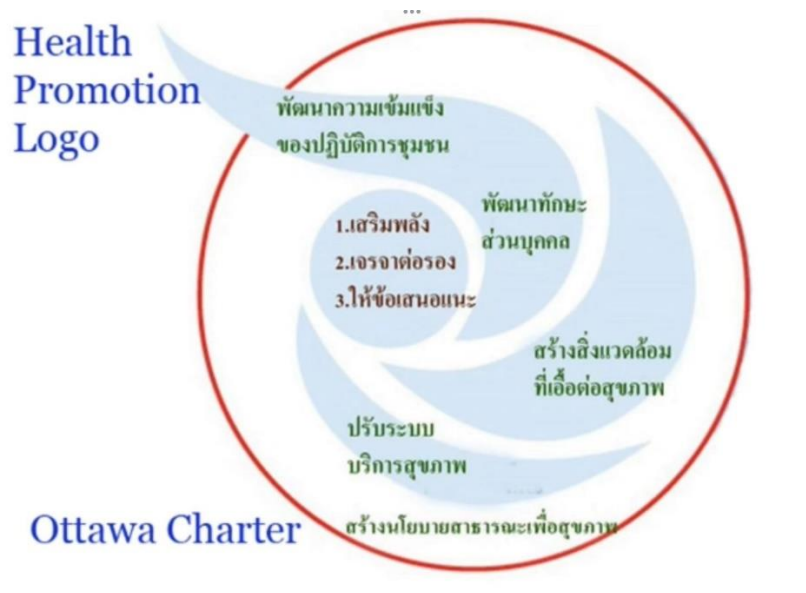


วิวัฒนาการของแนวคิดการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนสู่การทำแผนชุมชนด้วยเครื่องมือ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

จาก Ottawa Charter 1986 สู่การสาธารณสุขมูลฐานและแนวคิดการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 (1st Global Health Promotion conference) ในปี 1986 ที่เมือง Ottawa ได้ประกาศ Ottawa Charter แม้ผ่านไป 40 ปีเนื้อหายังทันสมัยและถูกอ้างอิงมาจนถึงปัจจุบันด้วย 3 กลยุทธ์หลัก คือ Enabling (เสริมพลัง) Mediate (เป็นตัวกลางในการเจรจาให้เกิดข้อตกลงจากภาคส่วนเพื่อสุขภาพ) และ Advocate (ให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย) และ 5 Action Areas ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Created public policy) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developed Personal skill) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Created supportive Environment) การปรับระบบบริการสุขภาพโดยมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Reoriented Health service system) และเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthened Community Action)



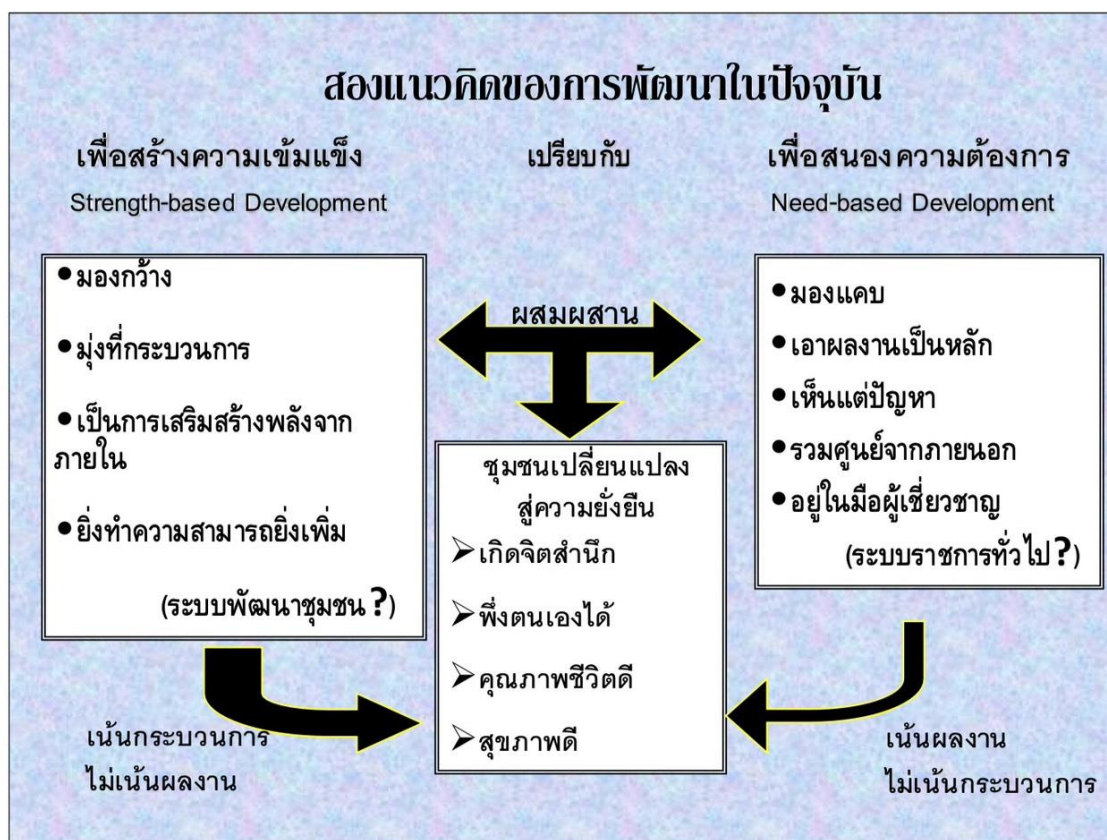
Ottawa charter จึงนำไปสู่ สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Healthcare) และ Health For All by the year 2000 ซึ่งตรงกับแนวคิดและความมุ่งมั่นของ นายแพทย์อมร นนทสุต ที่จะผลักดันสาธารณสุขมูลฐานและแนวคิดการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน

