

การกำกับดูแลแบบร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ:
กรณีศึกษาอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี
Collaborative Governance at the District-level for Quality of Life
Development: A Case Study of Laem Sing District,
Chanthaburi Province

นิริรัตน์ บุญตานนท์*
Nithirat Boontanon

ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา อ. เมือง จ. นครราชสีมา 30280

Regional Health Promotion Center 9, Nakhon Ratchasima, Nakhon Ratchasima 30280, Thailand

*Corresponding author: E-mail: drnest@hotmail.com

(Received: April 6 2020; Accept: January 18, 2021)

Abstract: This study aimed to study roles of relevant agencies in policy-level of the district-level for quality of life development committee implementation, and to analyze collaborative governance and management of the District-level for Quality of Life Development Committee in Laem Sing district, Chanthaburi province by using qualitative study methods. The informant is responsible for the implementation at the District-level for Quality of Life Development Committee in Thailand Healthy Strategic Management Office, District-level for Quality of Life Development Committee in Laem Sing district, and people in Laem Sing district. The research used tools as a semi-structure questionnaire and behaviour record form. The result showed that Thailand Healthy Strategic Management Office had a role to coordinate with the ministry level to create a collaborative mechanism at the policy level. The policy was transferred to 2 main ministries, namely Ministry of Interior and Ministry of Public Health. The Laem Sing district for quality of life development committee had the mayor as the chairman and there were committee members from public, private and civil sectors. The management used participation of network partners with shared vision, trust building and shared understanding. In 2019, there were 2 issues to be solved: 1) health promotion for all age groups and 2) caring for the underprivileged people. The study found that people in the area received the quality of life solutions that meet the needs, which were intermediate outcome. The operation of Laem Sing district is in accordance with collaborative governance concept.

Keywords: District-level for quality of life development committee, collaboration governance, collaboration

บทคัดย่อ: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ระดับนโยบาย วิเคราะห์การกำกับดูแลแบบร่วมมือของพชอ. ในพื้นที่อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการพชอ. ในสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (สสว.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแหลมสิงห์ และประชาชนในพื้นที่อำเภอแหลมสิงห์ ใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง และแบบบันทึกพฤติกรรม

ผลการศึกษาพบว่า สสว. มีบทบาทในการประสานกับหน่วยงานระดับกระทรวงเพื่อสร้างกลไกการบูรณาการระดับนโยบาย และมีการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติผ่าน 2 กระทรวงหลัก คือ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข โดย พชอ. แหลมสิ่งที่มีนายอำเภอเป็นประธาน และมีกรรมการจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วม สร้างความเชื่อมั่น และความเข้าใจร่วมกัน ตลอดจนแบ่งหน้าที่อย่างเป็นระบบ โดยในปี 2562 มีการแก้ไขปัญหา 2 ประเด็นคือ 1) การส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย และ 2) การดูแลผู้ด้อยโอกาส พบว่า ประชาชนในพื้นที่ได้รับการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตได้ตรงตามความต้องการซึ่งเป็นผลลัพธ์ระยะกลาง สอดคล้องกับแนวคิดการกำกับดูแลแบบร่วมมือ

คำสำคัญ: คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การกำกับดูแลแบบร่วมมือ ความร่วมมือ

คำนำ

ในปี พ.ศ. 2561 สำนักนายกรัฐมนตรีได้ออกระเบียบว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ด้วยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง จึงทำให้เกิดคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับอำเภอให้มีประสิทธิภาพ ผ่านความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่

การกำกับดูแลแบบร่วมมือ (Collaborative governance) เป็นแนวคิดการสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนและการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม โดยมีเป้าหมายเพื่อการกระจายอำนาจที่ยึดพื้นที่เป็นศูนย์กลาง ซึ่งถือเป็นกลไกสำคัญในการกระจายความเจริญและโอกาสในการพัฒนาระดับภูมิภาค โดยประกอบด้วยเงื่อนไขสำคัญของกระบวนการ 6 ประการ (Ansell and Gash, 2008) คือ 1) การหารือถูกจัดขึ้นโดยหน่วยงานหรือสถาบันภาครัฐ 2) มีหน่วยงานที่ไม่ใช่ภาครัฐเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งอาจเป็นหน่วยงานภาคเอกชน องค์กรอิสระ ภาคประชาสังคม หรือภาคประชาชน 3) หน่วยงานที่เข้าร่วมมีบทบาทในการตัดสินใจโดยตรงไม่ใช่เป็นเพียงผู้ให้คำปรึกษา 4) การหารือถูกจัดขึ้นอย่างเป็นทางการ 5) การหารือมีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างฉันทามติใน

