

Module ที่ 3

สาธารณสุขมูลฐาน (PHC)

รากฐานของ SDGs

1. ปฏิญญา Alma-Ata, Astana For Primary Health Care เพื่อบรรลุ
SDG, UHC, HFA
2. สาธารณสุขมูลฐาน (PHC) ตามแนวทางของ นพ.อมร นนทสูต
3. Strategic Map (Kaplan & Norton) กับ SRM (นพ.อมร นนทสูต)
4. วิวัฒนาการของแนวคิด การพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนสู่การทำแผนชุมชน
ด้วยเครื่องมือแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์

จากปฏิญญาอัลมา-อาตา 1978 ถึงปฏิญญาอัสดานา 2018 และปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงของ
สมัชชาสหประชาชาติ 74/2 เรื่องการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า

ปฏิญญาอัลมา-อาตา 1978

การประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งประชุมกันที่อัลมา-อาตาในวันที่สิบสองของเดือนกันยายน พ.ศ.
สองพันห้าร้อยยี่สิบเอ็ด แสดงความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินการโดยรัฐบาลทั้งหมด ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการ
พัฒนาทั้งหมด และชุมชนโลก เพื่อปกป้องและส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทั่วโลก ขอประกาศดังต่อไปนี้:

1. การประชุมยืนยันอย่างหนักแน่นว่า สุขภาพซึ่งเป็นสถานะของความสมบูรณ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และไม่ใช่
เพียงการไม่มีโรคหรือความพิการเท่านั้น เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และการบรรลุระดับสุขภาพที่สูงที่สุดเท่าที่จะ
เป็นไปได้เป็นเป้าหมายทางสังคมที่สำคัญที่สุดทั่วโลก ซึ่งการบรรลุผลต้องการการดำเนินการของหลายภาคส่วนทาง
สังคมและเศรษฐกิจอื่นๆ นอกเหนือจากภาคสุขภาพ
2. ความเหลื่อมล้ำที่รุนแรงที่มีอยู่ในสถานะสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและ
ประเทศกำลังพัฒนา รวมทั้งภายในประเทศ เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจ และจึงเป็น
ความกังวลร่วมกันของทุกประเทศ
3. การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม บนพื้นฐานของระเบียบเศรษฐกิจระหว่างประเทศใหม่ มีความสำคัญพื้นฐานต่อการ
บรรลุสุขภาพสำหรับทุกคนอย่างเต็มที่ และเพื่อลดช่องว่างระหว่างสถานะสุขภาพของประเทศกำลังพัฒนาและ
ประเทศที่พัฒนาแล้ว การส่งเสริมและการปกป้องสุขภาพของประชาชนเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและ
สังคมที่ยั่งยืน และมีส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสันติภาพโลก
4. ประชาชนมีสิทธิและหน้าที่ในการมีส่วนร่วมทั้งในระดับบุคคลและระดับกลุ่มในการวางแผนและการดำเนินการดูแล
สุขภาพของตน
5. รัฐบาลมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งสามารถทำได้เพียงการจัดให้มีมาตรการด้านสุขภาพและสังคม
ที่เพียงพอเท่านั้น เป้าหมายทางสังคมหลักของรัฐบาล องค์การระหว่างประเทศ และชุมชนโลกทั้งหมดในทศวรรษที่
จะมาถึง ควรเป็นการบรรลุระดับสุขภาพที่จะทำให้ประชาชนทุกคนทั่วโลกสามารถดำเนินชีวิตที่มีผลผลิตทางสังคม
และเศรษฐกิจได้ภายในปี ค.ศ. 2000 การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นกุญแจสำคัญในการบรรลุเป้าหมายนี้ เป็นส่วนหนึ่ง
ของการพัฒนาในจิตวิญญาณของความยุติธรรมทางสังคม
6. การดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นการดูแลสุขภาพที่จำเป็น โดยอาศัยวิธีการและเทคโนโลยีที่ใช้ได้จริง มีเหตุผลทาง
วิทยาศาสตร์ และยอมรับได้ทางสังคม ทำให้เข้าถึงได้ทั่วไปสำหรับบุคคลและครอบครัวในชุมชน ผ่านการมีส่วนร่วม

อย่างเต็มที่ และในต้นทุนที่ชุมชนและประเทศสามารถรักษาไว้ได้ในทุกระยะของการพัฒนา ในจิตวิญญาณของการพึ่งตนเองและการกำหนดตนเอง มันเป็นส่วนสำคัญของทั้งระบบสุขภาพของประเทศ ซึ่งเป็นหน้าที่หลักและจุดสำคัญและของการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจโดยรวมของชุมชน เป็นระดับแรกของการติดต่อของบุคคล ครอบครัว และชุมชนกับระบบสุขภาพแห่งชาติ นำการดูแลสุขภาพมาให้ใกล้ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้กับที่ผู้คนอาศัยและทำงาน และเป็นองค์ประกอบแรกของกระบวนการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

7. การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ:

7.1. สะท้อนและพัฒนาจากสภาพเศรษฐกิจและลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม และการเมืองของประเทศและชุมชน และอาศัยการประยุกต์ใช้ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องของการวิจัยทางสังคม การแพทย์ และบริการสุขภาพ และประสบการณ์สาธารณสุข

7.2. จัดการกับปัญหาสุขภาพหลักในชุมชน โดยจัดให้มีบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพตามความเหมาะสม

7.3. ประกอบด้วยอย่างน้อย:

7.3.1. การศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่แพร่หลายและวิธีการป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านั้น

7.3.2. การส่งเสริมการจัดหาอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม

7.3.3. การจัดหา น้ำสะอาดและสุขาภิบาลขั้นพื้นฐานที่เพียงพอ

7.3.4. การดูแลสุขภาพมารดาและเด็ก รวมถึงการวางแผนครอบครัว

7.3.5. การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ

7.3.6. การป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น

7.3.7. การรักษาโรคและการบาดเจ็บทั่วไปที่เหมาะสม

7.3.8. และการจัดหายาที่จำเป็น

7.4. เกี่ยวข้องกับ นอกเหนือจากภาคสุขภาพ ภาคส่วนและด้านที่เกี่ยวข้องทั้งหมดของการพัฒนาแห่งชาติและชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เกษตรกรรม การเลี้ยงสัตว์ อาหาร อุตสาหกรรม การศึกษา ที่อยู่อาศัย โครงการสาธารณะ การสื่อสาร และภาคส่วนอื่นๆ และต้องการความพยายามประสานงานจากภาคส่วนเหล่านั้นทั้งหมด

7.5. ต้องการและส่งเสริมการพึ่งตนเองและการมีส่วนร่วมสูงสุดของชุมชนและบุคคลในการวางแผน การจัดองค์กร การดำเนินงาน และการควบคุมการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ โดยใช้ประโยชน์จากทรัพยากรท้องถิ่น ระดับชาติ และทรัพยากรอื่นๆ ที่มีอยู่อย่างเต็มที่ และเพื่อจุดประสงค์นี้ พัฒนาผ่านการศึกษาที่เหมาะสมเพื่อให้ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมได้

7.6. ควรได้รับการสนับสนุนด้วยระบบการส่งต่อที่บูรณาการ มีหน้าที่การทำงาน และสนับสนุนซึ่งกันและกัน นำไปสู่การปรับปรุงการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมสำหรับทุกคนอย่างก้าวหน้า และให้ความสำคัญกับผู้ที่ต้องการมากที่สุด

7.7. อาศัยผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในระดับท้องถิ่นและระดับการส่งต่อ รวมถึงแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ ผู้ช่วย และผู้ปฏิบัติงานชุมชนตามความเหมาะสม รวมทั้งผู้ประกอบการแพทย์แผนดั้งเดิมตามความจำเป็น ได้รับการฝึกอบรมทางสังคม และเทคนิคอย่างเหมาะสมเพื่อทำงานเป็นทีมสุขภาพและตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพที่แสดงออกของชุมชน

8. รัฐบาลทั้งหมดควรกำหนดนโยบาย กลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการระดับชาติ เพื่อเริ่มต้นและรักษาการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติที่ครอบคลุม และประสานงานกับภาคส่วนอื่นๆ เพื่อจุดประสงค์นี้ จะจำเป็นต้องใช้เจตจำนงทางการเมือง ระดมทรัพยากรของประเทศ และใช้ทรัพยากรภายนอกที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ

9. ประเทศทั้งหมดควรร่วมมือกันในจิตวิญญาณของความเป็นหุ้นส่วนและการบริการ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการดูแลสุขภาพปฐมภูมิสำหรับประชาชนทุกคน เนื่องจากการบรรลุสุขภาพโดยประชาชนในประเทศใดประเทศหนึ่งมีความเกี่ยวข้องโดยตรงและเป็นประโยชน์ต่อทุกประเทศอื่นๆ ในบริบทนี้ รายงานร่วมของ WHO/UNICEF เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นพื้นฐานที่มั่นคงสำหรับการพัฒนาและการดำเนินการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเพิ่มเติมทั่วโลก

10. ระดับสุขภาพที่ยอมรับได้สำหรับประชาชนทุกคนทั่วโลกภายในปี ค.ศ. 2000 สามารถบรรลุได้ผ่านการใช้ทรัพยากรของโลกอย่างเต็มที่และดีขึ้น ซึ่งส่วนสำคัญในปัจจุบันถูกใช้ไปกับอาวุธและความขัดแย้งทางทหาร นโยบายที่แท้จริงของความเป็นอิสระ สันติภาพ การผ่อนคลายความตึงเครียด และการลดอาวุธสามารถและควรปลดปล่อยทรัพยากรเพิ่มเติมที่สามารถอุทิศให้กับจุดประสงค์เพื่อสันติภาพและโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อเร่งการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ในฐานะส่วนสำคัญ ควรได้รับส่วนแบ่งที่เหมาะสม

การประชุมระหว่างประเทศว่าด้วยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ เรียกร้องให้มีการดำเนินการระดับชาติและระหว่างประเทศที่เร่งด่วนและมีประสิทธิผล เพื่อพัฒนาและดำเนินการดูแลสุขภาพปฐมภูมิทั่วโลกและโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ในจิตวิญญาณของความร่วมมือทางเทคนิคและสอดคล้องกับระเบียบเศรษฐกิจระหว่างประเทศใหม่ เรียกร้องให้รัฐบาล WHO และ UNICEF และองค์การระหว่างประเทศอื่นๆ รวมทั้งหน่วยงานพหุภาคีและทวิภาคี องค์การพัฒนาเอกชน หน่วยงานสนับสนุนทุน ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพทั้งหมด และชุมชนโลกทั้งหมด สนับสนุนความมุ่งมั่นระดับชาติและระหว่างประเทศต่อการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ และส่งการสนับสนุนทางเทคนิคและการเงินที่เพิ่มขึ้นให้กับมัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา การ

ประชุมเรียกร้องให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดร่วมมือในการแนะนำ พัฒนา และรักษาการดูแลสุขภาพปฐมภูมิตามจิตวิญญาณและ
เนื้อหาของปฏิญญานี้

การประชุมโลกว่าด้วยการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ จากอัลมา-อาตาสู่การครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการ พัฒนาที่ยั่งยืน อัสตานา คาซัคสถาน 25 และ 26 ตุลาคม 2018

เราประมุขแห่งรัฐและรัฐบาล รัฐมนตรี และตัวแทนของรัฐและรัฐบาล ซึ่งเข้าร่วมการประชุมโลกว่าด้วยการดูแลสุขภาพปฐม
ภูมิ: จากอัลมา-อาตาสู่การครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ประชุมกันที่อัสตานาในวันที่ 25 และ
26 ตุลาคม 2018 ยืนยันความมุ่งมั่นที่แสดงออกในปฏิญญาอัลมา-อาตาที่มีความทะเยอทะยานและวิสัยทัศน์ของปี 1978 และ
วาระปี 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อบรรลุสุขภาพสำหรับทุกคน ขอประกาศดังต่อไปนี้

เราจินตนาการถึง

รัฐบาลและสังคมที่ให้ความสำคัญ ส่งเสริม และปกป้องสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน ทั้งในระดับประชากรและ
ระดับบุคคล ผ่านระบบสุขภาพที่แข็งแรง

การดูแลสุขภาพปฐมภูมิและบริการสุขภาพที่มีคุณภาพสูง ปลอดภัย ครอบคลุม บูรณาการ เข้าถึงได้ พร้อมใช้ และราคาไม่แพง
สำหรับทุกคนและทุกที่ จัดให้ด้วยความเมตตา ความเคารพ และศักดิ์ศรี โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมดี มี
ทักษะ มีแรงจูงใจ และมุ่งมั่น

สภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและเอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งบุคคลและชุมชนได้รับการเสริมอำนาจและมีส่วนร่วมในการรักษาและ
เสริมสร้างสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

คู่ค้าและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สอดคล้องกันในการให้การสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพต่อนโยบาย กลยุทธ์ และแผนสุขภาพ
ระดับชาติ

1. เรายืนยันอย่างแข็งขันถึงความมุ่งมั่นของเราต่อสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนในการผลิตเพลินกับมาตรฐาน
สุขภาพที่บรรลุได้สูงสุดโดยไม่มีการแบ่งแยกประเภทใดๆ การประชุมในโอกาสครบรอบสี่สิบปีของปฏิญญาอัลมา-อา
ตา เรายืนยันความมุ่งมั่นของเราต่อค่านิยมและหลักการทั้งหมด โดยเฉพาะอย่างยิ่งความยุติธรรมและความเป็นน้ำ
หนึ่งใจเดียวกัน และเราเน้นย้ำถึงความสำคัญของสุขภาพต่อสันติภาพ ความมั่นคง และการพัฒนาเศรษฐกิจสังคม
และความเชื่อมโยงซึ่งกันและกันของพวกเขา

2. เรามั่นใจว่าการเสริมสร้างการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ (PHC) เป็นวิธีการที่ครอบคลุมที่สุด มีประสิทธิภาพที่สุด และมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการเสริมสร้างสุขภาพกายและจิตของประชาชน รวมทั้งความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม และ PHC เป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพที่ยั่งยืนสำหรับการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เรายินดีต้อนรับการจัดประชุมระดับสูงของสมัชชาสหประชาชาติเกี่ยวกับ UHC ในปี 2019 ซึ่งปฏิญญานี้จะมีส่วนสนับสนุน เราแต่ละคนจะติดตามเส้นทางของเราเองในการบรรลุ UHC เพื่อให้ทุกคนมีการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพที่พวกเขาต้องการอย่างเท่าเทียม ให้มั่นใจว่าการใช้บริการเหล่านี้จะไม่ทำให้พวกเขาประสบความยากลำบากทางการเงิน
3. เรารับทราบว่าแม้จะมีความก้าวหน้าอย่างมากในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา แต่ผู้คนในทุกภูมิภาคของโลกยังคงมีความต้องการด้านสุขภาพที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข การมีสุขภาพดีเป็นสิ่งท้าทายสำหรับหลายคน โดยเฉพาะคนยากจนและคนในสถานการณ์เปราะบาง เราพบว่าความไม่เท่าเทียมกันในสุขภาพและความแตกต่างในผลลัพธ์สุขภาพที่ยังคงอยู่เป็นสิ่งที่ยอมรับไม่ได้ทางจริยธรรม การเมือง สังคม และเศรษฐกิจ เราจะยังคงจัดการกับภาระที่เพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งนำไปสู่สุขภาพที่ไม่ดีและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เนื่องจากการใช้ยาสูบ การใช้แอลกอฮอล์ในทางที่เป็นอันตราย วิถีชีวิตและพฤติกรรมที่ไม่ดีต่อสุขภาพ และกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอและอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ หากเราไม่ดำเนินการทันที เราจะยังคงสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเนื่องจากสงคราม ความรุนแรง การระบาดของโรคภัยพิบัติทางธรรมชาติ ผลกระทบต่อสุขภาพของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและเหตุการณ์สภาพอากาศสุดขั้ว และปัจจัยสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เราต้องไม่สูญเสียโอกาสในการหยุดการระบาดของโรคและภัยคุกคามสุขภาพโลกเช่นการดื้อยาต้านจุลชีพที่แพร่กระจายข้ามพรมแดนประเทศ บริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และดูแลแบบประคับประคองต้องสามารถเข้าถึงได้สำหรับทุกคน เราต้องช่วยผู้คนหลายล้านคนจากความยากจน โดยเฉพาะความยากจนขั้นรุนแรง ที่เกิดจากค่าใช้จ่ายจากกระเป๋าสตางค์ที่ไม่สมส่วนเกี่ยวกับสุขภาพ เราไม่สามารถประเมินความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคต่ำเกินไป หรือยอมรับการดูแลที่แยกส่วน ไม่ปลอดภัย หรือคุณภาพต่ำ เราต้องจัดการกับการขาดแคลนและการกระจายที่ไม่สม่ำเสมอของบุคลากรสุขภาพ เราต้องดำเนินการเกี่ยวกับต้นทุนที่เพิ่มขึ้นของการดูแลสุขภาพและยาและวัคซีน เราไม่สามารถจ่ายค่าความสูญเสียเปล่าในค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพเนื่องจากความไม่มีประสิทธิภาพ
4. **ตัดสินใจทางการเมืองที่กล้าหาญเพื่อสุขภาพในทุกภาคส่วน** เรายืนยันบทบาทหลักและความรับผิดชอบของรัฐบาลในทุกะดับในการส่งเสริมและปกป้องสิทธิของทุกคนในการเพลิดเพลินกับมาตรฐานสุขภาพที่บรรลุได้สูงสุด เราจะส่งเสริมการดำเนินการหลายภาคส่วนและ UHC โดยมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องและเสริมอำนาจชุมชนท้องถิ่นเพื่อเสริมสร้าง PHC เราจะจัดการกับปัจจัยกำหนดด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของสุขภาพ และมุ่งเป้าไปที่การลดปัจจัยเสี่ยงโดยการบูรณาการแนวทาง "สุขภาพในทุกนโยบาย" เราจะเกี่ยวข้องกับผู้มี