สองแนวคิดการพัฒนที่แตกต่างกัน ความท้าทายที่ต้องบูรณาการทั้ง 2 แนวทางไปด้วยกัน

1. **แนวทางแรก** เพื่อสนองความต้องการ (Need based development) เป็น แนวทางที่คือแนวทางที่ระบบราชการนิยมทำ มักมองแคบ มุ่งเน้นผลงานมากกว่ากระบวนการ เห็นแต่ปัญหา รวมศูนย์จากภายนอก อยู่ในมือผู้เชี่ยวชาญ
2. **แนวทางที่สอง** เพื่อสร้างความเข้มแข็ง (Strength based development) เป็นแนวทางของระบบพัฒนาชุมชน มักมองกว้าง มุ่งที่กระบวนการมากกว่าผลงาน เป็นการเสริมพลังจากภายใน ยิ่งทำความเข้าใจเพิ่ม

ความท้าทาย คือการบูรณาการทั้ง 2 แนวทางไปด้วยกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ คือ การเปลี่ยนแปลงของชุมชนสู่ความยั่งยืน เกิดจิตสำนึก พึ่งตนเองได้ คุณภาพชีวิตและสุขภาพดี

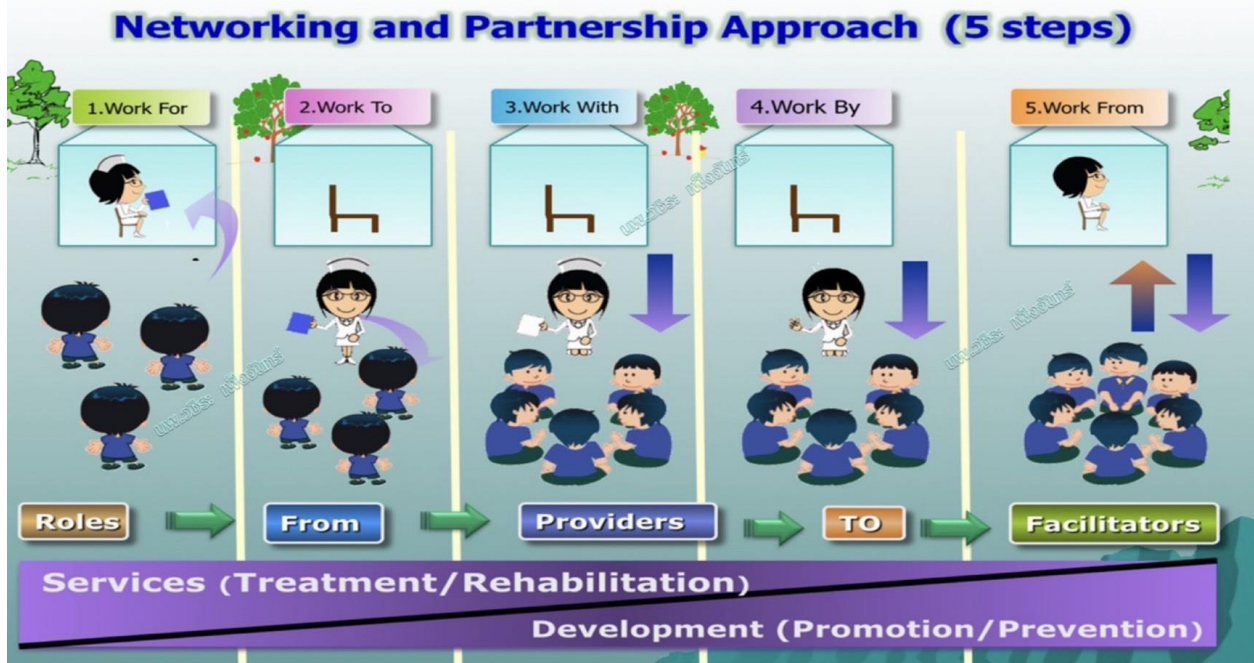
ภาพที่ 3 : แนวคิดของการพัฒนที่แตกต่างกัน