การตัดสินใจ และ 6) จุดเน้นของความร่วมมืออยู่บนพื้นฐานแนวคิดนโยบายสาธารณะและการจัดการภาครัฐ และเกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ 1) เงื่อนไขเริ่มต้น (starting condition) ซึ่งช่วยกำหนดระดับความเชื่อมั่น ความขัดแย้ง และทุนทางสังคม 2) ภาวะผู้นำ (leadership) มีส่วนสำคัญในกระบวนการสร้างความร่วมมือ เพื่อการส่งเสริม และกำกับกระบวนการ ด้วยการใกล้ชิด ต่อรอง การเสริมพลัง และการสร้างความเท่าเทียมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อสร้างความมั่นใจต่อฉันทามติ (Campbell, 2018) 3) การออกแบบเชิงสถาบัน (institutional design) เป็นการกำหนดระเบียบพื้นฐานที่ใช้ร่วมกันระหว่างกระบวนการ รวมถึงการกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และเวลาที่ใช้ในการกำกับดูแลแบบร่วมมือ (Torfinn, 2018) 4) กระบวนการสร้างความร่วมมือ (collaborative process) ซึ่งถือเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญของรูปแบบการกำกับดูแลแบบร่วมมือ และหมุนวนเป็นวงจรของกระบวนการ (Ansell and Gash, 2008) (Chaichakan, 2017) เป็นขั้นตอนของการเจรจาต่อรอง กำหนดปัญหา สร้างแนวทางการแก้ไขปัญหา และลงมือปฏิบัติ ซึ่งปัจจัยนี้ประกอบด้วยกลไก 5 ด้าน คือ 4.1) การสนทนาตัวต่อตัว (face to face dialogue) เป็นกลไกที่อาศัยการเจรจาร่วมกันแบบเผชิญหน้า เพื่อเน้นการสื่อสารที่ชัดเจน และสร้างการตัดสินใจที่มีคุณภาพ (Kossmann et al., 2016) 4.2) การสร้างความเชื่อมั่น (trust building) เพื่อให้

ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเชื่อมั่นซึ่งกันและกัน (Latusek and Vlaar, 2018) 4.3) ความยินยอมพร้อมใจในกระบวนการ (commitment to the process) เป็นแรงผลักดันเริ่มต้นของการมีส่วนร่วมในการกำกับดูแลแบบร่วมมือ 4.4) ความเข้าใจร่วมกัน (Shared understanding) เพื่อให้สามารถดำเนินความร่วมมือให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ รวมไปถึงการสร้างความเข้าใจร่วมกันต่อนิยามของปัญหาที่ต้องอยู่บนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจที่ตรงกัน (Emerson *et al.*, 2011) และ 4.5) ผลลัพธ์ระยะกลาง (intermediate outcome) หรือผลลัพธ์ที่เกิดระหว่างการดำเนินงาน ซึ่งจะสามารถเป็นแรงผลักดันให้การกำกับดูแลแบบร่วมมือสำเร็จได้ด้วยกลไกเชิงบวกต่อกระบวนการสร้างความร่วมมือ ให้บรรลุเป้าหมายของฉันทามติต่อไปได้

อำเภอแหลมสิงห์ เป็นอำเภอทางทิศใต้ของจังหวัดจันทบุรี มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่นาร่อง 200 อำเภอทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 จึงมีผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างต่อเนื่อง เป็นที่น่าสนใจต่อการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการสร้างความร่วมมือระหว่างภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนที่มีความเข้มแข็งเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับพื้นที่อื่นๆ

ดังนั้น บทความวิจัยนี้จะนำเสนอการศึกษาบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงาน พหุ. ในระดับนโยบาย ผลการศึกษาการกำกับดูแลแบบร่วมมือของ พหุ. ในพื้นที่อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี และผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องของแนวคิดการกำกับดูแลแบบร่วมมือ (Collaborative governance) กับการดำเนินงาน พหุ. ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจเพื่อการผสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และเกิดประโยชน์ในการส่งเสริม และสนับสนุนความร่วมมือให้เกิดขึ้นในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

อุปกรณ์และวิธีการ

รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธี

1) การทบทวนเอกสาร โดยมีเกณฑ์ตามแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Scott, 1990) ประกอบด้วย 1) มีความถูกต้อง จากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ ได้แก่ งานวิจัยที่ตีพิมพ์เผยแพร่ หรือเอกสารของทางราชการในรูปแบบต่างๆ 2) มีความน่าเชื่อถือถูกบันทึกระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2562 3) ความเป็นตัวแทน โดยมีภาระบุถึง พหุ. ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และ 4) มีความชัดเจน มีความเข้าใจง่ายถูกบันทึกด้วยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ

2) การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบดำเนินการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพตติวิชีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 5 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบก้อนหิมะ (snowball sampling) และประชาชนในพื้นที่อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 5 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างตามเป้าหมาย (purposive sampling)

เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วมในการประชุมขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพระดับปฐมภูมิ และการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นแบบบันทึกพฤติกรรมประกอบด้วยประเด็นการแสดงออกถึงความร่วมหาหรือ ความเชื่อมั่นต่อกระบวนการ การยินยอมพร้อมใจ การเข้าใจร่วมกัน และการทำตามระเบียบหรือข้อบังคับการหาหรือ ส่วนการสัมภาษณ์ใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structure questionnaire) ที่ครอบคลุมประเด็นผู้ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาของพื้นที่ การจัดสรรทรัพยากร

