต่อสุขภาพของประชาชน
2. อธิบายความหมายของการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning) บนพื้นฐานของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดประโยชน์สูงสุด

### กรอบเนื้อหาพื้นฐาน

- ทฤษฎีและหลักการโดยย่อตามความจำเป็น
  - จุดเริ่มต้นสำคัญของการบริหารจัดการเพื่อจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็น

ฐานคือ “การทราบถึงสมรรถนะที่จำเป็นต้องเพิ่ม” กระบวนการเรียน เพื่อเพิ่มสมรรถนะอยู่บนพื้นฐานของ “เรียนในสิ่งที่ทำและทำในสิ่งที่เรียน” ผลลัพธ์ของการจัดการเรียน เป็นการเพิ่มเนื้อหา (Contents) เพิ่มคุณค่า (Value) พร้อมไปกับพัฒนาบริบท โดยที่สมรรถนะที่เพิ่ม เป็นการเพิ่มสมรรถนะทั้งรายบุคคล และสมรรถนะของทีม พร้อมไปกับเพิ่มความเข้มแข็งให้กับระบบบริการ

- สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศ
  - CBL เริ่มต้นอย่างเป็นทางการในปี 2550 ที่อำเภอราชสีเสล จังหวัด ศรีสะเกษ มีการพัฒนาโดยนำไปใช้พัฒนาสมรรถนะของการให้บริการที่หลากหลาย เช่น การเพิ่มสมรรถนะเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผสมผสานกับการเพิ่มสมรรถนะของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิ การให้บริการที่บ้านและในชุมชนของ อสม. และจิตอาสา ตลอดจนการพัฒนาชุมชนในบริบทของระบบสุขภาพอำเภอ เป็นต้น
  - ปัจจุบันมีการประยุกต์หลักการของ CBL เพื่อเพิ่มสมรรถนะของบุคลากร โดยพัฒนาเป็นหลักสูตรที่เป็นทางการประกอบด้วย การพัฒนาสมรรถนะด้านเวชปฏิบัติครอบครัวของแพทย์ โดยใช้โรงพยาบาล หรือสถานบริการปฐมภูมิในชุมชนเป็นฐาน (Family Practice Learning: FPL) และการเสริมสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System Management Learning: DHML)
- การดำเนินการต่อในระดับอำเภอ
  - ดำเนินการจัดกระบวนการเรียนโดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context Based Learning: CBL) อย่างต่อเนื่อง เพื่อบ่มเพาะวัฒนธรรมการเรียนรู้ให้กลายเป็นวัฒนธรรมถาวรของอำเภอ



## ชุดความรู้ที่ 8

# การมีส่วนร่วมของชุมชนและ การสร้างความร่วมมือกับ ภาคส่วนต่างๆ

เรียนรู้ระดับการมีส่วนร่วม และการร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ผ่านการวิเคราะห์ประเด็นที่นำไปสู่การสร้างการมีส่วนร่วม และการทำให้เกิดความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ และกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม และการสร้างความร่วมมือ เช่น การแลกเปลี่ยนความเห็นทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ การทำให้เกิดความเข้าใจตรงกัน การทำความเข้าใจเป็นไปในทิศทางเดียวกัน การตัดสินใจร่วมกัน และการนำการตัดสินใจนั้นไปประยุกต์ใช้หรือนำไปปฏิบัติภายในระบบสุขภาพอำเภอร่วมกัน

### วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมายและมีการดำเนินการเพื่อทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในระบบสุขภาพอำเภอ เปรียบเทียบกับประสบการณ์การดำเนินการเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน
2. อธิบายความหมายและมีการดำเนินการเพื่อให้เกิดการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพอำเภอ เปรียบเทียบกับประสบการณ์การดำเนินการเพื่อสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ในระบบสุขภาพอำเภอของทีมผู้เรียน

### กรอบเนื้อหาพื้นฐาน

- ทฤษฎีและหลักการโดยย่อตามความจำเป็น
  - การเพิ่มโอกาสและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ เพื่อสุขภาพ ผ่านการมีปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนความเห็นทั้งอย่างเป็นทางการ (เช่น การประชุมที่มีการจัด