การปรับเปลี่ยนบทบาทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสู่การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจาก ผู้ให้บริการ (Providers) ที่มุ่งเน้นการรักษา (Curative) และการฟื้นฟูสุขภาพ (Rehabilitation) มาเป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) เพื่อให้พื้นที่ เพื่อมาจัดการที่ต้นตอของปัญหา (Root Cause) โดยเน้นการยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และป้องกันโรค (Disease Prevention) ซึ่งเป็นประเด็นที่สามารถจัดการได้ดีในระดับพื้นที่ โดย ลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยน เป็นดังนี้ (Proposed โดย นายแพทย์วัชรระ เพ็งจันทร์)

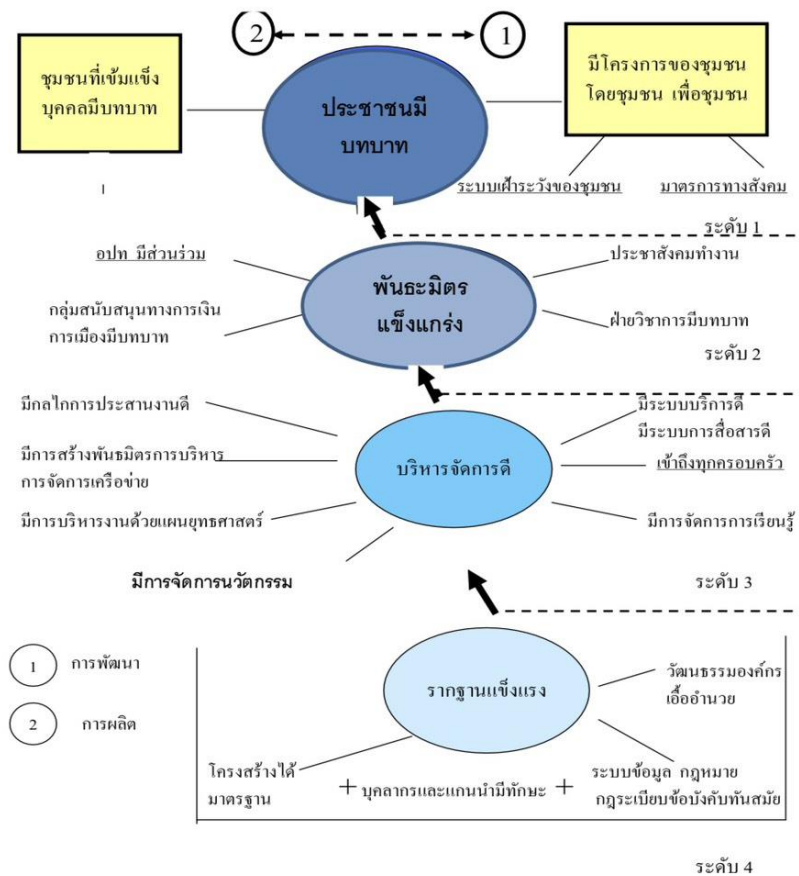
1. **Work for (ทำให้เรา)** คือการที่ส่วนกลาง(เรา)จัดสรรทรัพยากร รวมถึงแนวปฏิบัติ ไปสู่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่โดยตรง โดยให้ดำเนินการตามแนวทางที่เรากำหนด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนด
2. **Work to (ทำงานเพื่อเขา)** ด้วยการแบ่งปันข้อมูลสารสนเทศ และปรับแผนตามความต้องการของพื้นที่ด้วย มีการแลกเปลี่ยนความต้องการซึ่งกันและกัน และสร้างความไว้วางใจระหว่างกัน ว่า “เป็นเรื่องของเขา เรามาช่วย”