ส่วนได้ส่วนเสียมากขึ้นในการบรรลุสุขภาพสำหรับทุกคน โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง ในขณะที่จัดการและควบคุมความขัดแย้งทางผลประโยชน์ ส่งเสริมความโปร่งใส และดำเนินการกำกับดูแลแบบมีส่วนร่วม เราจะพยายามหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาความขัดแย้งที่ทำลายระบบสุขภาพและทำให้ผลประโยชน์ด้านสุขภาพถดถอย เราต้องใช้แนวทางที่สอดคล้องและครอบคลุมเพื่อขยาย PHC เป็นเสาหลักของ UHC ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ให้มั่นใจในความต่อเนื่องของการดูแลและการจัดให้มีบริการสุขภาพที่จำเป็นสอดคล้องกับหลักการด้านมนุษยธรรม เราจะจัดหาและจัดสรรทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ อย่างเหมาะสมเพื่อเสริมสร้าง PHC เราชื่นชมความเป็นผู้นำและตัวอย่างของรัฐบาลที่แสดงการสนับสนุนอย่างแข็งแกร่งต่อ PHC

5. **สร้างการดูแลสุขภาพปฐมภูมิที่ยั่งยืน** PHC จะได้รับการดำเนินการตามกฎหมาย บริบท และลำดับความสำคัญของประเทศ เราจะเสริมสร้างระบบสุขภาพโดยการลงทุนใน PHC เราจะเพิ่มขีดความสามารถและโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการดูแลสุขภาพ – การติดต่อครั้งแรกกับบริการสุขภาพ – ให้มีความสำคัญกับหน้าที่สาธารณสุขที่จำเป็น เราจะให้ความสำคัญกับการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ และจะมุ่งมั่นที่จะตอบสนองของความต้องการด้านสุขภาพทั้งหมดของทุกคนตลอดช่วงชีวิต ผ่านบริการป้องกัน ส่งเสริม รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุม และการดูแลแบบประคับประคอง PHC จะจัดให้มีบริการและการดูแลที่หลากหลายและครอบคลุม รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง การฉีดวัคซีน การคัดกรอง การป้องกัน การควบคุม และการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคติดต่อ การดูแลและบริการที่ส่งเสริม รักษา และปรับปรุงสุขภาพของมารดา ทารกแรกเกิด เด็ก และวัยรุ่น และสุขภาพจิตและสุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์ PHC จะสามารถเข้าถึงได้ เท่าเทียม ปลอดภัย มีคุณภาพสูง ครอบคลุม มีประสิทธิภาพ ยอมรับได้ พร้อมใช้ และราคาไม่แพง และจะให้บริการต่อเนื่อง บุคลากรที่เน้นผู้คนเป็นศูนย์กลางและคำนึงถึงเพศสภาพ เราพยายามหลีกเลี่ยงการแยกส่วนและให้มั่นใจว่ามีระบบการส่งต่อที่ทำงานได้ระหว่าง PHC และระดับการดูแลอื่นๆ เราจะได้รับประโยชน์จาก PHC ที่ยั่งยืนซึ่งเสริมสร้างความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพในการป้องกัน ตรวจจับ และตอบสนองต่อโรคติดต่อและการระบาด

5.1. ความสำเร็จของการดูแลสุขภาพปฐมภูมิจะขับเคลื่อนโดย:

5.1.1. **ความรู้และการสร้างขีดความสามารถ** เราจะใช้ความรู้ รวมถึงความรู้ทางวิทยาศาสตร์และความรู้แบบดั้งเดิม เพื่อเสริมสร้าง PHC ปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพ และให้มั่นใจว่าทุกคนสามารถเข้าถึงการดูแลที่ถูกต้องในเวลาที่เหมาะสมและในระดับการดูแลที่เหมาะสมที่สุด โดยเคารพสิทธิ ความต้องการ ศักดิ์ศรี และความเป็นอิสระของพวกเขา เรายังคงวิจัยและแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ สร้างขีดความสามารถ และปรับปรุงการส่งมอบบริการสุขภาพและการดูแล

5.1.2. **ทรัพยากรบุคคลเพื่อสุขภาพ** เราจะสร้างงานที่มีคุณค่าและค่าตอบแทนที่เหมาะสมสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ที่ทำงานในระดับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อตอบสนองของความต้องการด้านสุขภาพของผู้คนอย่างมี

ประสิทธิผลในบริบทสหวิทยาการ เราจะยังคงลงทุนในการศึกษา การฝึกอบรม การสรรหา การพัฒนา แรงจูงใจ และการรักษา กำลังคน PHC โดยมีการผสมผสานทักษะที่เหมาะสม เราจะพยายามเพื่อการรักษาและความพร้อมใช้งานของกำลังคน PHC ในพื้นที่ชนบท ห่างไกล และพื้นที่ที่พัฒนาน้อย เรายืนยันว่าการย้ายถิ่นระหว่างประเทศของบุคลากรสุขภาพไม่ควรทำลาย ความสามารถของประเทศ โดยเฉพาะประเทศกำลังพัฒนา ในการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชากร

5.1.3. **เทคโนโลยี** เราสนับสนุนการขยายและขยายการเข้าถึงบริการการดูแลสุขภาพที่หลากหลายผ่านการใช้อย่างมีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัย มีประสิทธิผล และราคาไม่แพง รวมถึง ตามความเหมาะสม ยาแบบดั้งเดิม วัคซีน การวินิจฉัย และ เทคโนโลยีอื่นๆ เราจะส่งเสริมการเข้าถึงและการใช้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย และการปกป้องข้อมูลส่วนบุคคล ผ่าน ความก้าวหน้าในระบบสารสนเทศ เราจะสามารถรวบรวมข้อมูลคุณภาพสูงที่แยกย่อยอย่างเหมาะสม และปรับปรุงความ ต่อเนื่องของข้อมูล การเฝ้าระวังโรค ความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และการติดตามผลการปฏิบัติงานของระบบสุขภาพ เราจะ ใช้เทคโนโลยีที่หลากหลายเพื่อปรับปรุงการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ เสริมการส่งมอบบริการสุขภาพ ปรับปรุงคุณภาพบริการและ ความปลอดภัยของผู้ป่วย และเพิ่มประสิทธิภาพและการประสานงานการดูแล ผ่านเทคโนโลยีดิจิทัลและเทคโนโลยีอื่นๆ เราจะ ทำให้บุคคลและชุมชนสามารถระบุความต้องการด้านสุขภาพของตนเอง มีส่วนร่วมในการวางแผนและการส่งมอบบริการ และ มีบทบาทอย่างกระตือรือร้นในการรักษาสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง

5.1.4. **การเงิน** เราเรียกร้องให้ทุกประเทศยังคงลงทุนใน PHC เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพ เราจะจัดการกับความไม่มี ประสิทธิภาพและความไม่เท่าเทียมกันที่ทำให้ผู้คนเผชิญกับความยากลำบากทางการเงินอันเป็นผลมาจากการใช้บริการ สุขภาพ โดยให้มั่นใจว่ามีการจัดสรรทรัพยากรสำหรับสุขภาพที่ดีขึ้น การจัดเงินทุนที่เพียงพอสำหรับการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ และระบบการชดเชยที่เหมาะสม เพื่อปรับปรุงการเข้าถึงและบรรลุผลลัพธ์สุขภาพที่ดีขึ้น เราจะทำงานเพื่อความยั่งยืนทาง การเงิน ประสิทธิภาพ และความยืดหยุ่นของระบบสุขภาพระดับชาติ โดยจัดสรรทรัพยากรให้กับ PHC อย่างเหมาะสมตาม บริบทของประเทศ เราจะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง รวมถึงผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เปราะบางและพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากความ ชัดแย้ง โดยให้การเข้าถึงบริการ PHC คุณภาพตลอดความต่อเนื่องของการดูแล

6. **เสริมอำนาจบุคคลและชุมชน** เราสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และภาคประชาสังคม ผ่าน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและการดำเนินการนโยบายและแผนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เราจะส่งเสริมความรู้ ด้านสุขภาพและทำงานเพื่อตอบสนองความคาดหวังของบุคคลและชุมชนสำหรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เราจะสนับสนุนผู้คนในการได้รับความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่จำเป็นในการรักษาสุขภาพของตนเองหรือสุขภาพของ ผู้ที่พวกเขาดูแล โดยได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ เราจะปกป้องและส่งเสริมความเป็นน้ำหนึ่งใจ เดียวกัน จริยธรรม และสิทธิมนุษยชน เราจะเพิ่มความเป็นเจ้าของของชุมชนและมีส่วนร่วมในความรับผิดชอบของ

ภาคสาธารณะและเอกชนเพื่อให้ผู้คนมากขึ้นดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดีขึ้นในสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยและเอื้อต่อสุขภาพ

7. **ปรับการสนับสนุนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้สอดคล้องกับนโยบาย กลยุทธ์ และแผนของประเทศ** เราเรียกร้องให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมด – ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ สถาบันการศึกษา ผู้ป่วย ภาคประชาสังคม คู่ค้าท้องถิ่นและระหว่างประเทศ หน่วยงานและกองทุน ภาคเอกชน องค์กรศาสนา และอื่นๆ – สอดคล้องกับนโยบาย กลยุทธ์ และแผนของประเทศในทุกภาคส่วน รวมถึงผ่านแนวทางที่เน้นผู้คนเป็นศูนย์กลางและคำนึงถึงเพศสภาพ และดำเนินการร่วมกันเพื่อสร้าง PHC ที่แข็งแกร่งและยั่งยืนเพื่อบรรลุ UHC การสนับสนุนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสามารถช่วยประเทศในการนำทรัพยากรบุคคล เทคโนโลยี การเงิน และข้อมูลที่เกี่ยวข้องไปสู PHC ในการดำเนินการตามปฏิญานี้ ประเทศและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจะทำงานร่วมกันในจิตวิญญาณของความเป็นหุ้นส่วนและความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ แบ่งปันความรู้และแนวปฏิบัติที่ดี ในขณะที่เคารพอำนาจอธิปไตยของประเทศและสิทธิมนุษยชนอย่างเต็มที่

ความมุ่งมั่นของเรา

1. เราจะดำเนินการตามปฏิญานี้ด้วยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันและการประสานงานระหว่างรัฐบาล องค์กรอเนกมัยโลก กองทุนเด็กแห่งสหประชาชาติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ทั้งหมด
 2. ประชาชนทุกคน ประเทศทั้งหมด และองค์กรทั้งหมดได้รับการส่งเสริมให้สนับสนุนขบวนการนี้
 3. ประเทศต่างๆ จะทบทวนการดำเนินการตามปฏิญานี้เป็นระยะๆ โดยร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
 4. เราสามารถและจะบรรลุสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคน โดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง
-

สหประชาชาติ A/RES/74/2 สมัชชาใหญ่

การจัดจำหน่าย: ทั่วไป

18 ตุลาคม 2019

สมัยประชุมครั้งที่เจ็ดสิบสี่

วาระการประชุมข้อ 126

สุขภาพโลกและนโยบายต่างประเทศ

มติที่ได้รับการรับรองโดยสมัชชาใหญ่ เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2019

[โดยไม่มีการอ้างอิงไปยังคณะกรรมการหลัก (A/74/L.4)]

74/2. ปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า

สมัชชาใหญ่

รับรองปฏิญญาทางการเมืองต่อไปนี้อย่างเป็นเอกฉันท์โดยการประชุมระดับสูงว่าด้วยการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า เมื่อวันที่ 23 กันยายน 2019:

ปฏิญญาทางการเมืองของการประชุมระดับสูงว่าด้วยการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า

การครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า: ร่วมกันสร้างโลกที่มีสุขภาพดีขึ้น

เราประมุขแห่งรัฐและรัฐบาล และตัวแทนของรัฐและรัฐบาล ซึ่งประชุมกันที่สหประชาชาติเมื่อวันที่ 23 กันยายน 2019 โดยมี การมุ่งเน้นเป็นครั้งแรกเกี่ยวกับการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า ยืนยันว่าสุขภาพเป็นเงื่อนไขเบื้องต้นสำหรับและเป็นผลลัพธ์ และตัวบ่งชี้ของมิติทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมของการพัฒนาที่ยั่งยืน และการดำเนินการตามวาระปี 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และมุ่งมั่นอย่างแข็งขันที่จะบรรลุการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าภายในปี 2030 เพื่อเพิ่มความพยายามระดับโลกในการสร้างโลกที่มีสุขภาพดีขึ้นสำหรับทุกคน และในแง่ของเรา:

1. ยืนยันสิทธิของมนุษย์ทุกคน โดยไม่มีการแบ่งแยกประเภทใดๆ ในการเพลิดเพลินกับมาตรฐานสุขภาพกายและจิตที่ บรรลุได้สูงสุด
2. ยืนยันมติสมัชชาใหญ่ 70/1 ลงวันที่ 25 กันยายน 2015 ชื่อ "การเปลี่ยนแปลงโลกของเรา: วาระปี 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน" เน้นย้ำความจำเป็นในแนวทางที่ครอบคลุมและเน้นผู้คนเป็นศูนย์กลาง โดยมุ่งมั่นที่จะไม่ทิ้งใครไว้ ข้างหลัง เข้าถึงผู้ที่อยู่ห่างไกลที่สุดก่อน และความสำคัญของสุขภาพในเป้าหมายและเป้าหมายย่อยทั้งหมดของวาระ ปี 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ซึ่งบูรณาการและแบ่งแยกไม่ได้