อย่างสม่ำเสมอหรือที่มีการจัดการอย่างเป็นทางการ การมีปฏิสัมพันธ์ และแลกเปลี่ยนในขณะที่ให้บริการ เป็นต้น) และไม่เป็นทางการ (เช่น การมีปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนในงานเทศกาลต่างๆ การพบปะแลกเปลี่ยนขณะดำเนินชีวิตประจำวันในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และระบบสุขภาพอำเภอ เป็นต้น) กับชุมชนและภาคส่วนต่างๆ เพื่อนำไปสู่การทำให้เกิดความเข้าใจตรงกันในประเด็นที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ การทำความเข้าใจเห็นเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อเป็นแนวทางทำให้เกิดการตัดสินใจร่วมกัน และการนำการตัดสินใจนั้นไปประยุกต์ใช้หรือนำไปปฏิบัติในชุมชนและระบบสุขภาพอำเภอร่วมกัน

- การมีปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนความเห็นทั้งระดับรายบุคคล-ครอบครัว-กลุ่มย่อยในชุมชน-ตัวแทนชุมชน-ภาพรวมของชุมชน-ตัวแทนและ/หรือภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ
- ที่มาของประเด็นที่มีความสำคัญต่อสุขภาพที่จะนำไปใช้สำหรับแลกเปลี่ยน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน และการร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ
  - ประเด็นขับเคลื่อนที่เป็นนโยบายจากส่วนกลาง (มักมีกลไกเชิงนโยบายให้การสนับสนุน)
  - เป็นปัญหาของชุมชนหรือระบบสุขภาพอำเภอ (อาจตรงกับประเด็นขับเคลื่อนที่เป็นนโยบายจากส่วนกลางหรือไม่ก็ได้)
- สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศ
  - การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) เป็นทรัพย์สินทางวิชาการ (Academic assets) และเป็นภูมิปัญญาที่สำคัญของระบบสาธารณสุขไทย เช่น กรณีการมี อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุข) ในทุกชุมชน การใช้กลยุทธ์ “แผนทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM: Strategic Rout Map) เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน การมีเครื่องมือต่างๆ เพื่อการเรียนรู้และทำความเข้าใจวิถีชุมชน เป็นต้น
  - การสร้างการมีส่วนกับภาคส่วนต่างๆ (Intersectoral collaboration)



การสร้างความร่วมมือกับรัฐบาลท้องถิ่นมีความก้าวหน้าที่สุด

- การดำเนินการต่อในระดับอำเภอ
  - การเลือกประเด็นที่มีหลักฐาน (ทั้งจากประสบการณ์ของการให้บริการและการรวบรวมข้อมูล) ยืนยันว่าเป็นปัญหาของชุมชนหรือปัญหาของระบบสุขภาพอำเภอ และนำไปแลกเปลี่ยนกับชุมชนหรือภาคส่วนต่างๆ อย่างสม่ำเสมอทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ



## ชุดความรู้ที่ 9

# การบริหารจัดการระบบข้อมูล สุขภาพ

เรียนรู้ข้อมูลที่ได้มาจากการให้บริการภายในระบบสุขภาพอำเภอเป็นหลัก ซึ่งอาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับประกอบด้วย 1) การบันทึกและใช้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องขณะให้บริการทั้งรายบุคคลและรายครอบครัว (Individual and family continuous records) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพบริการ 2) การมีและใช้ข้อมูลเพื่อควบคุมกำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation reports) ทำให้ทราบสถานการณ์และสถานะทางสุขภาพของชุมชนและในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ และ 3) การมีข้อมูลเพื่อส่งรายงานไปยังหน่วยงานที่มีอำนาจทางการเงินหรืออำนาจสั่งการ (Report for higher levels) เพื่อรักษาหรือพัฒนาสถานะของการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ ตามระเบียบข้อบังคับและเงื่อนไขที่กำหนด

### วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมายของข้อมูลที่ได้จากการบันทึกอย่างต่อเนื่องในขณะให้บริการทั้งในระดับรายบุคคลและรายครอบครัว
2. อธิบายความหมายของการมีและใช้ข้อมูลเพื่อควบคุมกำกับและเพื่อทราบสถานการณ์ของชุมชน และภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ
3. อธิบายความหมายของข้อมูลเพื่อส่งรายงานไปยังหน่วยงานที่มีอำนาจทางการเงินหรืออำนาจสั่งการ