การกำกับติดตาม รายงานผลการดำเนินงาน การตอบสนองปัญหาในพื้นที่ ตลอดจนการแรงจูงใจในความร่วมมือ การขับเคลื่อนกิจกรรม และภาวะการนำกระบวนการตามแนวคิดการกำกับดูแลแบบร่วมมือ (Ansell and Gash, 2008)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ศึกษาดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือนกันยายน - พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 โดยการสังเกตการณ์และสัมภาษณ์ผู้ศึกษาเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาในการสังเกตการณ์ใช้ตลอดช่วงของการประชุม ส่วนการสัมภาษณ์ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 30 - 40 นาทีต่อครั้ง พร้อมทำการบันทึกเสียงด้วยความยินยอมของผู้ให้สัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และจำแนกชนิดข้อมูล (typological analysis) แบบใช้ทฤษฎี โดยจำแนกเป็นประเด็นบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง การกำกับดูแลแบบร่วมมือ และนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์มาตรวจทานกับการทบทวนเอกสาร

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพบว่า ในประเทศไทยมีกลไกการบริหารจัดการเชิงพื้นที่หลายรูปแบบ ทั้งการบริหารจัดการเชิงพื้นที่ กลุ่มจังหวัด ที่มีคณะกรรมการนโยบายการบริหารงานจังหวัดและกลุ่มจังหวัดแบบบูรณาการ (ก.น.จ.) เป็นผู้รับผิดชอบการจัดการเชิงพื้นที่แบบเขตเศรษฐกิจพิเศษ ซึ่งมีคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษรับผิดชอบดำเนินงาน ส่วนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ (พขอ.) ดำเนินกิจกรรมใน

ระดับอำเภอของแต่ละจังหวัด และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พช.) ดำเนินกิจกรรมในกรุงเทพมหานคร ซึ่งถือเป็นบทบาทที่สำคัญของคณะกรรมการในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีการจัดทำแผนกิจกรรมอย่างบูรณาการ และตอบสนองความต้องการเพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ โดยมีสำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (สสว.) กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเป็นสำนักงานเลขานุการ พขอ. ส่งเสริมให้เกิดคณะกรรมการในทุกพื้นที่ ติดตามความก้าวหน้า และจัดให้มีระบบรายงานผลการดำเนินงานของทุกคณะกรรมการ

เดิม กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอ (รสอ.) ตั้งแต่ พ.ศ. 2555 โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขในระดับอำเภอ (Kitreerautiwong *et al.*, 2019) แต่พบอุปสรรคในการยอมรับการเป็นเจ้าของระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมนั้นมีเพียงภาคสาธารณสุขที่มีบทบาทหลัก จึงทำให้ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม ต่อมาเมื่อมีการจัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข จึงมีความเห็นให้สร้างความร่วมมือในระดับอำเภอที่เน้นการแก้ไขคุณภาพชีวิต เพื่อให้เกิดการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ โดยไม่ยึดติดว่าเป็นเพียงงานของภาคสาธารณสุข ซึ่งมีการทดลองดำเนินการในพื้นที่นำร่อง 73 อำเภอช่วง พ.ศ. 2559 แล้วขยายผลเป็น 200 อำเภอในปี พ.ศ. 2560 และมีการประสานความร่วมมือระดับบริหารระหว่างกระทรวงสาธารณสุข สำนักนายกรัฐมนตรี และกระทรวงมหาดไทย จนมีการออกระเบียบว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 โดยสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพ โดยกำหนดให้แต่ละอำเภอของทุกจังหวัด จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ขึ้นคณะหนึ่ง ซึ่ง

ประกอบด้วย นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกไม่เกิน 20 คน ซึ่งนายอำเภอ แต่งตั้งจากบุคคลเหล่านี้ คือ 1) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ ไม่เกิน 6 คน 2) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ ไม่เกิน 6 คน 3) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ ไม่เกิน 7 คน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่ายหรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอ และ 4) ให้สาธารณสุขอำเภอ เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยกำหนดให้ พชอ. มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้ 1) ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามพื้นที่ 2) กำหนดแผนงาน และเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริงและสภาพปัญหาในอำเภอ 3) ขับเคลื่อนให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานในพื้นที่ ด้านทรัพยากรบุคคลากร งบประมาณ 4) สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ เพื่อตอบสนอง และแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงาน และเป้าหมายที่กำหนดไว้ 5) ประสานงาน หรือร่วมมือกับ พชอ. อื่น คณะกรรมการเขตสุขภาพ และ 6) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

การดำเนินงาน พชอ. ถูกบรรจุเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติงาน (performance agreement; PA) ของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 – 2563 ในประเด็นการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ทำให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านผู้ตรวจราชการกระทรวงในเขตสุขภาพต่าง ๆ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด จนถึงสาธารณสุขอำเภอซึ่งทำหน้าที่เป็นเลขานุการ พชอ. นอกจากนี้ภายในกระทรวงมหาดไทยยังมีข้อสั่งการผ่านกรมการปกครอง ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดในฐานะ

ที่ปรึกษา พชอ. กำกับติดตามการดำเนินงานให้เป็นไปตามเป้าหมาย รวมทั้งให้นายอำเภอในฐานะประธาน พชอ. ปฏิบัติตามแนวทางการขับเคลื่อน พชอ. และรายงานผลการปฏิบัติงานขึ้นไปอย่างเป็นระบบ ผ่านสำนักงานเลขานุการ พชอ. นอกจากนั้น คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ที่ตั้งขึ้นตามประกาศสำนักนายกรัฐมนตรีฯ ซึ่งมีปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการ และคณะกรรมการโดยตำแหน่งจากปลัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง กรรมการพัฒนาชุมชน กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขานุการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตาม Figure 1

สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย (สสว.) เป็นหน่วยงานที่ตั้งขึ้นเป็นการภายในของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อ พ.ศ. 2554 มีฐานะเทียบเท่ากองในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่เป็นสำนักเลขานุการของกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย (พ.ศ. 2554 – 2563) ทั้งระดับชาติ นโยบาย บริหาร และระดับปฏิบัติการ ตลอดจนเป็นศูนย์ประสานงานกลางของหน่วยงานส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และภาคีเครือข่าย โดยสำนักงานเลขานุการ พชอ. ในสังกัด สสว. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบอำนวยความสะดวกและรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน พชอ. ของประเทศไทย โดยพบว่าในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 แต่ละ พชอ. มีการดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย 2 ประเด็น รวมทั้งสิ้น 2,000 ประเด็น จาก 878 อำเภอทั่วประเทศ โดยแบ่งเป็นประเด็นต่าง ๆ 3 ลำดับแรก คือ ประเด็นผู้สูงอายุ จำนวน 461 อำเภอ (ร้อยละ 19.21) ประเด็นอุบัติเหตุ

จำนวน 415 อำเภอ (ร้อยละ 17.29) ประเด็นขยะ และสิ่งแวดล้อม จำนวน 408 อำเภอ (ร้อยละ 17.00)

นอกจากนี้ยังมีประเด็นอื่นๆ อาทิ อาหารปลอดภัย โรคติดต่อ ยาเสพติด เศรษฐกิจ และสังคม เป็นต้น

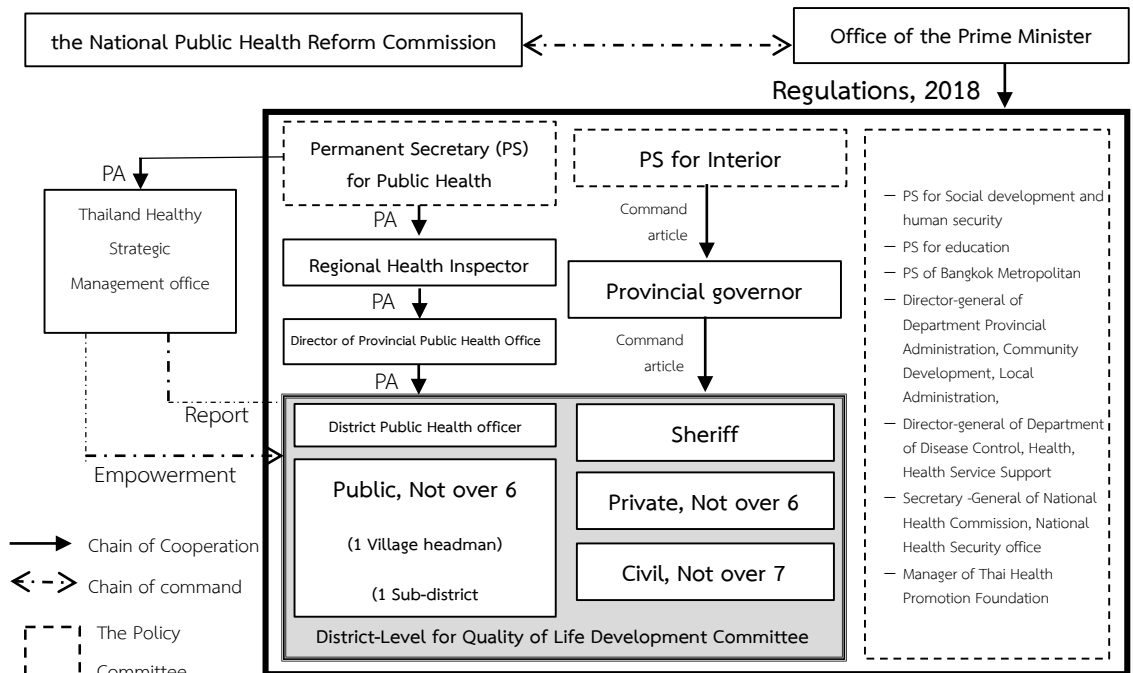


Figure 1 Framework of district-Level for quality of life development committee

การกำกับดูแลแบบร่วมมือโดย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) แห่มสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

จากการทบทวนเอกสาร การสังเกตการณ์ แบบไม่มีส่วนร่วม และการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยพบว่า จังหวัดจันทบุรี ตั้งอยู่ทางภาคตะวันออกของประเทศไทย ประชากรทั้งสิ้น 534,459 คน แบ่งการปกครองเป็น 10 อำเภอ มีการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดจันทบุรี (พ.ศ. 2561 – 2565) ที่ให้ความสำคัญกับการยกระดับมาตรฐานคุณภาพชีวิต ความมั่นคงปลอดภัย ด้วยการบริการสุขภาพและสร้างคุณประโยชน์ด้านสาธารณสุข และการเพิ่มโอกาสให้ผู้มีรายได้น้อยพัฒนาตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่วนอำเภอแหลมสิงห์ ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัด ประกอบด้วย 7 ตำบล 65 หมู่บ้าน ประชากร