3. ยืนยันมติสมัชชาใหญ่ 69/313 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2015 เกี่ยวกับวาระอาตติสอาบาบาของการประชุมระหว่างประเทศครั้งที่สามว่าด้วยการจัดหาเงินทุนเพื่อการพัฒนา ซึ่งยืนยันความมุ่งมั่นทางการเมืองที่แข็งแกร่งในการจัดการกับความท้าทายของการจัดหาเงินทุนและการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในทุกกระดับสำหรับการพัฒนาที่ยั่งยืนในจิตวิญญาณของความเป็นหุ้นส่วนและความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันระดับโลก
4. ยืนยันความมุ่งมั่นที่แข็งแกร่งที่ทำผ่านปฏิญญาทางการเมืองที่รับรองในการประชุมระดับสูงเกี่ยวกับการยุติเอชไอวี การจัดการกับการดื้อยาต้านจุลชีพ การยุติวัณโรค และการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งมติสมัชชาใหญ่ ชื่อ "การรวมผลประโยชน์และเร่งความพยายามในการควบคุมและกำจัดมาลาเรียในประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแอฟริกา ภายในปี 2030"
5. รับทราบว่ากรอบครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าเป็นพื้นฐานสำหรับการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เกี่ยวข้องไม่เพียงแต่กับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี แต่ยังรวมถึงการกำจัดความยากจนในทุกรูปแบบและมิติ การให้มั่นใจว่ามีการศึกษาที่มีคุณภาพ การบรรลุความเท่าเทียมทางเพศและการเสริมอำนาจผู้หญิง การให้งานที่มีคุณค่าและการเติบโตทางเศรษฐกิจ การลดความไม่เท่าเทียมกัน การให้มั่นใจว่ามีสังคมที่ยุติธรรม สันติ และครอบคลุม และการสร้างและส่งเสริมความเป็นหุ้นส่วน ในขณะที่การบรรลุเป้าหมายและเป้าหมายย่อยที่รวมอยู่ในวาระปี 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการบรรลุชีวิตที่มีสุขภาพดีและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคน โดยมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์สุขภาพตลอดช่วงชีวิต
6. ยืนยันความสำคัญของความเป็นเจ้าของระดับชาติและบทบาทหลักและความรับผิดชอบของรัฐบาลในทุกระดับในการกำหนดเส้นทางของตนเองในการบรรลุกรอบครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า ตามบริบทและลำดับความสำคัญของประเทศ และเน้นย้ำความสำคัญของความเป็นผู้นำทางการเมืองสำหรับการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า นอกเหนือจากภาคสุขภาพ เพื่อดำเนินการตามแนวทางทั้งรัฐบาลและทั้งสังคม รวมทั้งแนวทาง "สุขภาพในทุกนโยบาย" แนวทางที่อิงความเท่าเทียมกัน และแนวทางตลอดช่วงชีวิต
7. เรียกคืนมติสมัชชาอนามัยโลก 72.4 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2019 ชื่อ "การเตรียมการสำหรับการประชุมระดับสูงของสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า"
8. รับทราบว่าสุขภาพเป็นการลงทุนในทุนมนุษย์และการพัฒนาทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อการรับรู้ศักยภาพของมนุษย์อย่างเต็มที่ และมีส่วนสำคัญต่อการส่งเสริมและการปกป้องสิทธิมนุษยชนและศักดิ์ศรี รวมทั้งการเสริมอำนาจประชาชนทุกคน

9. รับทราบว่าการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าหมายความว่าทุกคนมีการเข้าถึง โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ ไปยังชุดบริการสุขภาพที่จำเป็นที่กำหนดโดยประเทศ ซึ่งเป็นบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ และดูแลแบบประคับประคอง และยาและวัคซีนที่จำเป็น ปลอดภัย ราคาไม่แพง มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพ ในขณะที่ให้มั่นใจว่าการใช้บริการเหล่านี้จะไม่ทำให้ผู้ใช้เผชิญกับความยากลำบากทางการเงิน โดยเน้นเป็นพิเศษที่คนยากจน เปราะบาง และชายขอบของประชากร
10. รับทราบความจำเป็นในระบบสุขภาพที่แข็งแรง ยืดหยุ่น ทำงานได้ มีการกำกับดูแลที่ดี ตอบสนอง รับผิดชอบ บูรณาการ อิงชุมชน เน้นผู้คนเป็นศูนย์กลาง และสามารถส่งมอบบริการที่มีคุณภาพ สนับสนุนโดยบุคลากรสุขภาพที่มีความสามารถ โครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่เพียงพอ กรอบกฎหมายและกฎระเบียบที่เอื้ออำนวย รวมทั้งเงินทุนที่เพียงพอและยั่งยืน
11. รับทราบความจำเป็นในการจัดการกับความไม่เท่าเทียมกันและความไม่เท่าเทียมกันด้านสุขภาพภายในและระหว่างประเทศผ่านความมุ่งมั่นทางการเมือง นโยบาย และความร่วมมือระหว่างประเทศ รวมถึงที่จัดการกับปัจจัยกำหนดด้านสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ ของสุขภาพ
12. รับทราบว่าการดำเนินการเพื่อบรรลุการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าภายในปี 2030 ยังไม่เพียงพอ และระดับความก้าวหน้าและการลงทุนจนถึงปัจจุบันไม่เพียงพอที่จะบรรลุเป้าหมาย 3.8 ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และโลกยังไม่ได้ทำตามสัญญาในการดำเนินการ ในทุกระดับ มาตรการเพื่อจัดการกับความต้องการด้านสุขภาพของทุกคน โดยสังเกตว่า:

(ก) อย่างน้อยครึ่งหนึ่งของประชากรโลกขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น มากกว่า 800 ล้านคนแบกรับภาระการใช้จ่ายที่รุนแรงอย่างน้อย 10 เปอร์เซ็นต์ของรายได้ครัวเรือนสำหรับการดูแลสุขภาพ และค่าใช้จ่ายจากกระเป๋าหลักดันเกือบ 100 ล้านคนเข้าสู่ความยากจนในแต่ละปี

(ข) ในอัตราปัจจุบัน ถึงหนึ่งในสามของประชากรโลกจะยังคงไม่ได้รับการบริการภายในปี 2030 และการเร่งที่สามารถวัดได้จำเป็นอย่างเร่งด่วนเพื่อบรรลุเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนภายในปี 2030

(ค) แม้จะมีผลประโยชน์ด้านสุขภาพที่สำคัญในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา รวมถึงอายุขัยที่เพิ่มขึ้น การลดอัตราการตายของมารดาและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และแคมเปญที่ประสบความสำเร็จต่อต้านโรคสำคัญ ความท้าทายยังคงอยู่เกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นใหม่และกลับมาอีก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความผิดปกติทางจิต และภาวะสุขภาพจิตอื่นๆ รวมทั้งความผิดปกติทางระบบประสาท โรคติดต่อ รวมถึง HIV/เอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย และการดื้อยาต้านจุลชีพ โดยสังเกตว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นกว่า 70 เปอร์เซ็นต์ของการเสียชีวิตทั้งหมดในกลุ่มอายุ 30-69 ปี

(ง) แม้จะมีความก้าวหน้าที่บรรลุในระดับโลก ระบบสุขภาพหลายระบบยังไม่พร้อมเพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการของประชากรที่มีอายุมากขึ้นอย่างรวดเร็ว

(จ) ราคาสูงของผลิตภัณฑ์สุขภาพบางอย่าง และการเข้าถึงผลิตภัณฑ์ดังกล่าวอย่างไม่เท่าเทียมกันภายในและระหว่างประเทศ รวมทั้งความยากลำบากทางการเงินที่เกี่ยวข้องกับราคาสูงของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยังคงขัดขวางความก้าวหน้าสู่การบรรลุการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า

13. รับทราบว่าการดูแลสุขภาพปฐมภูมินำผู้คนเข้าสู่การติดต่อครั้งแรกกับระบบสุขภาพ และเป็นวิธีการที่ครอบคลุมที่สุด มีประสิทธิภาพที่สุด และมีประสิทธิภาพมากที่สุดในการเสริมสร้างสุขภาพกายและจิตของประชาชน รวมทั้งความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม และการดูแลสุขภาพปฐมภูมิเป็นรากฐานสำคัญของระบบสุขภาพที่ยั่งยืนสำหรับการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้าและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ดังที่ประกาศในปฏิญญาอัลมา-อาตาและยืนยันในปฏิญญาอัสตานา
14. รับทราบความสำคัญพื้นฐานของความเท่าเทียมกัน ความยุติธรรมทางสังคม และกลไกการคุ้มครองทางสังคม รวมทั้งการกำจัดการเหลื่อมล้ำของการเลือกปฏิบัติและการตีตราในสถานที่ดูแลสุขภาพ เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างสากลและเท่าเทียมกันโดยไม่มี ความยากลำบากทางการเงินสำหรับทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้เปราะบางหรืออยู่ในสถานการณ์เปราะบาง
15. รับทราบผลที่ตามมาของผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์ของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ เหตุการณ์สภาพอากาศสุดขั้ว รวมทั้งปัจจัยกำหนดสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ของสุขภาพ เช่น อากาศบริสุทธิ์ น้ำดื่มสะอาด สุขาภิบาล อาหารที่ปลอดภัย เพียงพอ และมีโภชนาการ และที่พักที่ปลอดภัย ต่อสุขภาพ และโน้มน้าวเน้นย้ำความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพในความพยายามปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ เน้นว่าระบบสุขภาพที่ยืดหยุ่นและเน้นผู้คนเป็นศูนย์กลางเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อปกป้องสุขภาพของทุกคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้เปราะบางหรืออยู่ในสถานการณ์เปราะบาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อาศัยอยู่ในรัฐกำลังพัฒนาที่เป็นเกาะเล็กๆ

(เนื่องจากความยาวมากของเอกสาร มีเนื้อหาต่อไปที่ครอบคลุมข้อ 16-83 ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับความมุ่งมั่นและแผนปฏิบัติการเพื่อการครอบคลุมสุขภาพถ้วนหน้า)

การประชุมเต็มคณะครั้งที่ 14

10 ตุลาคม 2019

**สาธารณสุขมูลฐาน (PHC) คือรากฐานที่สำคัญของ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC) และ
เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) ในปี 2030**

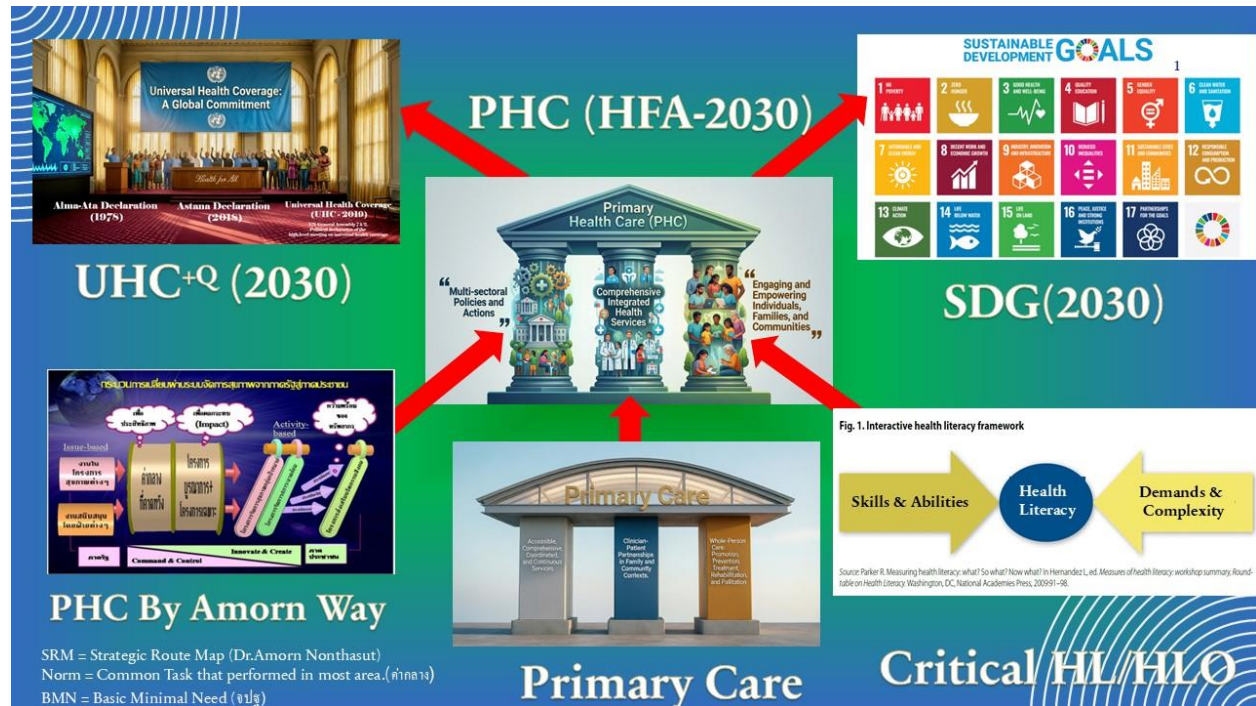
การแพทย์และการสาธารณสุข จุดหมายเดียวกัน แต่กลุ่มเป้าหมายต่างกัน

ตารางเปรียบเทียบนิยาม WHO

ประเด็น	การแพทย์ (Medicine)	การสาธารณสุข (Public Health)
นิยามตาม WHO	ศาสตร์และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ การป้องกัน บรรเทา หรือรักษาโรค (ตามบริบท Alma-Ata Declaration และแนวปฏิบัติมาตรฐาน) [britannica]	มาตรการที่จัดองค์กร (ทั้งภาครัฐและเอกชน) เพื่อป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และยืดอายุประชากรทั้งกลุ่ม โดยมุ่งสร้างสภาวะที่ประชาชนมีสุขภาพดี [capitalareaphn]
กลุ่มเป้าหมาย	บุคคลเดี่ยว (individual) [study]	ประชากรหรือชุมชน (population) study+1
จุดเน้นหลัก	วินิจฉัย รักษา และดูแลเฉพาะบุคคล (Individual Based)	ป้องกันโรค ส่งเสริมสุขภาพ และจัดการปัจจัยทางสังคมสิ่งแวดล้อม ในระดับประชากร (Population based)
ค่านิยมที่แตกต่าง	บุคลากรทางการแพทย์ยึดมั่นค่านิยมเน้นบริการส่วนบุคคล การวินิจฉัยรักษาเฉพาะเจาะจงทางการแพทย์ และจริยธรรมต่อผู้ป่วยแต่ละคน โดยสอดคล้องหลักการของ WHO ด้านสิทธิสุขภาพสูงสุดและบริการที่ปราศจาก discrimination.	นักการสาธารณสุขเน้นค่านิยมบริการสาธารณะ เน้นการส่งเสริมสุขภาพ (Promote) การป้องกัน (Prevent) และการปกป้อง (Protect) ที่ระดับประชากร ความยุติธรรมทางสังคม และการทำงานร่วมกันตามกรอบ competency ของ WHO เช่น การตัดสินใจจากหลักฐานและการสื่อสารเพื่อสุขภาพชุมชน.
ค่านิยมที่เหมือนกัน	ความสมบูรณ์แบบ (Perfect) อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) ความเคารพสิทธิ และการทำงานเพื่อมนุษยธรรม	
จุดหมายเดียวกัน	ประชาชนมีสุขภาพดี มีอายุเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) ที่ยืนยาว	

3 เสาหลักของการสาธารณสุขมูลฐาน

สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care หรือ PHC) ตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้คำนิยามไว้ คือ แนวทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนของสังคม มุ่งเป้าไปที่ระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสูงสุด โดยให้โอกาสที่เท่าเทียมกันสำหรับทุกคน ครอบคลุมการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดูแลแบบประคับประคอง ให้ใกล้ชิดกับชุมชน โดยประกอบด้วย 3 เสาหลักคือ



1. บริการสุขภาพที่ครอบคลุมและบูรณาการ (Comprehensive and Integrated health services) คือ **บริการปฐมภูมิ (Primary Care)** ซึ่งเป็น บริการสุขภาพพื้นฐานที่เป็นจุดติดต่อก่อน โดยให้การดูแลแบบบูรณาการที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล
2. นโยบายการให้นโยบายและการดำเนินการของทุกภาคส่วนเพื่อสุขภาพ (Multi-sectors policies and actions for Health) นายแพทย์อมร นนทสูต ผู้วางรากฐานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ตั้งแต่ พ.ศ. 2521 และเป็นผู้ก่อตั้ง อสม. และ ผสส.(ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข) ได้วางรากฐานการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน (PHC by amorn way) ดังนี้
 - 2.1. การจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map) และถ่ายทอดแผนไปสู่การปฏิบัติใน 1-2 ปี ด้วยแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์แบบปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model)