### กรอบเนื้อหาพื้นฐาน

- ทฤษฎีและหลักการโดยย่อตามความจำเป็น
  - ระบบข้อมูลในทางปฏิบัติ 3 ระดับ
    - การบันทึกและใช้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องขณะให้บริการทั้งราย

บุคคลและรายครอบครัว (Individual and family continuous records) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพบริการ

- การมีและใช้ข้อมูลเพื่อควบคุมกำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation reports) ทำให้ทราบสถานการณ์และสถานะทางสุขภาพของชุมชนและในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ
- การมีข้อมูลเพื่อส่งรายงานไปยังหน่วยงานที่มีอำนาจทางการเงินหรืออำนาจสั่งการ (Report for higher levels) เพื่อรักษาหรือพัฒนาสถานะของการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ ตามระเบียบข้อบังคับและเงื่อนไขที่กำหนด
- สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศ
  - การบันทึกและใช้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องขณะให้บริการทั้งรายบุคคลและรายครอบครัว (Individual and family continuous records) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพบริการ ในภาพรวมกล่าวได้ว่ายังคงมีความอ่อนแอ
  - การมีและใช้ข้อมูลเพื่อควบคุมกำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation reports) ทำให้ทราบสถานการณ์และสถานะทางสุขภาพของชุมชนและในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ กล่าวได้ว่ามีประสบการณ์ของการนำมาใช้ในทางปฏิบัติไม่มากนัก
  - การมีข้อมูลเพื่อส่งรายงานไปยังหน่วยงานที่มีอำนาจทางการเงินหรืออำนาจสั่งการ (Report for higher levels) เพื่อรักษาหรือพัฒนาสถานะของการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการ ตามระเบียบข้อบังคับและเงื่อนไขที่กำหนด กล่าวได้ว่ามีพลังในการทำให้ได้มาซึ่งข้อมูลมากที่สุด
- การดำเนินการต่อในระดับอำเภอ
  - **เพิ่มความเข้มแข็ง** การบันทึกและใช้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องขณะให้บริการทั้งรายบุคคลและรายครอบครัว (Individual and family continuous records) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อคุณภาพบริการ

- **เพิ่มประสิทธิภาพของการนำมาใช้** ข้อมูลเพื่อควบคุมกำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation reports) ทำให้ทราบสถานการณ์และสถานะทางสุขภาพของชุมชนและในภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ



## ชุดความรู้ที่ 10

# การบริหารจัดการด้านการเงิน

เรียนรู้หลักการของการใช้กลไกการเงินในระบบสุขภาพอำเภอเพื่อ 1) กลไกการเงินไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน 2) ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ บนพื้นฐานของการใช้กลไกการเงินเชื่อมโยงกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้จากระบบข้อมูล 3) ส่งเสริมการร่วมแบ่งปันและการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในระบบสุขภาพอำเภอ และ 4) สถานะทางการเงินมีความโปร่งใสตรวจสอบได้ และสามารถอยู่รอดได้ในฐานะที่ระบบสุขภาพอำเภอเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพของประเทศ

### วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมายของการทำให้กลไกการเงินไม่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของประชาชน
2. อธิบายความหมายของการใช้กลไกการเงิน กระตุ้นผู้ให้บริการ ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ
3. อธิบายความหมายของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแบ่งปัน และการช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในระบบสุขภาพอำเภอ
4. อธิบายความหมายของการมีสถานะทางการเงินที่มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ และสามารถอยู่รอดได้ภายในระบบสุขภาพอำเภอ

### กรอบเนื้อหาพื้นฐาน

- ทฤษฎีและหลักการโดยย่อตามความจำเป็น
  - ลดการแยกย่อยของกองทุนเพื่อสุขภาพต่างๆ เพื่อเพิ่มพลังในการใช้การเงินเป็นเครื่องมือสำหรับการบริหารจัดการ
  - มีกลไกและระบบบัญชีที่ทำให้ทีมผู้จัดการระบบสุขภาพอำเภอสามารถมองเห็นและเข้าใจการไหลเวียนของเงิน ทำให้สามารถใช้กลไก