30,339 คน โดย พขอ. แห่มสิงห์ ตั้งขึ้นในการนำร่อง พขอ. 200 อำเภอ พ.ศ. 2560 และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ พ.ศ. 2561 โดยประกอบด้วยประธานและคณะกรรมการ รวมทั้งสิ้น 21 คน มีนายอำเภอแหลมสิงห์ เป็นประธานคณะกรรมการ คณะกรรมการจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนอีกจำนวน 20 คน และมีสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์เป็นเลขานุการ นอกจากนั้นยังมีการแต่งตั้งผู้ทรงคุณวุฒิอื่น ๆ ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอแหลมสิงห์เข้ามาเป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการ พขอ. จำนวน 2 คน ซึ่งหลักการในการคัดเลือกคณะกรรมการ พขอ. นั้น กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ พขอ. แห่มสิงห์ ได้กล่าวไว้ว่า

“เลือกกรรมการตามที่ระบุไว้ในประกาศฯ ภาคเอกชนที่เข้าร่วมส่วนใหญ่เป็นคนที่มิจิตอาสา พัฒนาแหลมสิงห์อยู่แล้ว ทำให้เชิญมาเป็นกรรมการ ได้ง่าย และมีบทบาทในการประชุมค่อนข้างมาก ส่วนภาคประชาชน ให้ตัวแทน อสม. ร่วมกันเสนอ คนที่มีความสามารถ มีประสบการณ์ในการทำงาน แบบบูรณาการเข้ามาเป็นกรรมการ ส่วนในภาครัฐ ยิ่งไงก็ต้องมีนายกเทศบาลฯ กับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนเข้ามา เพราะเป็นคนที่พูดแล้วมีน้ำหนัก มีความน่าเชื่อถือ ดึงคนอื่น ๆ มาร่วมทำงาน ได้อีกมาก”

ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562 พขอ. แหลมสิงห์มีการตั้งวิสัยทัศน์ในการดำเนินงาน คือ “แหลมสิงห์ เมืองแห่งความสุข สะอาด สงบ สุขภาพดี” ประกอบด้วยยุทธศาสตร์การดำเนินงาน 4 ข้อ คือ 1) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ท้องถิ่นมีการดำเนินงาน ชุมชนสะอาด สิ่งแวดล้อมปลอดภัย 2) พัฒนาความร่วมมือหน่วยงานและภาคีเครือข่ายกำหนดนโยบาย เมืองสะอาด สงบ ประชาชนมีความปลอดภัย 3) สร้างชุมชนแห่งการท่องเที่ยวตามวิถีชุมชน และ 4) สร้างการมีส่วนร่วมให้ชุมชนและท้องถิ่นจัดการตนเองและดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่องตลอดทุกช่วงวัย โดยมีการประชุมคณะกรรมการ พขอ. อย่างต่อเนื่อง 3 ครั้งต่อปี แต่ครั้งมีคณะกรรมการเข้าร่วมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และกำหนดประเด็นในการแก้ไข ปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ 2 ประเด็น คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย และ 2) การดูแลผู้ด้อยโอกาส ด้วยมิติเป็นฉันทามติในที่ประชุม จากการระดมปัญหาในพื้นที่อำเภอแหลมสิงห์ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา การนำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาจากภาคส่วนต่างๆ และจัดทำ แผนงานการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตอย่างมีส่วนร่วม ของคณะกรรมการโดยมีนายอำเภอเป็นแกนนำหลัก ดังคำสัมภาษณ์ของกรรมการ พขอ. “ต้องให้นายอำเภอเป็นคนเริ่มก่อน คนอื่นๆ ถึงจะเข้าร่วม ถ้าสาธารณสุขพูดอยู่คนเดียว ก็ไม่มีใครทำด้วย เพราะคิดว่าไม่ใช่งานของเขา แต่ถ้านายอำเภอพูด ทุกคน

ในกรรณการก็จะมองว่าเป็นงานส่วนรวม จะต้องร่วมมือกันทำงานให้สำเร็จ” “แต่ก่อนลงมติ นายอำเภอให้แต่ละคนแสดงความเห็น แล้ว นายอำเภอสรุปความ พอตกลงมติก็เป็นเอกฉันท์ ไม่มีใครแย้ง เพราะเปิดโอกาสให้เสนอความเห็นไปแล้ว” แตกต่างกับการดำเนินงานของ พขอ. อุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ในการส่งเสริมสุขภาพประชาชน (Leelawongkit and Kamnuansilpa, 2020) ที่มีเพียงนายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอที่มีบทบาทหลักใน กระบวนการ และยังมีกรจัดการแบบแยกส่วน เป็นอิสระกันอย่างชัดเจน และการศึกษาการขับเคลื่อน นโยบายสาธารณะใน อำเภอขุนยวม จังหวัดแม่ฮ่องสอนที่พบการทำยุทธศาสตร์สุขภาพจาก ตัวแทนของหน่วยงานรัฐ และภาคประชาชนเท่านั้น (Boonchieng *et al.*, 2019)