- 2.2. การจัดการค่ากลาง โดยเรียนรู้จากพื้นที่ประสบความสำเร็จ ว่าในประเด็นสุขภาพนั้นๆ ส่วนใหญ่ทำงาน (Task) อะไร งานที่ใครๆก็ทำ เรียกว่า ค่ากลาง (ที่ทำแล้วสำเร็จ) ทำให้พื้นที่อื่นๆที่มีบริบทที่ใกล้เคียงกัน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้เลย โดยไม่ต้องลองผิดลองถูก
- 2.3. แผนยุทธศาสตร์แบบบูรณาการในพื้นที่ โดยเปลี่ยนจากแผนที่เน้นประเด็นสุขภาพ (Issue-Base) จากหลายกรม หลายกระทรวง ที่ลงสู่พื้นที่ มาเป็นแผนที่เน้นกิจกรรม (Activity-Base) โดยบูรณาแผนทั้งหมดให้เหลือเพียง 2 โครงการใหญ่ ได้แก่ โครงการจัดการสุขภาพในแต่ละกลุ่มวัย และโครงการจัดการสิ่งแวดล้อม ทำให้สามารถ ประหยัทรัพยากร (งบประมาณ กำลังคน และเวลา)
3. การมีส่วนร่วมและเสริมพลังบุคคล ครอบครัวและชุมชน (Engaging and Empowering individuals families and communities) ด้วยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ จนถึงระดับ Critical Health Literacy คือ ครอบรู้ในสุขภาพของตนเองแล้ว ยังสามารถเคลื่อนไหวสังคมและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะ ในการสร้าง สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และจัดการปัจจัยสุขภาพทางสังคม (Social Health determinants)
- องค์การอนามัยโลก (WHO) และ องค์การสหประชาชาติ (UN) ได้ทำการศึกษาและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายว่า Primary Health Care (PHC) เป็นรากฐานที่สำคัญที่จะทำให้บรรลุ Universal Health Coverage (UHC) และ Sustainable Development Goals (SDGs) ที่เกี่ยวกับสุขภาพในปี 2030

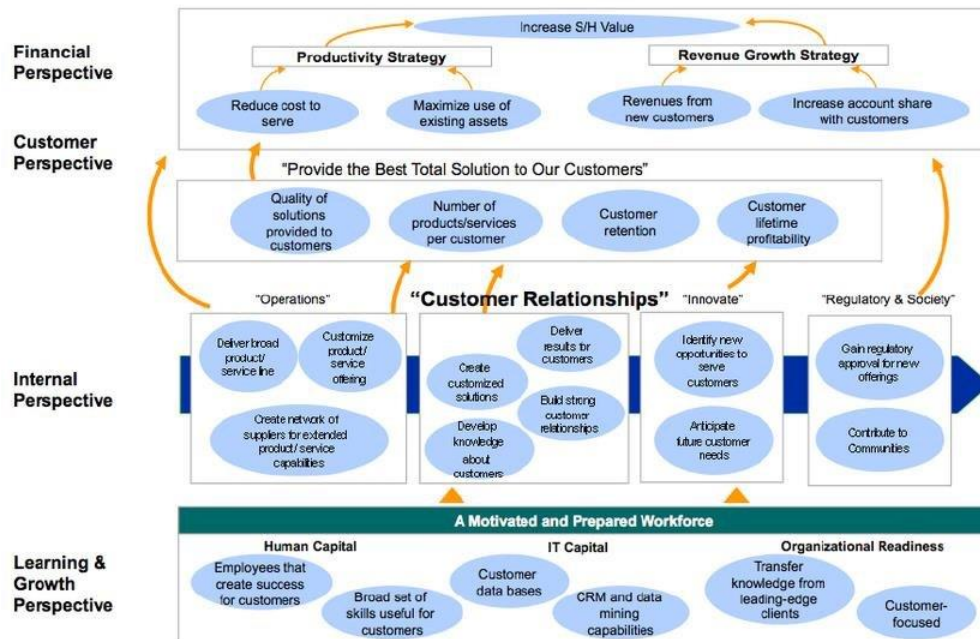
Strategic Map (Kaplan & Norton) และ Strategic Route Map(SRM) นายแพทย์อมร นนทสูต

Strategic Map & Balanced Scorecard ของ Kaplan & Norton

Strategic Map และ Balanced Scorecard (BSC) ได้รับการพัฒนาขึ้นในช่วงต้นทศวรรษ 2533 โดย Robert Kaplan และ David Norton และได้นำเสนอแนวคิดนี้อย่างเป็นทางการครั้งแรกในบทความของ Harvard Business Review เมื่อปี 2535

Strategic Map เป็นเครื่องมือที่ใช้นำเสนอเรื่องราวของกลยุทธ์องค์กรในรูปแบบแผนภาพที่เข้าใจง่ายเพียงหน้าเดียว โดยจะแสดงให้เห็นถึง ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (Cause-and-Effect Relationship) ระหว่างวัตถุประสงค์ (Objectives) ต่างๆ ภายใต้มุมมอง 4 ด้านของ Balanced Scorecard

รูปที่ 1 Strategic Map ของ Kaplan & Norton



บทบาทหลัก:

- **สื่อสารกลยุทธ์:** ช่วยให้ทุกคนในองค์กรเห็นภาพเดียวกันว่าองค์กรจะสร้างคุณค่าและบรรลุวิสัยทัศน์ได้อย่างไร
- **สร้างความเชื่อมโยง:** แสดงให้เห็นว่าวัตถุประสงค์ในแต่ละมุมมองส่งผลต่อกันอย่างไร เช่น การพัฒนาพนักงาน (Learning & Growth) จะนำไปสู่กระบวนการภายในที่ดีขึ้น (Internal Process) ซึ่งจะส่งผลให้ลูกค้าพึงพอใจ (Customer) และท้ายที่สุดจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการเงินที่ดีขึ้น (Financial)

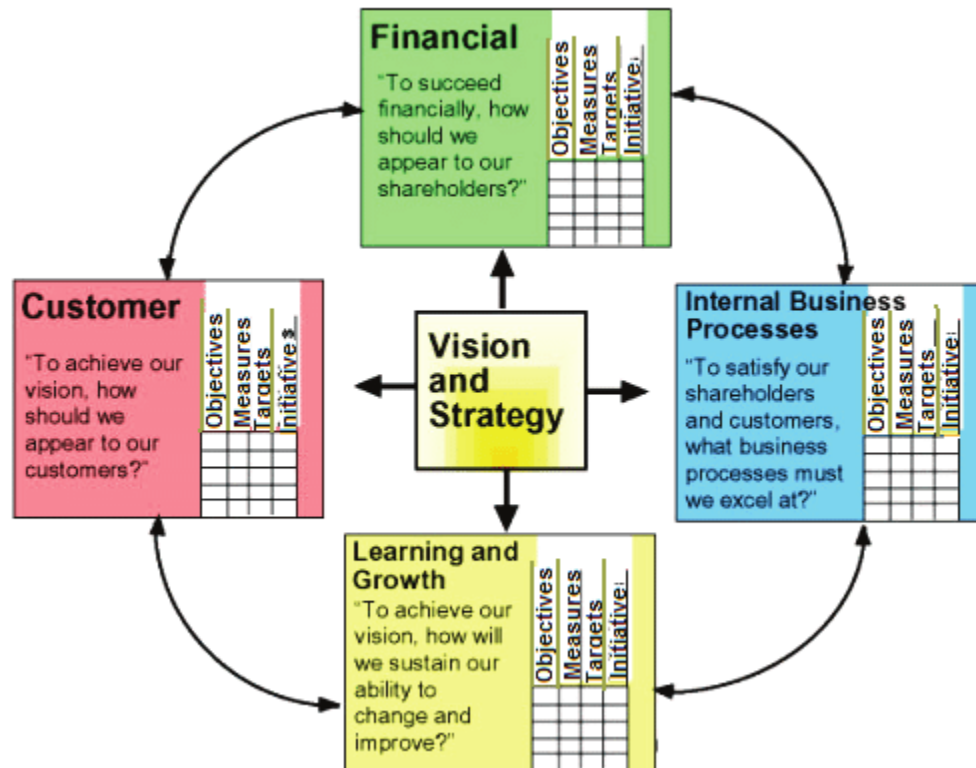
สิ่งที่อยู่ใน Strategic Map:

- **วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives):** เป้าหมายหลักที่องค์กรต้องการบรรลุในแต่ละมุมมอง เช่น "เพิ่มทักษะพนักงาน" หรือ "ปรับปรุงกระบวนการผลิต"
- **ลูกศรแสดงความสัมพันธ์:** เส้นที่โยงระหว่างวัตถุประสงค์เพื่อแสดงความสัมพันธ์เป็นเหตุเป็นผล

พูดง่าย ๆ ก็คือ Strategic Map จะตอบคำถามว่า "เราจะไปถึงเป้าหมายได้อย่างไร" ผ่านการเล่าเรื่องด้วยภาพ

ส่วน Balanced Scorecard ใช้ Strategic Map เป็นแกนหลักในการแปลงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ BSC จะเพิ่มรายละเอียดที่สามารถวัดผลและลงมือทำได้เข้าไปในแต่ละวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ใน Strategic Map

รูปที่ 2 Balance Scorecard ของ Kaplan & Norton



บทบาทหลัก:

- **แปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ:** แปลงวัตถุประสงค์ที่เป็นนามธรรมให้กลายเป็นสิ่งที่จับต้องและวัดผลได้
- **วัดผลการดำเนินงาน:** ติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ผ่านตัวชี้วัดต่างๆ

- **ขับเคลื่อนการดำเนินงาน:** กำหนดเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนเพื่อผลักดันให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์

สิ่งที่อยู่ใน Balanced Scorecard:

- **วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives):** นำมาจาก Strategic Map
- **ตัวชี้วัด (Key Performance Indicators - KPIs):** ตัวเลขที่ใช้วัดความสำเร็จของแต่ละวัตถุประสงค์ เช่น "เปอร์เซ็นต์ของพนักงานที่ผ่านการอบรม"
- **เป้าหมาย (Targets):** ค่าเป้าหมายของตัวชี้วัดที่ต้องการบรรลุ เช่น "พนักงาน 90% ผ่านการอบรมภายในสิ้นปี"
- **แผนงาน/โครงการริเริ่ม (Initiatives):** กิจกรรมหรือโครงการที่ต้องทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย เช่น "จัดโปรแกรมอบรมด้านดิจิทัล"

Balanced Scorecard จะตอบคำถามว่า "เราจะรู้ได้อย่างไรว่าเรากำลังเดินไปในทิศทางที่ถูกต้องและจะทำอะไรเพื่อให้ไปถึงจุดนั้น"

โดยสรุป Strategic Map คือรากฐานที่ให้ภาพใหญ่และความเข้าใจในเชิงตรรกะของกลยุทธ์ ในขณะที่ Balanced Scorecard คือเครื่องมือที่ลงรายละเอียดเพื่อทำให้กลยุทธ์นั้นเกิดขึ้นจริงและสามารถวัดผลได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งสองจึงเป็นสิ่งที่ขาดกันไม่ได้ในกระบวนการบริหารจัดการเชิงกลยุทธ์ของ Kaplan และ Norton

Strategic Route Map (SRM) ของ นายแพทย์อมร นนทสูต

นายแพทย์อมร นนทสูต ได้พัฒนา Strategic Route Map (SRM) ในปี 2548 ภายใต้แนวคิดการบริหารจัดการยุทธศาสตร์ ที่ต้องเชื่อมโยงมิติต่างๆเข้าหากัน จาก มิติพื้นฐาน → มิติกระบวนการ → มิติภาคีเครือข่าย → มิติประชาชน ซึ่งเป็นจุดหมายปลายทางของการสาธารณสุข คือ ประชาชนมีสุขภาพดี

กระบวนการในการจัดทำ SRM จะเน้นการมีส่วนร่วมของ Stakeholder ไม่ว่าจะเป็น ชุมชน/ท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนราชการอื่นๆที่เกี่ยวข้อง วางแผนยุทธศาสตร์ร่วมกัน ในทุกขั้นตอนของการคิดแผนยุทธศาสตร์โดยใช้แผนที่

ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM) การคิดเป็นขั้นเป็นตอน ดังนี้

1. กำหนดประเด็นที่จะทำแผนยุทธศาสตร์ เช่นเรื่อง การตั้งครม.ในวัยรุ่น
2. ให้ระบุผลลัพธ์หรือผลกระทบจากปัญหาที่ได้หยิบยกมาเป็นประเด็น และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ สถานการณ์ในมิติของ ประชาชน ภาคีเครือข่าย กระบวนการ และมิติด้านพื้นฐาน ดังรูปที่ 3

รูปที่ 3 ผลลัพธ์/ผลกระทบ และ สถานการณ์ของแต่ละมิติ

รูปที่ 4 จุดหมายปลายทางสูงสุด(Goal) และของแต่ละมิติ



3. จากนั้นเปลี่ยน ผลกระทบเป็นจุดหมายปลายทางสูงสุด (Goal) และสถานการณ์ทั้ง 4 มิติ ให้เป็นจุดหมายปลายทาง (Destination) ในแต่ละมิติ ดังรูปที่ 4
4. เปลี่ยนจากจุดหมายปลายทาง (Destination) ให้เป็น วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Objective) ในกรอบเวลา 3-5 ปี โดยใช้กล่องสี่เหลี่ยมแทนแต่ละวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ วางไว้ในตารางทำการดังรูปที่ 5 โดยการเขียน วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ให้เน้นเขียนเป็นรูปประโยค คือ มีประธาน กริยา กรรม เช่น ชุมชนมีมาตรการทางสังคม โดยแต่ละมิติสามารถมีหลายวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (ไม่ควรน้อยกว่า 3 วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์)
5. ได้ลงมาจากวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ คือกิจกรรม (Activity) ที่จะทำใหบรรลุวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ในส่วนของกิจกรรม (Activity) จะไม่เขียนเป็นรูปประโยค คือไม่มีประธาน แต่เป็นกริยาที่ใส่การนำหน้าเช่น การใช้มาตรการทางสังคม โดยให้กำหนดให้ครบทุกกล่อง
6. ในแต่ละกิจกรรม (Activity) จะมีงานต่างๆภายใต้กิจกรรมนั้น (Tasks) ซึ่งงานที่พื้นที่ส่วนใหญ่ทำก็คือ ค่ากลาง(Norm)

สรุป Situation → Destination → Strategic Objective → Activity → Tasks

รูปที่ 5 กระดาษทำการเพื่อกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์หรือกิจกรรมภายใต้วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์

SRM : ☐	
SLM : ☐	
Goal	
เป้าหมาย	
ภาคี/ผู้เกี่ยวข้อง	
กระบวนการ	
พื้นฐาน	

- ให้ตรวจสอบกิจกรรมใน SRM ว่าวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ใด หรือ กิจกรรมใดไม่สามารถบรรลุหรือริเริ่มได้ภายใน 1 ปี ให้ตัดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์หรือกิจกรรมนั้นออก เพื่อสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model หรือ SLM) กรอบเวลาดำเนินการ 1 ปี ดังรูปที่ 6

รูปที่ 6 แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model หรือ SLM)



หมายเหตุ

- ประโยชน์ของ Strategic Route Map (SRM 3-5 ปี) & Strategic Linkage Model (SLM 1ปี)
 - สื่อสารกลยุทธ์:** ช่วยให้ทุกคนในองค์กรเห็นภาพเดียวกันว่าองค์กรจะสร้างคุณค่าและบรรลุจุดปลายทางได้อย่างไร
 - สร้างความเชื่อมโยง:** แสดงให้เห็นว่าวัตถุประสงค์ในแต่ละมุมมองส่งผลต่อกันอย่างไร เช่น การพัฒนาบุคลากร (มิติพื้นฐาน) จะนำไปสู่กระบวนการภายในที่ดีขึ้น (มิติกระบวนการ) ซึ่งจะส่งผลภาคีเครือข่ายสนับสนุนและประสานงานอย่างเข้มแข็ง (มิติภาคี) และท้ายที่สุดจะนำไปสู่ผลลัพธ์คือประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (มิติประชาชน)