การเงินเป็นเครื่องมือเพื่อพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างมีพลัง

- สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศ
  - มีการไหลเวียนของเงินกองทุนในภาครัฐ (Flow of money of public money) ทั้ง 3 กองทุน (UC, SSS, CSMBS) รวมเงินภาครัฐในส่วนอื่นๆ (รวมจากรัฐบาลท้องถิ่น) สู่ภาครัฐและเอกชน
- การดำเนินการต่อในระดับอำเภอ
  - วิเคราะห์การไหลเวียนของเงินกองทุนในภาครัฐ (Flow of money of public money) ทั้ง 3 กองทุน (UC, SSS, CSMBS) รวมเงินภาครัฐในส่วนอื่นๆ (รวมจากรัฐบาลท้องถิ่น) สู่ภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไหลเวียนของเงินสู่บริการปฐมภูมิ เพื่อวิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการเพิ่มศักยภาพของหลักประกันสุขภาพที่มีอยู่แล้วในภาครัฐ (Public Insurance Potential)
  - การบูรณาการการใช้เงินกองทุนต่างๆ เพื่อเพิ่มพลังการใช้เงินเพื่อสุขภาพของประชาชนและเป็นเพิ่มประสิทธิภาพให้กับภาพรวมของระบบสุขภาพอำเภอ



## ชุดความรู้ที่ 11 การประเมินผล

เรียนรู้การประเมินผลโดยทั่วไปซึ่งประกอบด้วย การควบคุมกำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) เพื่อติดตามความก้าวหน้า การประเมินผลลัพธ์ (Output: Objective based evaluation) และการประเมินผลกระทบ (Outcome: Impact evaluation) ซึ่งมีความจำเป็นที่จะนำมาใช้ประเมินผลระบบสุขภาพอำเภอ

การประเมินผลที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงในระบบพื้นฐานของ “ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนา” ในที่นี้เรียกว่า การประเมินตามความเป็นจริง (Realist Evaluation) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินผลเชิงปฏิบัติการ (Operational Evaluation) และการประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Analytical Evaluation)

ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อนที่จะลงมือดำเนินการเปลี่ยนแปลง ถือได้ว่าเป็นการตั้งสมมติฐาน โดยเรียกสมมติฐานนี้ว่า “สมมติฐานของการเปลี่ยนแปลง (Hypothesis of Change) หรือสมมติฐานเชิงพลวัต (Dynamic Hypothesis)” ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินอาจพิจารณาเป็นทฤษฎี ซึ่งอาจมีคุณสมบัติของการเป็น “ทฤษฎีระดับกลาง (Middle Range Theory: MRT)” ซึ่งสามารถพิสูจน์และพัฒนาด้วยการดำเนินการในทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเป็นทฤษฎีระดับกลาง (MRT) ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในระดับนโยบาย และนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างได้

### วัตถุประสงค์

1. อธิบายความหมายของการประเมินผลโดยทั่วไปซึ่งประกอบด้วย การควบคุมกำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) เพื่อติดตามความก้าวหน้า การประเมินผลลัพธ์ (Output: Objective based evaluation) และการประเมินผลกระทบ (Outcome: Impact evaluation)
2. อธิบายความหมายของการประเมินผลที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบ

ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงในระบบสุขภาพ บนพื้นฐานของ “ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนา” ในที่นี้เรียกว่า การประเมินตามความเป็นจริง (Realist Evaluation) ซึ่งมีทั้งองค์ประกอบของการประเมินผลเชิงปฏิบัติการ (Operational Evaluation) และการประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Analytical Evaluation)