3. **Work with (ทำด้วยกัน)** มีการประสานความร่วมมือเพื่อบรรลุเป้าหมายร่วมกัน มีการรวมผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ มาเป็นทีมทำงานร่วมกัน (multisector public health team) เพื่อจัดการความท้าทายในด้านสุขภาพของพื้นที่ร่วมกัน สื่อสารแลกเปลี่ยนระหว่างกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้การดำเนินการมีความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง (Sustain Momentum)
4. **Work by (ทำโดยเขา)** ใช้การเสริมพลังให้กับภาคีเครือข่าย เน้นในเรื่องการฝึกอบรม ให้การสนับสนุนจากเราอย่าง ห่างๆ แบ่งอำนาจ (De concentration) จากส่วนกลางให้พื้นที่ทำงานได้อย่างมีอิสระมากขึ้น เพื่อให้พื้นที่มีความรู้สึกของการเป็นเจ้าของมากขึ้น
5. **Work from (ทำจากเขา)** กระจายอำนาจ (De centralization) ให้พื้นที่เป็นผู้คิดกิจกรรมอย่างอิสระ (Autonomy) พื้นที่ สร้างเครือข่าย สร้างนวัตกรรม สร้างนโยบายหรือมาตรการทางสังคม และใช้ทรัพยากรจากพื้นที่ ทำให้การ ดำเนินการสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ (Area based Context) และมีความยั่งยืน (Sustainable)



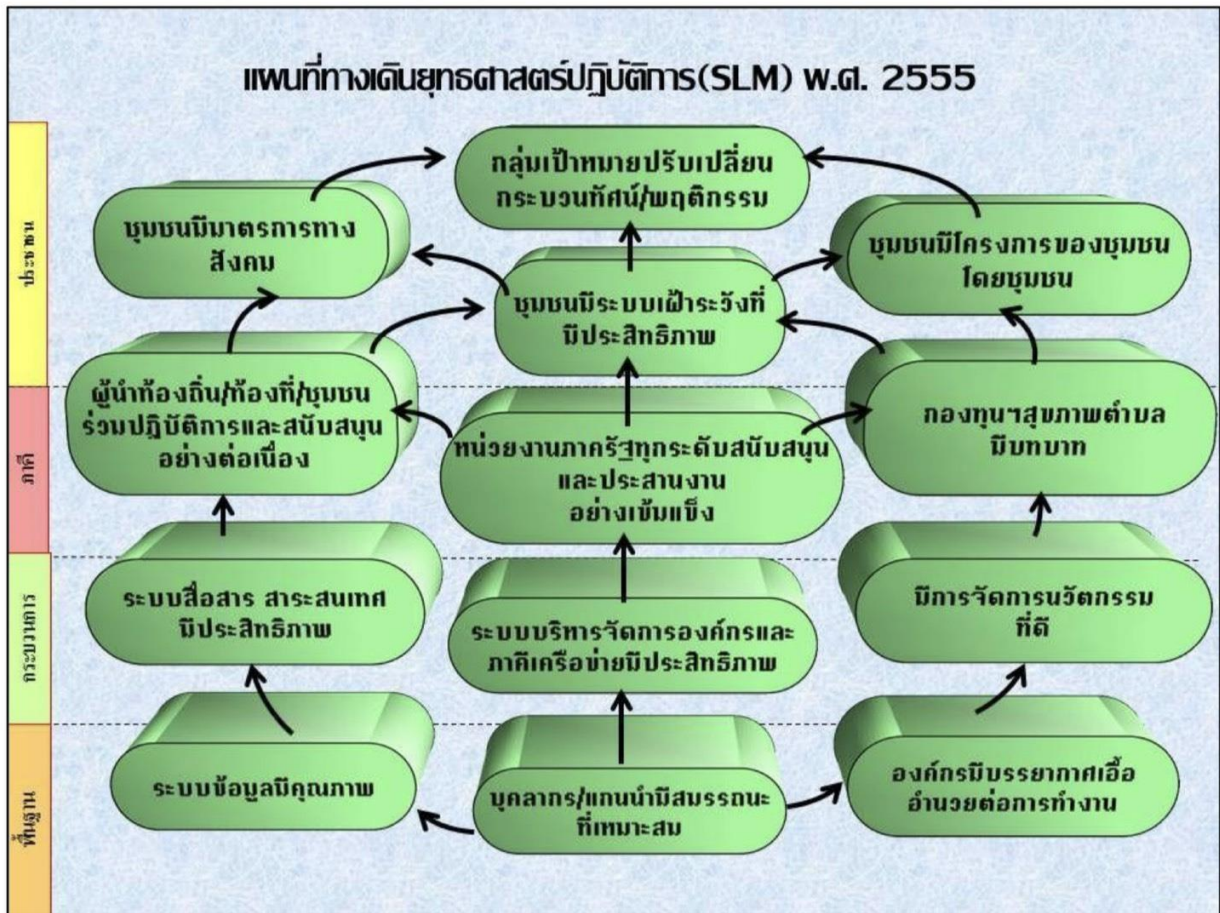
จากแผนที่ยุทธศาสตร์ทางธุรกิจ (Norton & Kaplan) มาสู่แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) แผนที่ยุทธศาสตร์ปฏิบัติการ (SLM) และค่ากลาง ของนายแพทย์ อมร นนทสุต