2. แต่ละกล่องใน SRM หรือ SLM คือ วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Objective) ซึ่งจะต้องมีกิจกรรม(Activity) ว่าทำอะไร (What to do?) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์นั้น
3. ในแต่ละกิจกรรม(Activity) จะประกอบด้วยงาน (Tasks) ต่างๆ โดยงานจะแบ่งได้เป็น
 - 3.1. งานที่ไม่ใช่ Key Success Factors ถ้าต้องการวัด Performance ว่าทำงานนี้ได้ดีเพียงไร ตัววัดนี้เรียกว่า Performance Indicator(PI)
 - 3.2. งานที่เป็น Key Success Factor ซึ่งเป็นงานที่เมื่อทำแล้วส่งผลกระทบเพิ่มเป็นลูกโซ่ ให้เกิดงานอื่นๆขึ้น หรือเสริมพลังกับงานอื่นๆให้เกิดผลลัพธ์แบบทวีคูณ (Synergistic effect) ถ้าต้องการวัด performance ของงานที่เป็น Key Success Factor จะไม่เรียก PI ธรรมดา แต่จะเรียกว่าตัวชี้วัดผลสำเร็จ หรือ Key Performance Indicator (KPI) และจะเรียกงานนี้ว่า งานที่ให้ KPI
4. ความหมาย KPI ของ นายแพทย์อมร นนทสุต นั้นเป็นการวัด Performance ของงานที่เป็น Key Success Factor ไม่ได้วัดผลลัพธ์หรือผลกระทบ (Outcome หรือ Impact) จึงแตกต่างจาก KPI ที่ส่วนราชการทั่วไปใช้ ซึ่งเป็นการวัด Outcome หรือ Impact ส่วนตัวชี้วัดที่วัด Result นั้นนายแพทย์อมร นนทสุต เรียกตัวชี้วัดผลลัพธ์ หรือ Key Result Indicator (KRI)
5. สรุปตัวชี้วัดในงานของ นายแพทย์อมร นนทสุต
 - 5.1. ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Key Result Indicator-KRI) แสดงผลลัพธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลง(เราได้อะไรไปบ้าง) ใช้สำหรับการประเมินผลหรือการรายงานให้กับผู้คุมนโยบายหรือผู้บริหารระดับสูง รวมถึงสังคมทั่วไปทราบ แต่ไม่สำหรับผู้มีหน้าที่บริหารจัดการ เพราะไม่สามารถปรับทิศทางของงานได้เนื่องจากงานเสร็จสิ้นไปแล้ว
 - 5.2. ตัวชี้วัดผลงาน (Performance Indicator-PI) แสดงปฏิบัติการที่นำไปสู่ผลลัพธ์(เราต้องทำอะไรบ้าง) ใช้โดยองค์กรระดับกลางและระดับปฏิบัติการเพื่อควบคุมการปฏิบัติงานในส่วนที่รับผิดชอบหรือการวางแผนการเงินและงบประมาณ รวมทั้งการประเมินหน่วยงาน
 - 5.3. ตัวชี้วัดผลสำเร็จ (Key Performance Indicator-KPI) มีลักษณะเป็นปัจจุบันหรืออนาคตเท่านั้น ใช้สำหรับการติดตามงาน และปรับทิศทางที่ต้องทำทันทีที่เกิดปัญหาต่องานที่เป็น “หัวใจของความสำเร็จ (Critical Success Factor :CSF)” นอกจากนี้ยังใช้สำหรับกำหนดและติดตามงานว่าจะทำอะไรในอาทิตย์หน้า หรือเดือนหน้า และต้องมีการติดตามดูความเคลื่อนไหวของตัวชี้วัดอย่างใกล้ชิด โดยผู้ปฏิบัติและผู้จัดการตามงานว่าจะทำอะไรบ้างในอาทิตย์หน้าหรือเดือนหน้า
6. ในแต่ละกิจกรรมจะมีงานต่างๆที่อยู่ในภายในกิจกรรมนั้น ถ้างานที่ใครๆก็ทำ จะยกฐานะงานนั้น เป็นค่ากลาง (Norm) (ในทางปฏิบัติถ้ามากกว่าร้อยละ 65 ของความถี่สูงสุดจะถือว่างานนั้นคือค่ากลาง)

7. กิจกรรมต่าง ๆ นั้นแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์นั้นถ้ามีมากเกินไป การจะไปหาค่ากลาง(norm)จะยุ่งยาก จึงเลือกกิจกรรมสำคัญเพื่อนำมาใช้ทำกิจกรรม เรียกกิจกรรมที่เลือกมาว่า “กรอบกิจกรรม” โดยกรอบกิจกรรม มี 7 กิจกรรมได้แก่
 - 7.1. การจัดการกลุ่มเป้าหมาย/สภาวะแวดล้อม
 - 7.2. การใช้มาตรการสังคม
 - 7.3. การปรับแผนท้องถิ่น/ตำบล
 - 7.4. การเฝ้าระวังคัดกรอง
 - 7.5. การสนับสนุน
 - 7.6. การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - 7.7. การใช้ SRM/ค่ากลาง

รูปที่ 7 กรอบกิจกรรม 7 กิจกรรม

ด้วยความหลากหลายของกิจกรรมการพัฒนาในระดับจังหวัดดังกล่าว ก็จะทำให้ระดับเหนือขึ้นไปไม่สามารถกำหนดทิศทางโดยรวมและวางระบบการสนับสนุนที่ดีได้

ด้วยเหตุนี้ เราจึงได้จัดการกำหนดกรอบกิจกรรมขึ้นสำหรับให้ใช้ได้ทั่วไป ทั้งนี้ โดยอาศัยประสบการณ์ที่มีอยู่ กรอบกิจกรรมดังกล่าวได้กำหนดขึ้นสำหรับบางวัตถุประสงค์ของยุทธศาสตร์เท่าที่



จำเป็นสำหรับบรรลุ
จุดหมายปลายทางเท่านั้น
กรอบกิจกรรมชุดแรก ได้
กำหนดขึ้นเมื่อพ.ศ. 2553
หลังจากได้ทดลองใช้มา
จนถึงพ.ศ.2555 ก็ได้มี
การทบทวนใหม่ ให้
สอดคล้องกับจุดอ่อน จุด
แข็งของการพัฒนาที่ค้นพบ
กรอบกิจกรรมชุดใหม่มี 7
เรื่องดังปรากฏในภาพซ้าย
(อ่าน FAQ 1/2555
เพิ่มเติม)

จัดทำแผนด้วยตาราง 11 ช่อง

ในขณะที่ Strategic Map มี Balanced Scorecard ในส่วน SLM ก็มีตาราง 11 ช่องเป็นแกนหลักในการแปลงกลยุทธ์ไปสู่การปฏิบัติ โดย ตาราง 11 ช่อง จะเพิ่มรายละเอียดที่สามารถวัดผลและลงมือทำได้เข้าไปในแต่ละวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ใน SLM โดยในตาราง 11 ช่องนั้นเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการนำแผนสู่การปฏิบัติ โดยในส่วนของเจ้าหน้าที่นั้นจะทำแผนใน 4 ช่องแรก (เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์, กลยุทธ์, กิจกรรม, มาตรการทางวิชาการ) ส่วนอีก 7 ช่องที่เหลือ (มาตรการทางสังคม, ตัวชี้วัดผลงาน, ปริมาณงาน, ตัวชี้วัดผลสำเร็จ, งบประมาณ, ระยะเวลา, ผู้รับผิดชอบ) ชุมชน/ท้องถิ่นจะเป็นจัดทำ

รูปที่ 8 ตาราง 11 ช่องเพื่อแปลง SLM ไปสู่การปฏิบัติ

คำอธิบาย ตารางนยามเป้าประสงค์ของแผนปฏิบัติการ (Mini SLM) เรื่อง ภายในปี 2554										
เป้าประสงค์ ของ ยุทธศาสตร์ (1)	กลยุทธ์ (2)	กิจกรรม (3)	มาตรการ(การกระทำหรือ งานที่ท่า)		ตัวชี้วัด ผลงาน (PI) (6)	ปริมาณ งาน (7)	ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ (KPI) (8)	งบ ประมาณ (9)	ระยะ เวลา ดำเนินการ (10)	ผู้รับผิดชอบ (11)
			วิชาการ (4)	สังคม (5)						
นำมาจาก เป้าประสงค์ ของ ยุทธศาสตร์ ใน Mini SLM ที่เลือกแล้ว	จากกล ยุทธ์ที่ พิจารณา ว่าสำคัญ ที่สุด แรก ที่สุด คาดว่าจะมี หัวใจความ สำคัญ เรื่องอยู่ ภายใต้ กลยุทธ์ นั้น ๆ และเป็น กลยุทธ์ที่ ต้องทำ ให้สำเร็จ ได้ ตาม เวลาที่ กำหนด	ระบุ กิจกรรม หลักที่ สำคัญ ซึ่ง จะต้อง สอดคล้อง กับกลยุทธ์ ที่เลือก (ต้องคิด ใหม่ใน ส่วนนี้)	การกระทำทาง วิชาการ กรณีที่เกิดกิจกรรม ไม่ออก แต่คิด งาน/กิจกรรมย่อย/ ขั้นตอนการทำงาน ออกมาได้ (เพราะ เป็นสิ่งที่คนเคย ของคนที่ทำงาน) ให้อาจารย์/ กิจกรรมย่อยนั้นไป เติมในช่องที่ 4 ก่อน แล้วจึงมาจัด กลุ่มของงานให้ เป็นกิจกรรม(ช่อง ที่ 3) ในภายหลังก็ ได้	- เป็น วิธีการที่ เกิดขึ้น ท้องถิ่น/ ชุมชน หรือ วิธีการที่ เกิดขึ้นมา ในเงื่อนไข ทาง สังคม สังคม ถ้ามีแล้ว จะเสริม พลังทาง วิชาการ ให้ เข้มแข็ง ยิ่งขึ้น หรือ ส่งผล ไปสู่การ ปฏิบัติ ได้มาก ขึ้น	ตัวชี้วัด ผลงาน = PI (Perfor mance Indicator) มีจำนวน เท่ากัน งาน/การ กระทำ/ กิจกรรม ย่อย ในช่องที่ 4 เป็นผลที่ เกิดขึ้น โดยตรง จากช่อง 4 ควรกำหนด เฉพาะที่ใช้ งบประมาณ คน หรือ วัสดุ/ อุปกรณ์ ก็ได้	ระบุจำนวน ของงาน/ กิจกรรม ย่อย ให้สอดคล้อง กับช่องที่ 4	ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ/ ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ = KPI (Key Perfor mance Indicator) โดยหนึ่ง เป้า ประสงค์ฯ มีหนึ่งหัวใจ มีหนึ่ง KPI	ระบุจำนวน งบประ มาณที่ คาดว่าจะ ต้องใช้ (ระบุแหล่ง งบประ มาณด้วย) ให้สอดคล้อง กับงาน/ กิจกรรม ย่อยใน ช่องที่ 4	ระบุ ระยะ เวลา การ ทำงาน ของ ช่อง ที่ 4 ในแต่ ละงาน/ กิจ กรรม ย่อย ของ ช่อง ที่ 4	ระบุชื่อ นาม สกุล ของ ผู้รับผิดชอบ ในแต่ ละงาน/ กิจ กรรม ย่อย ของ ช่อง ที่ 4

54

บทบาทหลัก:

- **แปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ:** แปลงวัตถุประสงค์ที่เป็นนามธรรมให้กลายเป็นสิ่งที่จับต้องและวัดผลได้ โดยเป็นการทำแผนร่วมกันระหว่าง เจ้าหน้าที่และชุมชน/ท้องถิ่น
- **ขับเคลื่อนการดำเนินงาน:** กำหนดเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนเพื่อผลักดันให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์
- **วัดผลการดำเนินงาน:** ติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ผ่านตัวชี้วัดต่างๆ

ตาราง 11 ช่อง จะตอบคำถามว่า "เราจะรู้ได้อย่างไรว่าเรากำลังเดินไปในทิศทางที่ถูกต้องและจะทำอะไรเพื่อให้ไปถึงจุดนั้น"

ความเหมือนและความต่างระหว่าง Strategic Map และ Strategic Route Map (SRM)

1. ความเหมือน
 - 1.1. เป็นเครื่องมือในการทำแผนกลยุทธ์ โดยมีการเชื่อมโยงเชิงตรรกะจากมิติหนึ่งไปสู่อีกมิติหนึ่งไปเรื่อย ๆ จนถึง มิติสุดท้ายที่เป็นจุดหมายปลายทางสุดท้าย
 - 1.2. เป็นตัวช่วยในการสื่อสารกลยุทธ์: ช่วยให้ทุกคนในองค์กรเห็นภาพเดียวกันว่าองค์กรจะสร้างคุณค่าและบรรลุจุดปลายทางได้อย่างไร
2. ความต่าง
 - 2.1. จุดหมายปลายทาง Strategic Map มิติสุดท้ายเป็นมิติทางการเงิน ส่วน SRM มิติสุดท้ายคือ ประชาชน และก่อนที่จะถึงมิติประชาชน จำเป็นต้องอาศัยการรวมพลังทุกภาคส่วนของสังคมมาร่วมกันขับเคลื่อน
 - 2.2. กระบวนการจัดทำ ใน SRM นำภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำ SRM ตั้งแต่การวางแผน ซึ่งจะสร้างความผูกพัน (Engagement) ต่อการนำแผนสู่การปฏิบัติได้มากกว่า

ความเหมือนและความต่างระหว่าง Balanced Scorecard (BSC) กับตาราง 11 ช่อง

1. ความเหมือนเป็นเครื่องมือในการ
 - 1.1. แปลงแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ
 - 1.2. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน: กำหนดเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนเพื่อผลักดันให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์
 - 1.3. วัดผลการดำเนินงาน: ติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ผ่านตัวชี้วัดต่างๆ
2. ความแตกต่าง
 - 2.1. ผู้จัดทำ BSC คือบุคลากรในองค์กร ไม่ได้เปิดโอกาสให้ Stakeholder อื่นมาร่วมจัดทำ
 - 2.2. ตาราง 11 ช่อง การจัดทำมาตรการต่างๆนั้น เปิดโอกาสให้ ชุมชน/ท้องถิ่น ซึ่งเป็น Stakeholder ที่สำคัญเข้ามามีส่วนร่วม โดยเจ้าหน้าที่จะจัดทำแผนใน 4 ช่องแรก ส่วนอีก 7 ช่องที่เหลือ ชุมชน/ท้องถิ่นจะเป็นผู้จัดทำแผน

การจัดทำแผนการสอน

Prompt เพื่อให้ Notebook LM จัดทำแผนการสอน

ออกแบบการสอนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้วย SRM จำนวนการสอน 3 ชั่วโมง โดย เป็นภาคทฤษฎี 30 นาที ทำ Workshop

1. หัวข้อหลักในการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 30 นาที
2. หัวข้อสำหรับการทำ Workshop ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมด้วย SRM ตั้งแต่การกำหนดประเด็นปัญหาจนถึงการสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และตาราง 11 ช่อง จำนวน 2 ชั่วโมง 30 นาที
3. ให้ออกแบบทดสอบเพื่อเป็นการบ้าน

แผนการสอน: การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้วย Strategic Route Map (SRM)

ระยะเวลา: 3 ชั่วโมง กลุ่มเป้าหมาย: เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1. หัวข้อหลักในการสอนภาคทฤษฎี (30 นาที)

• ภาพรวมของการวางแผนยุทธศาสตร์ในบริบทสาธารณสุข (5 นาที)

- ความสำคัญของการมีแผนยุทธศาสตร์ที่ชัดเจน

• แนะนำ Strategic Route Map (SRM) (10 นาที)

- แนวคิดและการพัฒนา: SRM พัฒนาโดย นายแพทย์อมร นนทสูต ในปี พ.ศ. 2548

◦ วัตถุประสงค์หลัก: นำเสนอเรื่องราวของกลยุทธ์ในรูปแบบแผนภาพที่เข้าใจง่าย และเน้นการเชื่อมโยงมิติต่างๆ เข้าหากัน

◦ มิติสำคัญ 4 ด้าน: มิติพื้นฐาน → มิติกระบวนการ → มิติภาคีเครือข่าย → มิติประชาชน (ซึ่งเป็นจุดหมายปลายทางของการสาธารณสุขคือ ประชาชนมีสุขภาพดี)