### กรอบเนื้อหาพื้นฐาน

- ทฤษฎีและหลักการโดยย่อตามความจำเป็น
  - การประเมินผลโดยทั่วไป อยู่บนพื้นฐานของการควบคุมกำกับและประเมินผล (Monitoring and Evaluation) เพื่อติดตามความก้าวหน้า การประเมินผลลัพธ์ (Output: Objective based evaluation) และการประเมินผลกระทบ (Outcome: Impact evaluation) ซึ่งมีความจำเป็นที่จะนำมาใช้ประเมินผลระบบสุขภาพอำเภอ
  - การประเมินผลที่ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตจริง ในระบบพื้นฐานของ “ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนา” ในที่นี้เรียกว่า “Realist Evaluation” ความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อนที่จะลงมือดำเนินการเปลี่ยนแปลงถือได้ว่าเป็นการตั้งสมมติฐาน โดยเรียกสมมติฐานนี้ว่า “สมมติฐานของการเปลี่ยนแปลง (Hypothesis of Change) หรือสมมติฐานเชิงพลวัต (Dynamic Hypothesis)” ผลของการลงมือดำเนินการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาระบบหรือพัฒนาบริการในชีวิตจริงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่น E.Q.E.SA. หรือ 1A4C และผ่านการประเมินผลตามกระบวนการ “Realist Evaluation” ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินกลายเป็นทฤษฎีเรียกในที่นี้ว่า “ทฤษฎีระดับกลาง (Middle Range Theory: MRT)” ซึ่งสามารถได้รับการพัฒนาจากการดำเนินการในทางปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเป็นทฤษฎีระดับกลาง (MRT) ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในระดับนโยบาย และนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่แตกต่างได้



- สถานการณ์ในภาพรวมของประเทศ
  - การประเมินผลส่วนใหญ่เป็นลักษณะของการประเมินผลทั่วไป ปัญหาที่พบเป็นปัญหาความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อมูลที่ได้จากกันบันทึกการให้บริการตามปกติ (Routine) ของการให้บริการปฐมภูมิ
- การดำเนินการต่อในระดับอำเภอ
  - เพิ่มประสบการณ์ทั้งการประเมินผลทั่วไป โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล และการประเมินผลในลักษณะที่เรียกว่า การประเมินตามความเป็นจริง (Realist Evaluation) ทั้งองค์ประกอบที่เป็นการประเมินผลเชิงปฏิบัติการ (Operational Evaluation) และการประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Analytical Evaluation)



## ภาคผนวกที่ 4

# ตัวอย่างเครื่องมือสำหรับประเมินตนเอง

# ด้านสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

พัฒนาโดย รศ.นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุกภาพ

LCC.....

ประเมินครั้งที่.....

### ตัวอย่างแบบประเมินตนเอง

### ด้านสมรรถนะการบริหารจัดการระบบสุขภาพอำเภอ

#### คำชี้แจง

แบบประเมินตนเองนี้เป็นเครื่องมือในการมองดูว่า ตนเองมีการเปลี่ยนแปลงของสมรรถนะในการบริหารจัดการจากเข้าร่วมเรียนรู้ใน “โครงการเสริมด้านสมรรถนะในการบริหารจัดการระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHML)” มากน้อยเพียงใด

จึงขอความร่วมมือจากท่านช่วยให้ข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อประโยชน์ของท่านและโครงการฯ

ขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

ชื่อ..... นามสกุล.....

อำเภอ ..... จังหวัด .....

วันที่ให้ข้อมูล .....

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย R และเติมค่าลงในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ  ชาย  หญิง

2. อายุ: ..... ปี

3. สถานที่ปฏิบัติงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

โรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลศูนย์

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

อื่น ๆ ระบุ .....

.....

4. ท่านจบการศึกษาในสาขาวิชาใด

แพทย์

ทันตแพทย์

เกษัตริกร

พยาบาล

อื่น ๆ ระบุ .....

5. ตำแหน่งงาน ..... ปี

6. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน..... ปี

7. ประสบการณ์ในการปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ .....ปี

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่แสดงถึงความสามารถในการแสดงออกของผู้บริหาร ในการบริหารองค์กร/หน่วยงาน

**คำชี้แจง** โปรดทำเครื่องหมาย R โดยมีความคิดเห็นของแต่ละข้อคำถาม แบ่งระดับเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 (1 = น้อยที่สุด 2 = น้อย 3 = ปานกลาง 4 = มาก 5 = มากที่สุด)