ประเด็นการขับเคลื่อนเพื่อแก้ไขปัญหา คุณภาพชีวิตในปี พ.ศ. 2562 ด้านการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย พบว่ามีเป้าหมายให้ทุกกลุ่มวัย มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น โดยคณะกรรมการ พขอ. แหลมสิงห์ได้แบ่งบทบาทหน้าที่การดำเนินกิจกรรม ตามความทรัพยากร ความรู้ ความสามารถ และ ประสิทธิภาพของคณะกรรมการ อาทิเช่น นายอำเภอ มีหน้าที่กำหนดแผนงาน กำกับติดตาม การดำเนินกิจกรรมให้เป็นไปตามเป้าหมาย นายก เทศบาลตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ มีหน้าที่สนับสนุน โครงการส่งเสริมสุขภาพ และการตั้งชมรมด้วย งบประมาณของเทศบาลฯ จำนวน 40,000 บาท ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมสิงห์ มีหน้าที่ประเมิน สมรรถนะสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ กลุ่มเป้าหมาย กรรมการจากภาคเอกชน มีบทบาท สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจำนวน 30,000 บาท ประธานกลุ่มสตรีอ้อมทรัพย์ มีบทบาท เป็นผู้นำกลุ่มสตรีอาสาในการดำเนินกิจกรรม หรือ ประธานชมรมร้านอาหาร มีหน้าที่สนับสนุนการจัด กิจกรรมและรณรงค์ด้านอาหารสุขภาพ โดยมี กิจกรรมใหญ่ที่คณะกรรมการ พขอ. แหลมสิงห์

ร่วมกันจัดขึ้น คือ “โครงการเดินวิ่ง กินลมชมหาด แหลมสิงห์ พันธัน ครั้งที่ 1” เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2562 ซึ่งมีผู้เข้าร่วมงานทั้งประชาชนในอำเภอและประชาชนภายนอกมากกว่า 1,000 คน นอกจากนั้นยังมีการจัดตั้งชมรมส่งเสริมสุขภาพ เดินวิ่งเพื่อสุขภาพในอำเภอแหลมสิงห์ จำนวน 2 ชมรม มีผู้เข้าร่วมชมรมรวมกว่า 100 คน

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน พขอ. แหลมสิงห์ พบว่าสามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ รวมทั้งช่วยในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ดังคำสัมภาษณ์ของประชาชนอำเภอแหลมสิงห์ “มีกิจกรรมวิ่งในอำเภอ ทำให้ชาวบ้านได้วิ่งออกกำลังกาย มีคนรู้จักแหลมสิงห์มากขึ้นทำให้มีคนเข้ามาท่องเที่ยวเยอะขึ้น ชาวบ้านก็มีรายได้จากการขายของมากขึ้นโดยรวมถือว่าทำให้ชีวิตชาวบ้านดีขึ้น” นอกจากนั้นพบว่ากิจกรรมด้านการดูแลผู้ด้อยโอกาส มีผู้ด้อยโอกาสได้รับการช่วยเหลือ จำนวน 18 ราย ส่วนการประเมินผลกระทบจากการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยังไม่สามารถวัดผลได้ เนื่องจากผลกระทบด้านสุขภาพต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามผลของมาตรการเป็นเวลานาน

ความสอดคล้องของแนวคิดการกำกับดูแลแบบร่วมมือกับการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ผู้วิจัยมีความเห็นว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นนโยบายที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่ เพื่อการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตตามบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละอำเภอ เมื่อวิเคราะห์ตามแนวคิดการกำกับดูแลแบบร่วมมือ (Ansell and Gash, 2008) กับ พขอ. แหลมสิงห์แล้วพบว่า เงื่อนไขเริ่มต้น (starting condition) ของการดำเนินงาน พขอ. เกิดจากการมีแรงจูงใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตมีผลต่อความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่ โดยมีปัจจัยสนับสนุนทั้งด้าน