◦ บทบาทหลัก: สื่อสารกลยุทธ์เพื่อให้ทุกคนเห็นภาพเดียวกัน และสร้างความเชื่อมโยงเชิงเหตุและผลระหว่างวัตถุประสงค์ต่างๆ

- ความแตกต่างจาก Strategic Map ของ Kaplan & Norton:

- จุดหมายปลายทางสุดท้าย: SRM มีมิติสุดท้ายคือ "ประชาชน" ในขณะที่ Strategic Map เน้นมิติทางการเงิน

- กระบวนการจัดทำ: SRM เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Stakeholder) ตั้งแต่เริ่มต้น ซึ่งสร้างความผูกพันต่อการนำแผนสู่การปฏิบัติมากกว่า

• แนะนำ Strategic Linkage Model (SLM) (5 นาที)

◦ บทบาท: เป็นแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์แบบปฏิบัติการ ซึ่งมีกรอบเวลาดำเนินการ 1 ปี โดยคัดเลือกวัตถุประสงค์หรือกิจกรรมที่สามารถบรรลุหรือริเริ่มได้ภายใน 1 ปีจาก SRM

• แนะนำตาราง 11 ช่อง (10 นาที)

- บทบาทหลัก: ใช้เป็นแกนหลักในการแปลงกลยุทธ์จาก SLM ไปสู่การปฏิบัติ

- หน้าที่: เพิ่มรายละเอียดที่สามารถวัดผลและลงมือทำได้ในแต่ละวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ใน SLM

◦ **การมีส่วนร่วม:** เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการนำแผนสู่การปฏิบัติ โดยเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ 4 ช่องแรก (เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์, กลยุทธ์, กิจกรรม, มาตรการทางวิชาการ) และชุมชน/ท้องถิ่นรับผิดชอบ 7 ช่องที่เหลือ

◦ **ความแตกต่างจาก Balanced Scorecard (BSC) ของ Kaplan & Norton:** ผู้จัดทำ BSC คือบุคลากรภายในองค์กรเท่านั้น ไม่ได้เปิดโอกาสให้ Stakeholder อื่นเข้าร่วมจัดทำเหมือนตาราง 11 ช่อง

◦ **ประเภทตัวชี้วัด (สรุปย่อ):**

▪ **Key Result Indicator (KRI):** ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลง (ใช้สำหรับการประเมินผล/รายงานต่อผู้คุมนโยบาย)

▪ **Performance Indicator (PI):** ตัวชี้วัดปฏิบัติการที่นำไปสู่ผลลัพธ์ (ใช้โดยองค์กรระดับกลางและปฏิบัติการเพื่อควบคุมการปฏิบัติงาน)

▪ **Key Performance Indicator (KPI):** ตัวชี้วัดผลสำเร็จ (มีลักษณะเป็นปัจจุบันหรืออนาคต) ใช้สำหรับติดตามและปรับทิศทางการที่เป็น "หัวใจของความสำเร็จ (Critical Success Factor)"

2. หัวข้อสำหรับการทำ Workshop ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์แบบมีส่วนร่วมด้วย SRM (2 ชั่วโมง 30 นาที)

(เน้นการแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมและ facilitator คอยแนะนำ)

• **กิจกรรมที่ 1: กำหนดประเด็นและวิเคราะห์สถานการณ์ (30 นาที)**

◦ **เลือกประเด็นปัญหา:** ให้แต่ละกลุ่มเลือกประเด็นด้านสาธารณสุขที่ต้องการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ (เช่น การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตามตัวอย่างในเอกสาร)

◦ **ระบุผลลัพธ์/ผลกระทบและสถานการณ์:** ระบุผลลัพธ์หรือผลกระทบจากปัญหา และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบันให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (ประชาชน, ภาวศึเคื้อช่าย, กระบวนการ, พื้นฐาน) (เทียบเท่า "Situation" ใน SRM)

◦ **Outputs:** รายการผลลัพธ์/ผลกระทบ และสถานการณ์ปัจจุบันในแต่ละมิติ

• **กิจกรรมที่ 2: กำหนดเป้าหมายและจุดหมายปลายทาง (30 นาที)**

◦ **แปลงผลกระทบเป็นจุดหมายปลายทางสูงสุด (Goal):** เปลี่ยนผลกระทบที่ระบุไว้ให้เป็นเป้าหมายสูงสุด(Goal)

◦ **แปลงสถานการณ์เป็นจุดหมายปลายทาง (Destination) แต่ละมิติ:** เปลี่ยนสถานการณ์ปัจจุบันในแต่ละมิติให้เป็นสภาพที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคต (เทียบเท่า "Destination" ใน SRM)

- Outputs: จุดหมายปลายทางสูงสุด (Goal) และจุดหมายปลายทาง (Destination) ของแต่ละมิติ

- กิจกรรมที่ 3: กำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกิจกรรม (SRM) (50 นาที)

- กำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Objective): แปลงจุดหมายปลายทาง (Destination) ให้เป็นวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ในกรอบเวลา 3-5 ปี โดยเน้นเขียนเป็นรูปประโยค (มีประธาน, กริยา, กรรม) และแต่ละมิติควรมีอย่างน้อย 3 วัตถุประสงค์

- กำหนดกิจกรรม (Activity): ภายใต้วัดประสงค์เชิงยุทธศาสตร์แต่ละข้อ ให้กำหนดกิจกรรมที่จะต้องทำ โดยเขียนเป็นคำกริยาที่นำหน้าด้วยคำว่า "การ" (เช่น การใช้มาตรการทางสังคม)

- Outputs: ผัง SRM (คล้ายรูปที่ 5 ในเอกสาร) แสดงวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกิจกรรมในแต่ละมิติ

- กิจกรรมที่ 4: สร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (SLM) (30 นาที)

- ทบทวนและคัดกรอง: ตรวจสอบวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกิจกรรมใน SRM ว่าข้อใดสามารถบรรลุใน 1 ปี

- สร้าง SLM: ตัดวัตถุประสงค์หรือกิจกรรมที่ไม่สามารถทำได้ภายใน 1 ปีออก เพื่อให้ได้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (SLM) ซึ่งเป็นแผน 1 ปี

- Outputs: ผัง SLM (คล้ายรูปที่ 6 ในเอกสาร)

- กิจกรรมที่ 5: จัดทำแผนปฏิบัติการด้วยตาราง 11 ช่อง (40 นาที)

- อธิบายโครงสร้างตาราง 11 ช่อง: ทบทวนบทบาท เจ้าหน้าที่. (4 ช่องแรก) และชุมชน/ท้องถิ่น (7 ช่องที่เหลือ)

- ฝึกปฏิบัติ (บทบาทเจ้าหน้าที่): เลือกวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์จาก SLM และกรอกข้อมูลใน 4 ช่องแรก (เป้าประสงค์ของยุทธศาสตร์, กลยุทธ์, กิจกรรม, มาตรการทางวิชาการ)

- ฝึกปฏิบัติ (บทบาทชุมชน/ท้องถิ่น - จำลอง): ร่วมกันพิจารณาและกรอกข้อมูลใน 7 ช่องที่เหลือ (มาตรการทางสังคม, ตัวชี้วัดผลงาน (PI), ปริมาณงาน, ตัวชี้วัดผลสำเร็จ (KPI), งบประมาณ, ระยะเวลา, ผู้รับผิดชอบ) โดยเน้นทำความเข้าใจการกำหนด KPI ที่วัดผลงานที่เป็น Key Success Factor

- Outputs: ตาราง 11 ช่องที่ถูกร่างเติมเต็ม (คล้ายรูปที่ 8 ในเอกสาร)

- สรุปและถาม-ตอบ (10 นาที)

- ทบทวนกระบวนการทั้งหมดและเน้นย้ำประโยชน์ของการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

3. ออกแบบทดสอบเพื่อเป็นการบ้าน

คำชี้แจง: โปรดตอบคำถามต่อไปนี้โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจจากเนื้อหาการบรรยายและ Workshop

ส่วนที่ 1: ความเข้าใจแนวคิด (10 คะแนน)

1. **ความเหมือนและความต่าง:** อธิบายความเหมือนและความแตกต่างที่สำคัญระหว่าง Strategic Map (ของ Kaplan & Norton) และ Strategic Route Map (SRM) ของนายแพทย์อมร นนทสุต อย่างน้อย 2 ประเด็น (4 คะแนน)
2. **ตัวชี้วัด:** จงอธิบายความหมายและวัตถุประสงค์ของตัวชี้วัด 3 ประเภทตามแนวคิดของนายแพทย์อมร นนทสุต: Key Result Indicator (KRI), Performance Indicator (PI), และ Key Performance Indicator (KPI) (3 คะแนน)
3. **มิติของ SRM:** ระบุและอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของมิติทั้ง 4 ใน Strategic Route Map (SRM) พร้อมยกตัวอย่างสั้นๆ (3 คะแนน)

ส่วนที่ 2: การประยุกต์ใช้ (10 คะแนน)

สถานการณ์จำลอง: "ในพื้นที่ของท่านกำลังเผชิญกับปัญหาการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม เกินความจำเป็นของประชาชนในชุมชน ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของอัตราการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)"

1. **กำหนดเป้าหมายและจุดหมายปลายทาง:** จากสถานการณ์ข้างต้น จงกำหนด "จุดหมายปลายทางสูงสุด (Goal)" และ "จุดหมายปลายทาง (Destination)" ในแต่ละมิติ (ประชาชน, ภาควิชาการ, กระบวนการ, พื้นฐาน) ของ SRM ที่ท่านต้องการให้เกิดขึ้น (4 คะแนน)
2. **วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกิจกรรม:** เลือกมา 1 มิติ (จากข้อ 1) และกำหนดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์อย่างน้อย 2 ข้อ พร้อมระบุกิจกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างน้อยมิติละ 2 กิจกรรม (3 คะแนน)
3. **การแปลงสู่การปฏิบัติ (ตาราง 11 ช่อง):** จากวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และกิจกรรมที่ท่านเลือกในข้อ 2 ให้ยกตัวอย่างการกำหนด **มาตรการทางวิชาการ** (บทบาทเจ้าหน้าที่) และ **มาตรการทางสังคม** (บทบาทชุมชน) พร้อมกำหนด **ตัวชี้วัดผลงาน (PI)** และ **ตัวชี้วัดผลสำเร็จ (KPI)** (ตามแนวคิดของนายแพทย์อมร นนทสุต) อย่างละ 1 ตัวชี้วัดสำหรับกิจกรรมหนึ่งกิจกรรมที่ท่านเลือก (3 คะแนน)



Strategic Map & Balance Scorecard(BSC)



Strategic Route Map (SRM) & ตาราง 11 ช่อง



Strategic Map & Balance Scorecard(BSC)