หัวข้อประเมิน	ระดับคะแนน				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>การควบคุมตนเอง</b>					
1. การรู้เท่าทันและสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเอง					
2. การรับฟังคนอื่น					
3. การขอตอบโต้คนอื่น					
4. การทบทวนและปรับปรุงตนเอง					
<b>การมีวิสัยทัศน์</b>					
5. การเข้าใจแนวคิดและหลักการของภาพรวมและคุณลักษณะพึงประสงค์ขององค์ประกอบต่างๆ ของระบบสุขภาพอำเภอ					
6. การเข้าใจถึงการเป็นผู้บริหารจัดการที่ดี					
7. การตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกอำเภอในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในชุมชน					
8. การสามารถแยกแยะความยากง่ายของการดำเนินโครงการและการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่แตกต่างในระบบสุขภาพอำเภอ					

การวางแผน					
9. การรู้จักขั้นตอนการวางแผนแก้ปัญหาและการบริหารจัดการเชิงระบบอย่างครบถ้วน					
10. การสามารถวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพในชุมชน และการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อตัดสินใจดำเนินกิจกรรมหรือแก้ปัญหาต่างๆ ในชุมชน และระบบสุขภาพอำเภอ					
11. การสามารถนำแหล่งทรัพยากร (คน เงิน ของ)มาใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน					
12. การทบทวนและปรับปรุงแผนการทำงานอย่างต่อเนื่อง					
การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง					
13. การมีความคิดสร้างสรรค์					
14. การกล้าคิด กล้าพูด กล้าทำ					
15. การได้รับการยอมรับจากผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกัน					
16. การสามารถระดมความคิดและความร่วมมือจากผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกันและชุมชน					
การทำงานเป็นทีม					
17. การทำงานร่วมกับทีมงาน ผู้ร่วมงาน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ได้ดี					
18. การเคารพในความคิดและความสามารถของผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกัน					
19. การค้นหาจุดแข็งหรือข้อดีของผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกัน และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการทำงาน					
20. การช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ที่ร่วมทำงานด้วยกัน					
การใช้เครื่องมือทางการจัดการ					
21. การรู้จักเครื่องมือทางการจัดการต่างๆ (เช่น ระบบการเงิน ระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาคน การส่งเสริมการมีส่วนร่วม ฯลฯ)					

22. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน					
23. การใช้ข้อมูลข่าวสารในการวางแผนและดำเนินการ					
24. การเรียนรู้ร่วมกันกับทีมงานและชุมชน					
<b>คุณค่า</b>					
25. การสามารถเรียนรู้ ทำความเข้าใจ และไม่ปฏิเสธในการให้คุณค่าที่แตกต่าง					
26. การตระหนักถึงความสำคัญของการแสวงหาและการพัฒนาให้เกิดหรือให้มีคุณค่าร่วม					
<b>ความสัมพันธ์</b>					
27. การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับทีมงาน ผู้ที่ร่วมงาน และผู้เกี่ยวข้องต่างๆ ในชุมชนและระบบสุขภาพอำเภอ					
<b>การสื่อสาร</b>					
28. การพูดคุยและติดต่อสื่อสารได้ดีกับผู้ร่วมทำงานด้วยกันและชุมชน					
<b>อำนาจ</b>					
29. การเห็นว่าความแตกต่าง (ด้านอำนาจหน้าที่ ค่านิยม และมาตรฐาน) ของผู้ร่วมงานด้วยกัน ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานร่วมกัน					
30. การสามารถใช้ความแตกต่าง (ด้านอำนาจหน้าที่ ค่านิยม และมาตรฐาน) ของผู้ร่วมงานด้วยกัน ให้เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน					
31. การใช้ประโยชน์จากอำนาจหน้าที่ที่แตกต่าง (Authorities) และอำนาจต่างๆ (Powers) ที่มีอยู่ในระบบสุขภาพอำเภอให้เกิดประโยชน์กับการทำงาน					

## ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

หมายเหตุ เครื่องมือที่ใช้สำหรับประเมินสมรรถนะตนเองนี้สามารถดัดแปลงได้ตาม  
เหมาะสมและประสบการณ์การใช้ของแต่ละเครือข่ายการเรียนรู้





[www.nhso.go.th](http://www.nhso.go.th)



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