- Strategic Map ในทางสาธารณสุขของ นายแพทย์อมร นนทสุต ต่างจาก Strategic Map ของ Norton & Kaplan โดย
 - 1.1. มิติด้านการเงิน (For money gain) เปลี่ยนเป็นมิติประชาชน (For Health gain) ทำให้มีความยืดหยุ่นคือ สามารถเปลี่ยนประเด็นที่เป็นปัญหาสาธารณสุข-ของประชาชน เช่น เรื่องมะเร็ง หรือ โรค NCD ฯลฯ โดยกำหนดจุดหมายปลายทาง(Destination) ในการจัดการปัญหาดังกล่าว โดยเน้นบทบาทที่ภาคประชาชน
 - 1.2. ส่วนมิติลูกค้า เปลี่ยนเป็น มิติภาคีเครือข่าย คือการประสานหรือเสริมพลังภาคีเครือข่ายให้มาร่วมกันขับเคลื่อนให้ประชาชนบรรลุจุดหมายปลายทาง (Destination) ของ มิติ ประชาชน โดยเน้นการมีพันธมิตรแข็งแกร่ง
 - 1.3. ส่วนอีก 2 มิติที่เหลือ ไม่ได้แตกต่างกัน คือ มิติของ พื้นฐาน (Growth and Development) เปรียบเสมือน Input ที่เป็นรากฐานที่แข็งแรง และ มิติกระบวนการ (Internal Process) เน้นบริหารจัดการกระบวนการที่ดี ที่จะส่งต่อไปยัง มิติประชาชน ผ่านความร่วมมือของมิติภาคีเครือข่าย

ภาพประกอบที่ 4 : ความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผลของมุมมองในแผนที่ยุทธศาสตร์



2. จากแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map หรือ SRM) มาสู่แผนที่ยุทธศาสตร์ปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model หรือ SLM)
 - 2.1. SLM คือแผนที่ที่จะปฏิบัติงานจริงในระยะสั้น (1-3 ปี) โดยเชื่อมโยงให้เห็นความสัมพันธ์ตั้งแต่ ระดับพื้นฐาน กระบวนการ ภาควิ และภาคประชาชน
 - 2.2. ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศคือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ซึ่งสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงคือ เรื่องพฤติกรรม และวิถีชีวิต ซึ่งมาตรการในมิติภาคประชาชนมักจะไม่ได้แตกต่างกัน คือ กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และพฤติกรรม ชุมชนมีระบบเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพ ชุมชนมีมาตรการทางสังคม ชุมชนมีโครงการของชุมชน โดยชุมชน และมีมิติกระบวนการที่สำคัญคือ ระบบสื่อสาร สารสนเทศที่มีประสิทธิภาพ หรือจะกล่าวได้ว่า แผนที่ SLM ฉบับเดียว สามารถใช้ได้กับกลุ่มโรค NCD ได้เกือบทั้งหมด เพราะมีปัจจัยเสี่ยงที่ไม่แตกต่างกัน นอกจากนี้การที่คำพินัย ที่มีศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ ทำให้ง่ายต่อการเข้าใจ คือ ระดับชาวบ้านก็สามารถเข้าใจได้



3. จากแผนที่ฉบับ SLM ศูนย์กลาง (Norm) จากภาพจะเห็นว่าแต่ละ Block เช่น ชุมชนมีมาตรการทางสังคม นั้นไม่ได้ระบุจะต้องทำงาน (Task) อะไร ซึ่งแต่ละพื้นที่ก็ทำงาน (Task) ที่แตกต่างกัน บางพื้นที่ก็ประสบความสำเร็จ บางพื้นที่ก็ไม่ประสบความสำเร็จ งาน (Task) ที่พื้นที่ที่ประสบความสำเร็จทำเป็นส่วนใหญ่ จะเรียกว่า ค่ากลาง (แห่งความสำเร็จ) กล่าวโดยสรุป แผนที่ลงมือทำก็จัดประชุมถอดบทเรียนจากพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จแล้วหาว่าส่วนใหญ่ทำกันหรือ ค่ากลาง จากนั้นนำค่ากลางนั้นไปใช้เลย ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาลองผิดลองถูก และนี่คือ นวัตกรรมกระบวนการที่คิดค้นโดย นายแพทย์ อมร นนทสุต
4. นวัตกรรมกระบวนการที่ทำให้เกิดการบูรณาการ ด้วยแผนที่ยุทธศาสตร์ ปัญหาของพื้นที่ คือ แผนงานโครงการ คิดจากส่วนกลาง (กระทรวง/กรม/กอง) แล้วลงไปดำเนินการในพื้นที่โดยขาดการบูรณาการ การทำงานแยกส่วน ทำให้ใช้ทรัพยากร และเวลา เป็นอย่างมาก ถ้าองค์ประกอบของยุทธศาสตร์ จะประกอบด้วย
 - 4.1. กลุ่มเป้าหมายคือ ประชาชนในแต่ละกลุ่มวัย ซึ่งแต่ละกลุ่มวัยจะมีปัญหาสุขภาพที่ต่างกัน
 - 4.2. สถานะแวดล้อม(ทางสังคมและกายภาพ) ซึ่งในแต่ละพื้นที่จะมีปัญหาเฉพาะพื้นที่

- 4.3. มาตรการ ความท้าทายคือการบูรณาการมาตรการทางวิชาการและมาตรการทางสังคมเข้าด้วยกัน และกำหนดบทบาทของทั้ง 2 ส่วนได้อย่างลงตัว
- 4.3.1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพ จะเป็นผู้กำหนดมาตรการทางวิชาการ และบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 4.3.2. สิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ ชุมชนจะเป็นผู้กำหนดมาตรการทางสังคม รวมถึงบทบาทของท้องถิ่น ชุมชน
- 4.4. แผนที่ยุทธศาสตร์จะเป็นเครื่องมือที่จะกำหนดบทบาท ว่า ใครจะทำอะไร อย่างไร เพื่อให้เกิดการบูรณาการในพื้นที่ปฏิบัติการ โดยในท้ายที่สุด แผนงานที่จะลงไปดำเนินการในพื้นที่ จะบูรณาการเหลือ 2 แผนงานในพื้นที่คือ แผนงานจัดการสุขภาพตามกลุ่มวัย และแผนจัดการสิ่งแวดล้อม

ภาพประกอบที่ 5 : บทบาทของแผนที่ยุทธศาสตร์และนวัตกรรมในการเชื่อมโยง

องค์ประกอบของยุทธศาสตร์