ตีพิมพ์ Harvard Business Review 1992

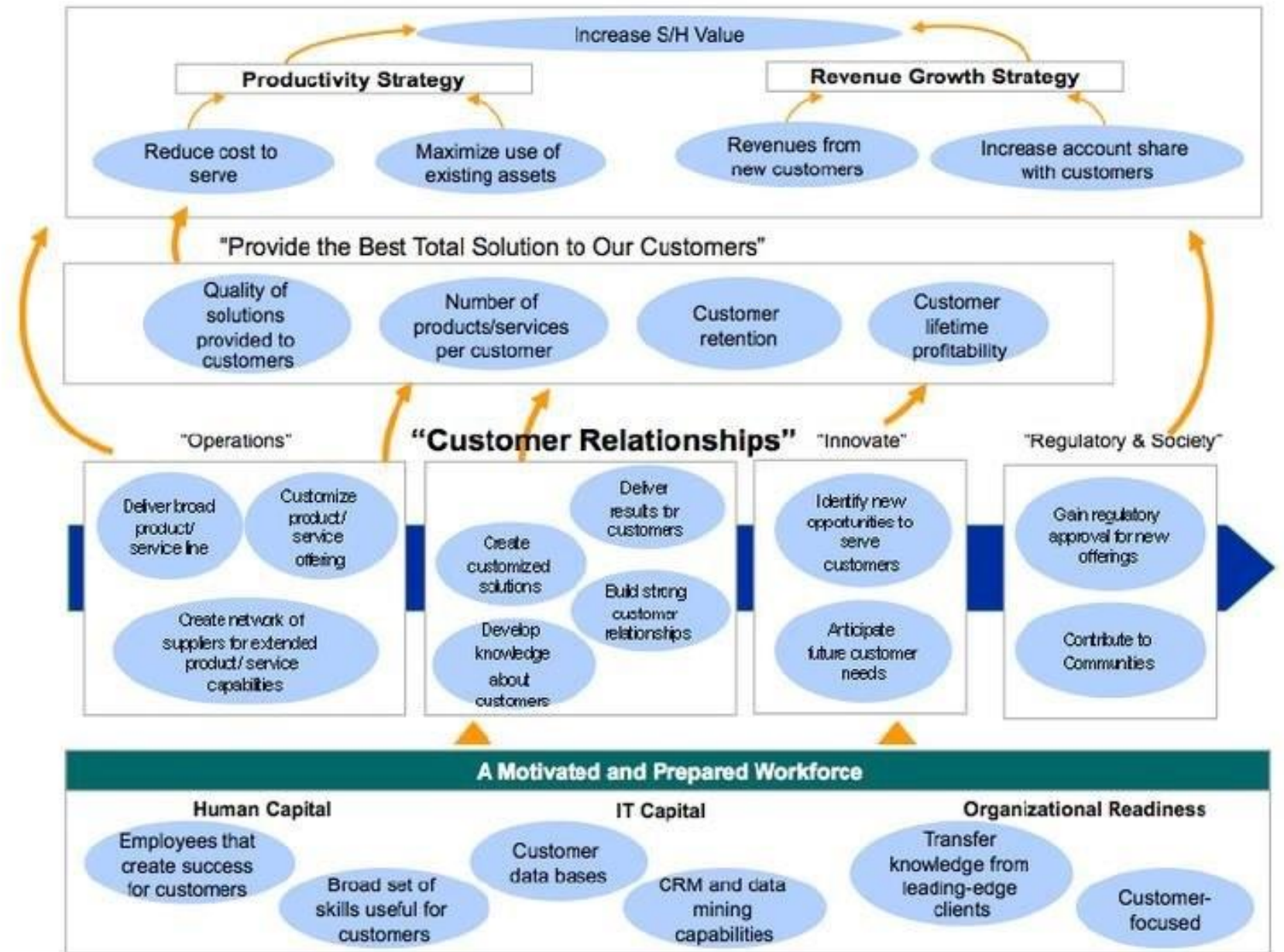
Strategic Map

Financial Perspective

Customer Perspective

Internal Perspective

Learning & Growth Perspective

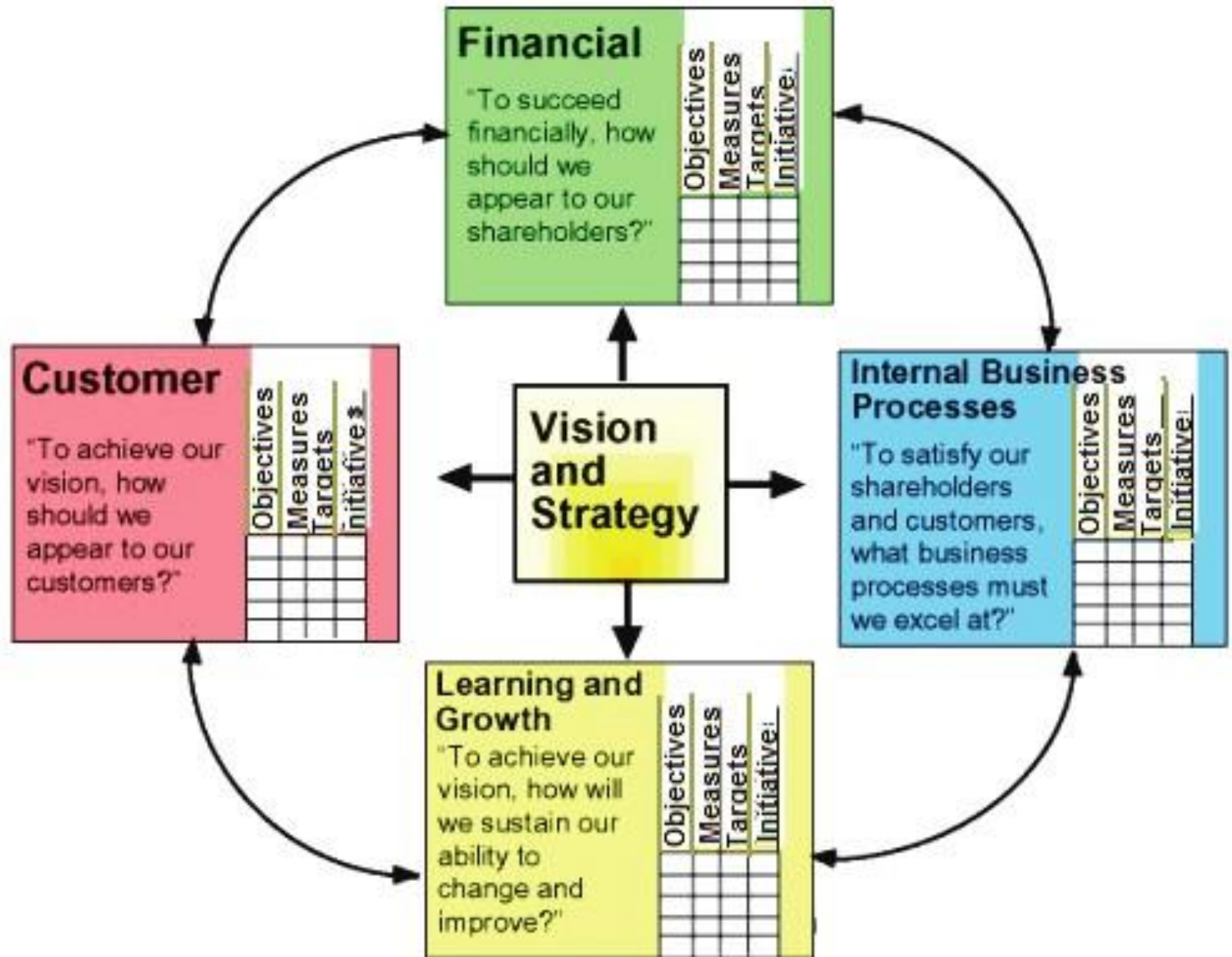


บทบาทหลัก : **STRATEGIC MAP**

- **สื่อสารกลยุทธ์:** ช่วยให้ทุกคนในองค์กรเห็นภาพเดียวกันว่า องค์กรจะสร้างคุณค่าและบรรลุวิสัยทัศน์ได้อย่างไร
- **สร้างความเชื่อมโยง:** แสดงให้เห็นว่าวัตถุประสงค์ในแต่ละมุมมองส่งผลต่อกันอย่างไร เช่น การพัฒนาพนักงาน (Learning & Growth) จะนำไปสู่กระบวนการภายในที่ดีขึ้น (Internal Process) ซึ่งจะส่งผลให้ลูกค้าพึงพอใจ (Customer) และท้ายที่สุดจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางการเงินที่ดีขึ้น (Financial)

Strategic
Map

Balanced Scorecard (BSC)



Balanced Scorecard (BSC)

บทบาทหลัก - **BSC** :

- **แปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ:** แปลงวัตถุประสงค์ที่เป็นนามธรรมให้กลายเป็นสิ่งที่จับต้องและวัดผลได้
- **วัดผลการดำเนินงาน:** ติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ผ่านตัวชี้วัดต่างๆ
- **ขับเคลื่อนการดำเนินงาน:** กำหนดเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนเพื่อผลักดันให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์



Strategic Route Map (SRM)
& ตาราง 11 ช่อง
พัฒนา พ.ศ.2548

Strategic Route Map (SRM)



บทบาทหลัก : SRM

- **การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน:** โดยนำเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชุมชน ท้องถิ่น และ Stakeholder อื่น ๆ เข้ามาร่วมวางแผนตั้งแต่ต้น
- **สื่อสารกลยุทธ์:** ช่วยให้ทุกคนเห็นภาพเดียวกันว่าชุมชนจะสร้างคุณค่าและบรรลุวิสัยทัศน์ได้อย่างไร
- **สร้างความเชื่อมโยง:** แสดงให้เห็นว่าวัตถุประสงค์ในแต่ละมุมมอง ส่งผลต่อกันอย่างไร เช่น การพัฒนาบุคลากร (พื้นฐาน) จะนำไปสู่ กระบวนการภายในที่ดีขึ้น (Process) ซึ่งจะส่งผลให้ภาคีเข้มแข็ง (ภาคี) และท้ายที่สุดจะนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น (ประชาชน)

SRM Role



Form
การจัดทำ SRM
อย่างมีส่วนร่วม

SRM : ☐

SLM : ☐

Goal

ประชาชน	
ภาคีเครือข่าย	
กระบวนการ	
พื้นฐาน	



การจัดทำ SRM อย่างมีส่วนร่วม

- 11
1. กำหนดประเด็นที่จะทำแผนยุทธศาสตร์ เช่นเรื่อง การตั้งครรภในวัยรุ่น
 2. ให้ระบุผลลัพธ์หรือผลกระทบจากปัญหาที่ได้หยิบยกมาเป็นประเด็น และสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ สถานการณ์ในมิติของประชาชน ภาคิเครือข่าย กระบวนการ และมิติด้านพื้นฐาน ดังรูปที่ 3
 3. จากนั้นเปลี่ยน ผลกระทบเป็นจุดหมายปลายทางสูงสุด (Goal) และสถานการณ์ทั้ง 4 มิติ ให้เป็นจุดหมายปลายทาง(Destination) ในแต่ละมิติ ดังรูปที่ 4

รูปที่ 3 ผลลัพธ์/ผลกระทบ และ สถานการณ์ของแต่ละมิติ

ผลลัพธ์/ผลกระทบ	
สถานการณ์ด้านประชาชน	สถานการณ์ด้านภาคิเครือข่าย
สถานการณ์ด้านกระบวนการ	สถานการณ์ด้านพื้นฐาน

รูปที่ 4 จุดหมายปลายทางสูงสุด(Goal) และของของแต่ละมิติ

จุดหมายปลายทาง (Goal)	
จุดหมายปลายทางด้านประชาชน	จุดหมายปลายทางด้านภาคิเครือข่าย
จุดหมายปลายทางด้านกระบวนการ	จุดหมายปลายทางด้านพื้นฐาน

การจัดทำ SRM อย่างมีส่วนร่วม

4. เปลี่ยนจากจุดหมายปลายทาง (Destination) ให้เป็น วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Objective) ในกรอบเวลา 3-5 ปี โดยใช้กล่องสี่เหลี่ยม¹² แทนแต่ละวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ วางไว้ในตารางทำการดังรูปที่ 5 โดยการเขียนวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ให้เน้นเขียนเป็นรูปประโยค คือ มีประธาน กริยา กรรม เช่น ชุมชนมีมาตรการทางสังคม โดยแต่ละมิติสามารถมีหลายวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (ไม่ควรน้อยกว่า 3 วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์)
5. ไต่ลงมาจากวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ คือกิจกรรม (Activity) ที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ ในส่วนของกิจกรรม (Activity) จะไม่เขียนเป็นรูปประโยค คือไม่มีประธาน แต่เป็นกริยาที่ใส่การนำหน้าเช่น การใช้มาตรการทางสังคม โดยให้กำหนดให้ครบทุกกล่อง
6. ในแต่ละกิจกรรม (Activity) จะมีงานต่างๆภายใต้กิจกรรมนั้น (Tasks) ซึ่งงานที่พื้นที่ส่วนใหญ่ทำก็คือ ค่ากลาง(Norm)

สรุป Situation → Destination → Strategic Objective → Activity → Tasks

การจัดทำ SLM อย่างมีส่วนร่วม

- ให้ตรวจสอบกิจกรรมใน SRM ว่าวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ใด หรือ กิจกรรมใดไม่
สามารถบรรลุหรือริเริ่มได้ภายใน 1 ปี ให้ตัดวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์หรือกิจกรรมนั้น
ออก เพื่อสร้างแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ฉบับปฏิบัติการ (Strategic Linkage Model หรือ
SLM) กรอบเวลาดำเนินการ 1 ปี ดังรูปที่ 6



หมายเหตุ

1. แต่ละกล่องใน SRM หรือ SLM คือ **วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Objective)** ซึ่งจะต้องมี **กิจกรรม(Activity)** ว่าจะทำอะไร (What to do?) เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์นั้น
2. ในแต่ละกิจกรรม(Activity) จะประกอบด้วย **งาน (Tasks)** ต่างๆ โดยงานจะแบ่งได้เป็น
 1. **งานที่ไม่ใช่ Key Success Factors** ถ้าต้องการวัด Performance ว่าทำงานนี้ได้ดีเพียงไร ตัววัดนี้เรียกว่า Performance Indicator(PI)
 2. **งานที่เป็น Key Success Factor** ซึ่งเป็นงานที่เมื่อทำแล้วส่งผลกระทบเพิ่มเป็นลูกโซ่ ให้เกิดงานอื่นๆ ขึ้น หรือเสริมพลังกับงานอื่นๆ ให้เกิดผลลัพธ์แบบทวีคูณ (Synergistic effect) ถ้าต้องการวัด performance ของงานที่เป็น Key Success Factor จะไม่เรียก PI ธรรมดา แต่จะเรียกว่าตัวชี้วัดผลสำเร็จ หรือ Key Performance Indicator (KPI) และจะเรียกงานนี้ว่า งานที่ให้ KPI
3. ความหมาย KPI ของ นายแพทย์อมร นนทสูต นั้นเป็นการวัด Performance ของงานที่เป็น Key Success Factor ไม่ได้วัดผลลัพธ์หรือผลกระทบ (Outcome หรือ Impact) จึงแตกต่างจาก KPI ที่ส่วนราชการทั่วไปใช้ ซึ่งเป็นการวัด Outcome หรือ Impact ส่วนตัวชี้วัดที่วัด Result นั้นนายแพทย์อมร นนทสูต เรียกตัวชี้วัดผลลัพธ์ หรือ Key Result Indicator (KRI)

Remark

หมายเหตุ

3. ในแต่ละกิจกรรมจะมีงานต่าง ๆ ที่อยู่ในภายในกิจกรรมนั้น ถ้างานที่ใครๆก็ทำ จะยกฐานะงานนั้น เป็น **ค่ากลาง (Norm)** (ในทางปฏิบัติถ้ามากกว่าร้อยละ 65 ของความถี่สูงสุดจะถือว่างานนั้นคือค่ากลาง)
4. ความหมาย KPI ของ นายแพทย์อมร นนทสูต นั้นเป็นการวัด Performance ของงานที่เป็น Key Success Factor ไม่ได้วัดผลลัพธ์หรือผลกระทบ (Outcome หรือ Impact) จึงแตกต่างจาก KPI ที่ส่วนราชการทั่วไปใช้ ซึ่งเป็นการวัด Outcome หรือ Impact ส่วนตัวชี้วัดที่วัด Result นั้นนายแพทย์อมร นนทสูต เรียกตัวชี้วัดผลลัพธ์ หรือ Key Result Indicator (KRI)

Remark

สรุปตัวชี้วัดในงานของ นายแพทย์อมร นนสุต ¹⁶

- **ตัวชี้วัดผลลัพธ์ (Key Result Indicator-KRI)** แสดงผลลัพธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลง(เราได้ทำอะไรไปแล้วบ้าง) ใช้สำหรับการประเมินผลหรือการรายงานให้กับผู้คุมนโยบายหรือผู้บริหารระดับสูง รวมถึงสังคมทั่วไปทราบ แต่ไม่สำหรับผู้มีหน้าที่บริหารจัดการ เพราะไม่สามารถปรับทิศทางของงานได้เนื่องจากงานเสร็จสิ้นไปแล้ว
- **ตัวชี้วัดผลงาน (Performance Indicator-PI)** แสดงปฏิบัติการที่นำไปสู่ผลลัพธ์(เราต้องทำอะไรบ้าง) ใช้โดยองค์กรระดับกลางและระดับปฏิบัติการเพื่อควบคุมการปฏิบัติงานในส่วนที่รับผิดชอบหรือการวางแผนการเงินและงบประมาณ รวมทั้งการประเมินหน่วยงาน
- **ตัวชี้วัดผลสำเร็จ (Key Performance Indicator-KPI)** มีลักษณะเป็นปัจจุบันหรืออนาคตเท่านั้น ใช้สำหรับการติดตามงาน และปรับทิศทางที่ต้องทำทันทีที่เกิดปัญหาต่องานที่เป็น “หัวใจของความสำเร็จ (Critical Success Factor :CSF)” นอกจากนี้ยังใช้สำหรับกำหนดและติดตามงานว่าจะทำอะไรในอาทิตย์หน้า หรือเดือนหน้า และต้องมีการติดตามดูความเคลื่อนไหวของตัวชี้วัดอย่างใกล้ชิด โดยผู้ปฏิบัติและผู้จัดการตามงานว่าจะทำอะไรบ้างในอาทิตย์หน้าหรือเดือนหน้า

Remark

ตาราง 11 ช่อง

คำอธิบาย ตารางนิยามเป้าประสงค์ของแผนปฏิบัติการ (Mini SLM) เรื่อง ภายในปี 2554

เป้าประสงค์ ของ ยุทธศาสตร์ (1)	กลยุทธ์ (2)	กิจกรรม (3)	มาตรการ(การกระทำหรือ งานที่ทำ)		ตัวชี้วัด ผลงาน (PI) (6)	ปริมาณ งาน (7)	ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ (KPI) (8)	งบ ประมาณ (9)	ระยะ เวลา ดำเนินการ (10)	ผู้รับ ผิด ชอบ (11)
			วิชาการ (4)	สังคม (5)						
นำมาจาก เป้าประสงค์ ของ ยุทธศาสตร์ ใน Mini SLM ที่เลือกแล้ว	จากกล ยุทธ์ที่ พิจารณา ว่าสำคัญ ที่สุด แร่ง ที่สุด คาดว่าจะมี หัวใจความ สำ เร็จอยู่ ภายใต้ กลยุทธ์ นั้น ๆ และเป็น กลยุทธ์ที่ ต้องทำ ให้สำเร็จ ได้ ตาม เวลาที่ กำหนด	ระบบ กิจกรรม หลักที่ สำคัญ ซึ่ง จะต้อง สอดคล้อง กับกลยุทธ์ ที่เลือก (ต้องคิด ใหม่ใน ส่วนนี้)	การกระทำทาง วิชาการ กรณีที่เกิดกิจกรรม ไม่ออก แต่คิด งาน/กิจกรรมย่อย/ ขั้นตอนการทำงาน ออกมาได้ (เพราะ เป็นสิ่งที่ค้นเคย ของคนทำงาน) ให้เอางาน/ กิจกรรมย่อยนั้นไป เติมในช่องที่ 4 ก่อน แล้วจึงมาจัด กลุ่มของงานให้ เป็นกิจกรรม(ช่อง ที่ 3) ในภายหลังก็ ได้	- เป็น วิธีการที่ เกิดขึ้น ท้องถิ่น/ ชุมชน หรือ วิธีการที่ คิดขึ้นมา ในเงื่อนไข ทาง สังคม ถ้ามีแล้ว จะเสริม พลังทาง วิชา การ ให้ เข้มแข็ง ยิ่งขึ้น หรือ ส่งผล ไปสู่การ ปฏิบัติ ได้มาก ขึ้น	ตัวชี้วัด ผลงาน = PI (Perfor mance Indicator) มีจำนวน เท่ากับ งาน/การ กระทำ/ กิจกรรม ย่อย ในช่องที่ 4 เป็นผลที่ เกิดขึ้น โดยตรง จากช่อง 4 ควรกำหนด เฉพาะที่ใช้ งบประมาณ คน หรือ วัสดุ/ อุปกรณ์ก็ ได้	ระบบจำนวน ของงาน/ กิจกรรม ย่อย ให้สอดคล้อง กับ ช่องที่ 4	ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ/ ตัวชี้วัด ผลสำเร็จ = KPI (Key Perfor mance Indicator) โดยหนึ่ง เป้า ประสงค์ฯ มีหนึ่งหัวใจ มีหนึ่ง KPI	ระบบจำนวน งบประ มาณที่ คาดว่าจะ ต้องใช้ (ระบบแหล่ง งบประ มาณด้วย) ให้สอดคล้อง กับ งาน/ กิจกรรม ย่อยใน ช่องที่ 4	ระบบ ระยะ เวลา การ ทำงาน ของ ช่อง ที่ 4 ในแต่ ละงาน/ กิจกรรม ย่อย	ระบบชื่อ นาม สกุล ของ ผู้รับผิดชอบ ในแต่ละ งาน/ กิจ กรรม ย่อย ของ ช่อง ที่ 4