อำนาจ ทรัพยากร และความรู้ที่แตกต่างกันในแต่ละกรรมการ กล่าวคือ กรรมการฝ่ายสาธารณสุข ขาดทรัพยากรด้านงบประมาณในการจัดตั้งชมรม จึงจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือจากเทศบาลตำบลฯ และภาคเอกชน ในการสนับสนุนงบประมาณ เช่นเดียวกันกับภาคเอกชนที่ขาดอำนาจในการผลักดันประชาชนให้เข้าร่วมกิจกรรม จึงจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือจากแกนนำสตรีในการประสานประชาชนเข้าร่วมดำเนินงาน นอกจากนั้นประวัติความร่วมมือในอดีตของกรรมการแต่ละท่านยังเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้การขับเคลื่อน พขอ. แหลมสิงห์สามารถดำเนินการไปได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากคณะกรรมการมีความไว้วางใจในการดำเนินงานซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับแนวคิด Ansell and Gash (2008) ที่ระบุว่าเงื่อนไขเริ่มต้น ประกอบด้วย ประเด็นย่อย 3 ด้าน คือ 1) ความไม่สมดุลระหว่างอำนาจ ทรัพยากร และความรู้ โดยหากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางรายที่ไม่มีศักยภาพ หรือทรัพยากรที่จะนำมาใช้สร้างความร่วมมือ การหาหรืออาจถูกกระทำด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความเข้มแข็งมากกว่า 2) แรงจูงใจที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต้องทำงานร่วมกันขึ้นอยู่กับความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อผลลัพธ์ของการสร้างความร่วมมือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงจูงใจจะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมองเห็นถึงความคุ้มค่าของทรัพยากรที่ต้องใช้จากกระบวนการสร้างความร่วมมือ รวมถึงการบรรลุเป้าหมายของการเข้าร่วมสร้างความร่วมมือที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น ๆ ต้องการ และ 3) ประวัติความขัดแย้ง หรือความร่วมมือในอดีต หากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเคยร่วมมือกันในประเด็นอื่น ๆ มาก่อน จะทำให้กระบวนการนี้สามารถดำเนินไปได้โดยง่าย ด้วยทุนทางสังคมและความไว้วางใจที่มีร่วมกัน นอกจากนั้นสำหรับภาวะผู้นำ (Leadership) มีนายอำเภอ ซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการ มีบทบาทนำการหารือ

และกำกับกระบวนการด้วยการใกล้ชิด เสริมพลัง และเปิดโอกาสในการแสดงความคิดเห็นของ กรรมการ ส่วนคณะกรรมการและเลขานุการมีการ เสนอความเห็นในที่ประชุม ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม ในการดำเนินกิจกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Campbell (2018) และ Cleary *et al.* (2018) ที่ พบว่าการมีภาวะผู้นำจะส่งเสริมให้เกิดการจัดการที่ เข้มแข็ง สร้างความร่วมมือ และทำให้ผลการ ปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ ประเด็นการออกแบบเชิง สถาบัน (institutional design) มีการกำหนด ระเบียบ พขอ. โดยสำนักนายกรัฐมนตรี นอกจากนั้น การกำหนดตัวคณะกรรมการมีการเสนอความเห็น จากประชาชนในพื้นที่และทบทวนจากประวัติการ เข้าร่วมกิจกรรมในอำเภอ รวมทั้งมีการกำหนดเวลา ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม และการประชุมอย่าง ชัดเจนสอดคล้องกับการศึกษาของ Torfing (2018) ที่พบว่ากรอบการออกแบบเชิงสถาบันจะเป็นปัจจัยที่ช่วย ลดอุปสรรคในการดำเนินงาน แต่อย่างไรก็ตามการ ขับเคลื่อน พขอ. แหลมสิงห์ ยังมีความแตกต่างจาก แนวคิดการกำกับดูแลแบบร่วมมือ ที่มีปัจจัยด้าน กฎหมาย คือ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วย การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 มา เป็นกรอบในการดำเนินงาน กำหนดอำนาจหน้าที่ และสัดส่วนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนของคณะกรรมการ พขอ. ซึ่งถือเป็นตัวแสดงที่มีความสำคัญต่อการดำเนินการกำกับ ดูแลแบบร่วมมือ (Mukhlis *et al.*, 2018)

ในประเด็นกระบวนการสร้างความร่วมมือ มีกลไก 5 ด้าน คือ 1) การสนทนาตัวต่อตัว (face to face dialogue) ที่จัดประชุม ณ ที่ว่าการอำเภอทุก ครั้ง และร่วมกันค้นหาปัญหาของพื้นที่อย่างเป็น ระบบ ซึ่งเป็นปัจจัยความสำเร็จหนึ่งของกระบวนการ (Sawongtui *et al.*, 2018) 2) การสร้างความเชื่อมั่น (trust building) โดยมีนายอำเภอเป็นผู้นำการหารือ

และสร้างความเท่าเทียมกันระหว่างคณะกรรมการ 3) ความยินยอมพร้อมใจในกระบวนการ (commitment to the process) โดย คณะกรรมการมีการลงมติกันอย่างเป็นเอกฉันท์ใน การเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต แม้ว่าเมื่อ แบ่งภาระหน้าที่จะมีคณะกรรมการบางท่านมี บทบาทน้อยกว่าคณะกรรมการอื่นๆ แต่โดยรวมแล้ว คณะกรรมการทุกคนมีส่วนร่วมในการดำเนิน กิจกรรม 4) ความเข้าใจร่วมกัน (Shared understanding) มีการตั้งวิสัยทัศน์ร่วม และ เป้าประสงค์ร่วมกันของ พขอ. แหลมสิงห์ ทำให้ คณะกรรมการมีความเข้าใจตรงกัน และมุ่งเป้าหมาย ในการดำเนินกิจกรรมเป็นทิศทางเดียวกัน เป็นไป ตามการศึกษาของ Oppl (2016) และ 5) การเกิด ผลลัพธ์ระยะกลาง (Intermediate outcome) โดย ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านการส่งเสริมสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย แม้ว่าผลลัพธ์ระยะยาว คือ สุขภาวะของ ประชาชนในพื้นที่จะสามารถวัดได้ยาก แต่สิ่งที่พบ คือ การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในอำเภอกับ กิจกรรมเดินวิ่ง และมีการจัดตั้งชมรมส่งเสริมสุขภาพ ในอำเภอ ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงผลลัพธ์ระยะกลางของ การดำเนินกิจกรรม พขอ. แหลมสิงห์ได้ นอกจากนั้น การที่ประชาชนมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมของ พขอ. แหลมสิงห์ เป็นสิ่งที่แสดงถึงการมีแนวโน้มต่อ คุณภาพชีวิตไปในทิศทางที่ดีจากการกำกับดูแลแบบ ร่วมมือเช่นเดียวกับการศึกษาของ Sofi and Mutiarin (2018) และ Lertwacharasakul and Chompoosri (2019) ที่พบว่าความร่วมมือเพื่อการ พัฒนาคุณภาพชีวิตสามารถตอบสนองความต้องการ ของประชาชนได้เป็นอย่างดีเช่นเดียวกัน