ตาราง 11 ช่อง

บทบาทหลัก – ตาราง 11 ช่อง :

- **แปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม :** 4 ช่องแรกเจ้าหน้าที่เป็นผู้จัดทำ ส่วน 7 ช่องที่เหลือ ชุมชน/ท้องถิ่นเป็นผู้จัดทำ
- **วัดผลการดำเนินงาน:** ติดตามความคืบหน้าของการดำเนินงานตามกลยุทธ์ผ่านตัวชี้วัดต่างๆ
- **ขับเคลื่อนการดำเนินงาน:** กำหนดเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนเพื่อผลักดันให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์

ความเหมือน

1. เป็นเครื่องมือในการทำแผนกลยุทธ์ โดยมีการเชื่อมโยงเชิงตรรกะจากมติหนึ่งไปสู่อีกมติหนึ่งไปเรื่อย ๆ จนถึง มติสุดท้ายที่เป็นจุดหมายปลายทางสุดท้าย
2. เป็นตัวช่วยในการสื่อสารกลยุทธ์: ช่วยให้ทุกคนในองค์กรเห็นภาพเดียวกันว่าองค์กรจะสร้างคุณค่าและบรรลุจุดปลายทางได้อย่างไร

Compare Strategic Map & SRM

ความต่าง

- จุดหมายปลายทาง Strategic Map มิติสุดท้ายเป็นมิติทางการเงิน ส่วนใน SRM มิติสุดท้ายคือ ประชาชน และก่อนที่จะถึงมิติประชาชน จำเป็นต้องอาศัยการรวมพลังทุกภาคส่วนของสังคมมาร่วมกันขับเคลื่อน
- กระบวนการจัดทำ ใน SRM นำภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการทำ SRM ตั้งแต่การวางแผน ซึ่งจะสร้างความผูกพัน (Engagement) ต่อการนำแผนสู่การปฏิบัติได้มากกว่า

ความเหมือน

1. แปลงแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ
2. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน: กำหนดเป้าหมายและแผนงานที่ชัดเจนเพื่อผลักดันให้องค์กรบรรลุวัตถุประสงค์
3. วัดผลการดำเนินงาน: ติดตามความคืบหน้าของการทำงานตามกลยุทธ์ผ่านตัวชี้วัดต่างๆ

ความต่าง

- ผู้จัดทำ BSC คือบุคลากรในองค์กร ไม่ได้เปิดโอกาสให้ Stakeholder อื่นมาร่วมจัดทำ
- ตาราง 11 ช่อง การจัดทำมาตรการต่าง ๆ นั้น เปิดโอกาสให้ ชุมชน/ท้องถิ่น ซึ่งเป็น Stakeholder ที่สำคัญเข้ามีส่วนร่วม โดยเจ้าหน้าที่จะจัดทำแผนใน 4 ช่องแรก ส่วนอีก 7 ช่องที่เหลือ ชุมชน/ท้องถิ่นจะเป็นผู้จัดทำแผน



THANK YOU

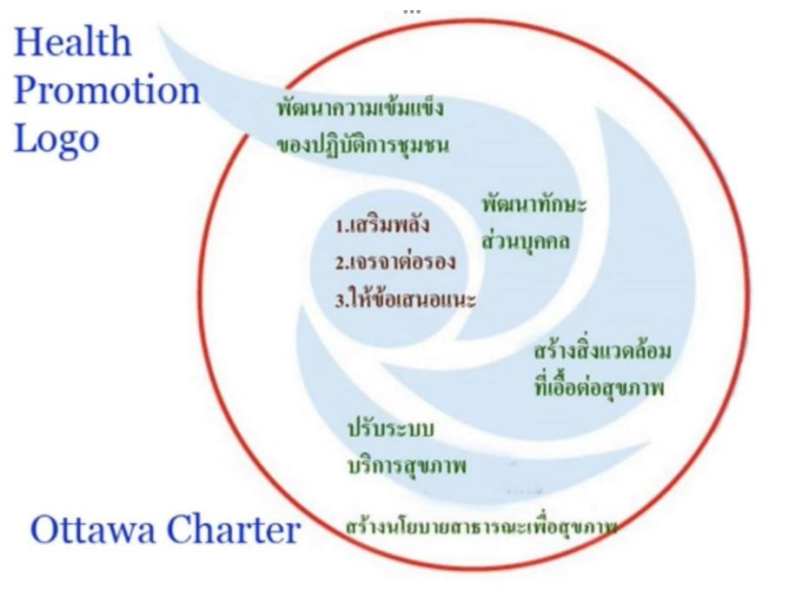
สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย

Thai Health Literacy Association (THLA)

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)



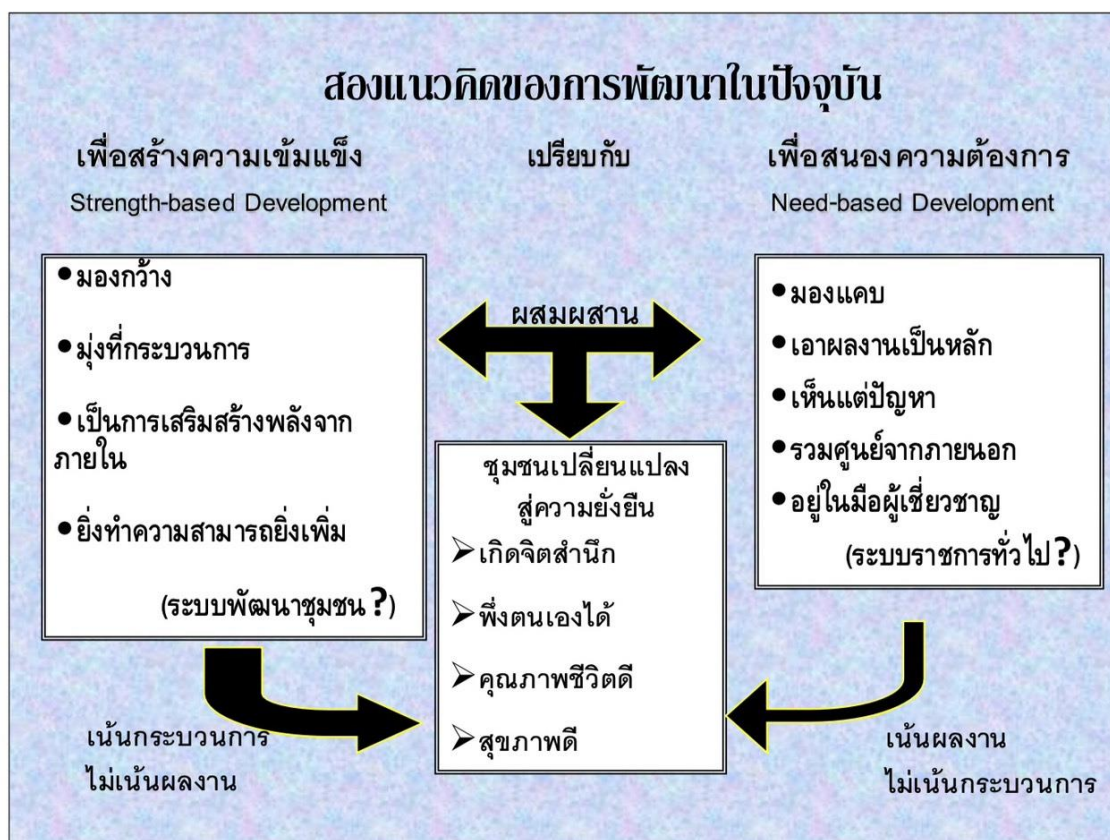
Ottawa charter จึงนำไปสู่ สาธารณสุขมูลฐาน (Primary Healthcare) และ Health For All by the year 2000 ซึ่งตรงกับแนวคิดและความมุ่งมั่นของ นายแพทย์อมร นนทสุต ที่จะผลักดันสาธารณสุขมูลฐานและแนวคิดการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน

สองแนวคิดการพัฒนาที่แตกต่างกัน 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

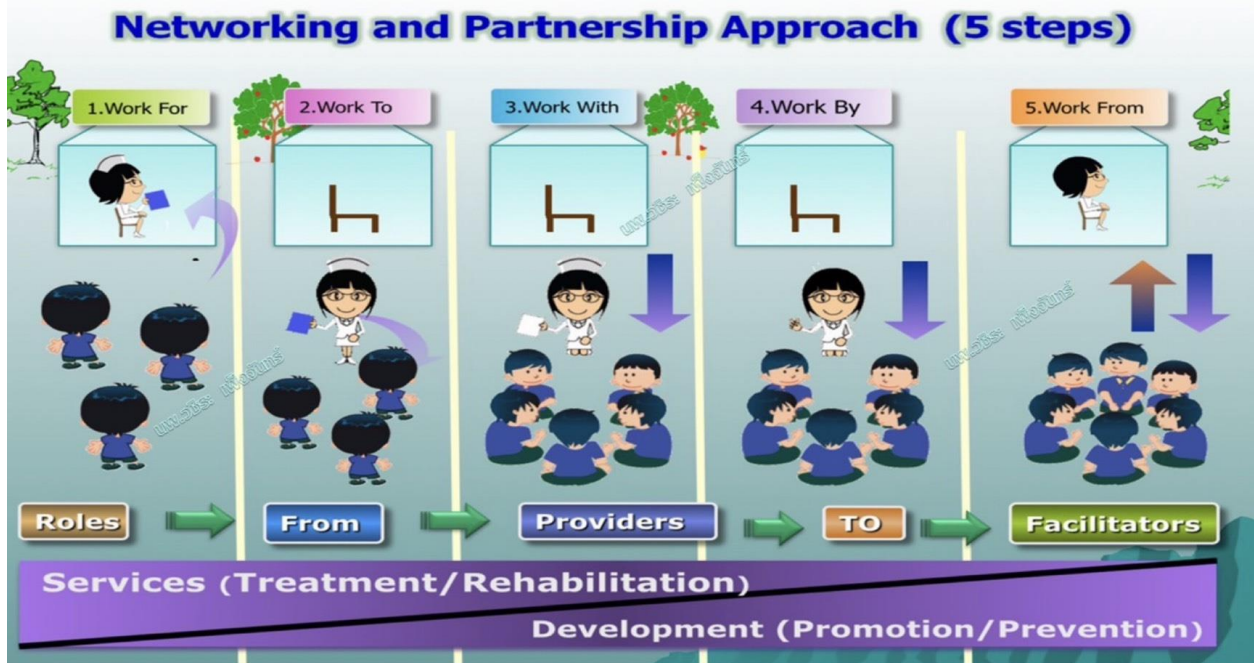
ภาพที่ 3 : แนวคิดของการพัฒนาที่แตกต่างกัน



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)

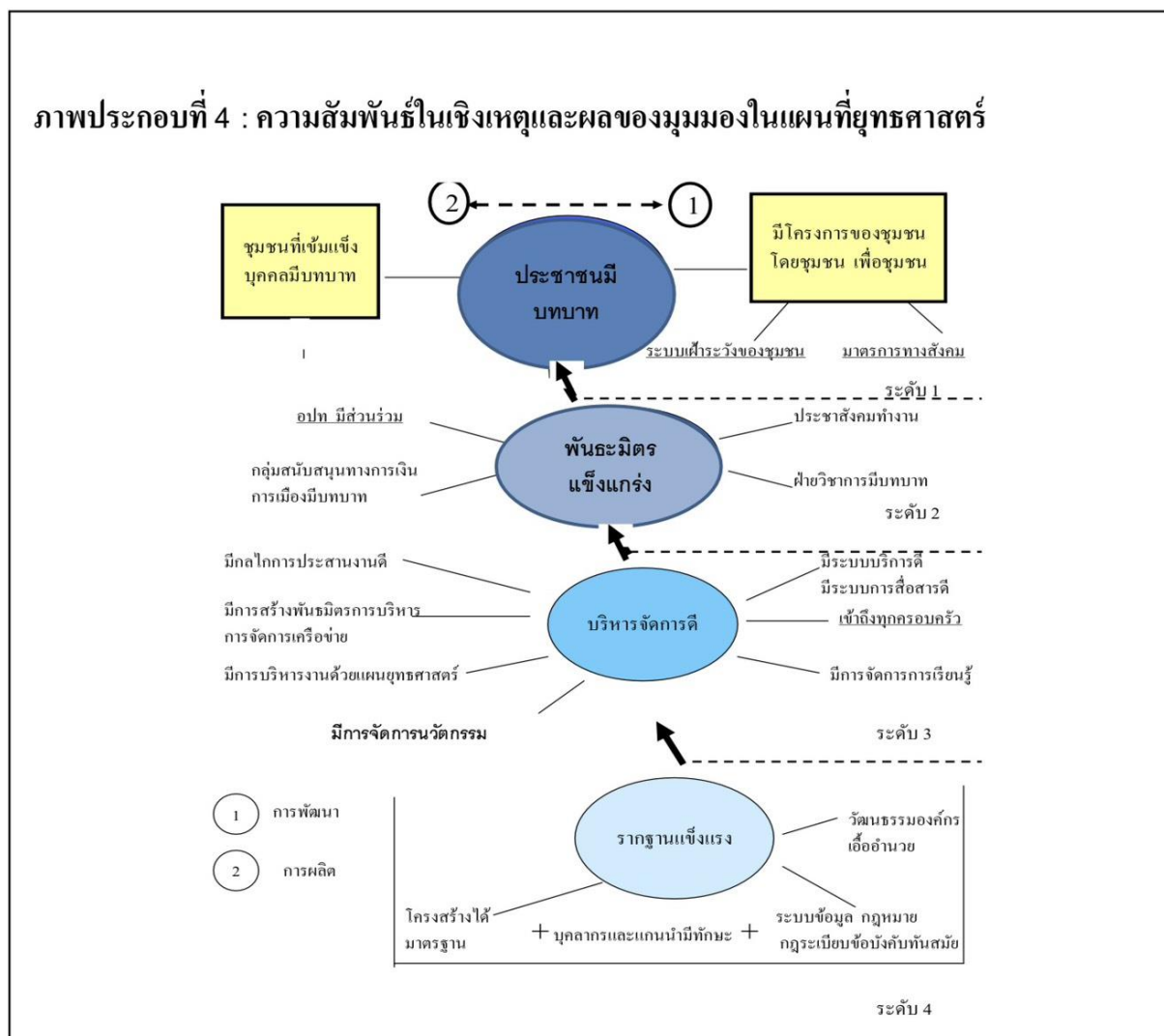
1. **Work for (ทำให้เรา)** คือการที่ส่วนกลาง(เรา)จัดสรรทรัพยากร รวมถึงแนวปฏิบัติ ไปสู่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่โดยตรง โดยให้ดำเนินการตามแนวทางที่เรากำหนด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ส่วนกลางกำหนด
2. **Work to (ทำงานเพื่อเขา)** ด้วยการแบ่งปันข้อมูลสารสนเทศ และปรับแผนตามความต้องการของพื้นที่ด้วย มีการแลกเปลี่ยนความต้องการซึ่งกันและกัน 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 ที่จะส่งต่อไปยังมิติประชาชน 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 ซึ่งมาตรการในมิติภาคประชาชนมักจะแตกต่างกัน คือ กลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนคติและพฤติกรรม 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 แผนที่กลางจะลงมือทดลอง ก็จัดประชุมถอดบทเรียนจากพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จแล้วหาว่าส่วนใหญ่ทำกันหรือ ค่ากลาง จากนั้นนำค่ากลางนั้นไปใช้เลย ทำให้ไม่ต้องเสียเวลาทดลองผิดลองถูก 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 ซึ่งแต่ละกลุ่มวัยจะมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน
 - 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