สรุป

การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เป็นกลไกการสร้าง ความร่วมมือในระดับพื้นที่ กรณีศึกษา พขอ. แหลมสิงห์

พบว่า มีการแต่งตั้งคณะกรรมการตามระเบียบ มีการประชุมกันอย่างต่อเนื่อง และมีกิจกรรมเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามความต้องการของพลเมืองในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนมีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วม ซึ่งทำให้เกิดแนวปฏิบัติที่เป็นทิศทางเดียวกันทั้งอำเภอ นอกจากนั้นยังสร้างความพึงพอใจให้กับประชาชนในพื้นที่อำเภอแหลมสิงห์ได้เป็นอย่างดี และการดำเนินงาน พชอ. มีความสอดคล้องกับแนวคิด Collaborative governance ในทุกขั้นตอน แต่มีความแตกต่างที่มีปัจจัยด้านกฎหมายเข้ามากำหนดหน้าที่ และสัดส่วนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เอกสารอ้างอิง

- Ansell, C. and A. Gash. 2008. Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory* 18(4): 543-571.
- Boonchieng, W., P. Onsod, S. Aungwattana, W. Tuanrat and D. Tamdee. 2019. Lesson learned public health policy driven to achieve concrete result in participatory in subdistrict level, Northern Thailand area: A case study lessons at Khun Yuam district, Mae Hong Son province. *Journal of Community Development and Life Quality* 8(1): 56-67. (in Thai)
- Campbell, J.W. 2018. Efficiency, Incentive, And transformational leadership: Understanding collaboration preferences in the public sector. *Public Performance & Management Review* 41(2): 277-299.
- Chaichakan, C. 2017. Collaborative governance: Concepts, selected literatures and key definitions. *Veridian E-Journal, Silpakorn University* 10(3): 286-298.
- Cleary, S., A. Toit, V. Scott and L. Gilson. 2018. Enabling relational leadership in primary healthcare setting: Lessons from the DIALHS collaboration. *The Journal on Health Policy and Systems Research* 33(2): 65-74.
- Emerson, K., T. Nabatchi and S. Balogh. 2011. An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory* 22: 1-29.
- Kitreerautiwong, N., S. Mekrungrongwong, A. Wangwonsin and B. Promjang. 2019. Development of district health system in Thailand. *KKU Journal for Public Health Research* 12(3): 1-8.
- Kossmann, C.M., J.H. Behagel and M. Bailey. 2016. Action and inertia in collaborative governance. *Marine Policy* 72: 21-30.
- Latusek, D. and P. W. L. Vlaar. 2018. Uncertainty in interorganizational collaboration and the dynamics of trust: A qualitative study. *European Management Journal* 36(1): 12-27.
- Leelawongkit, O. and P. Kamnuansilpa. 2020. The district health board for quality life development through health promotion of the population in Ubolratana district, Khon Kaen province. *Academic Journal of Mahamakut Buddhist University Roi Et Campus*, 9(1), 356-365.

- Lertwatcharasakul, S. and S. Chompoosri. 2019. Result of administration network management evaluation to drive district health system: DHS Phayao province. *Quality of Life and Law Journal* 15(2): 64-80.
- Mukhlis, M., N. Nazsir, M. Rahmatunnisa and N.Y. Yuningsih. 2018. The actor domination in the collaborative governance in the Lampung province central government displacement policy: An ambivalent. *The International Journal of Social Sciences*, 6(3), 507-524.
- Oppl, S. 2016. Supporting the collaborative constuction of a shared understanding about work with a guided conceptual modeling technique. *Group Decision and Negotiation* 26: 246-283.
- Sawongtui, K., C. Duangdeewong, S. Mangkornkaew and C. Sangboonruang. 2019. Mobilization in districial health assembly toward district health board (DHB): Thoen district, Lampang province. *Journal of Health Sciences Scholarship* 6(2): 12-27. (in Thai)
- Sofi, K. and D. Mutiarin. 2018. Collaborative governance in the management of village owned enterprises Ponggok sub district Klaten Central Java 2016. *Journal of Government and Civil Society* 2(2): 127-143.
- Torring, J. 2019. Collaborative innovation in the public sector: The argument. *Public Management Review* 21(1): 1-11.
-