



คู่มือแนวทางการดำเนินการสมัครขอรับรางวัล

United Nations Public Service Awards



คำนำ

รางวัล United Nations Public Service Awards เป็นรางวัลที่องค์การสหประชาชาติจัดให้มีขึ้นเพื่อมอบให้แก่หน่วยงานที่ดำเนินการด้านการให้บริการสาธารณะด้วยความเป็นมืออาชีพ สามารถสร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการบริหารราชการได้อย่างยอดเยี่ยม นอกจากนี้ รางวัลดังกล่าวยังมีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ของรัฐพัฒนาไปสู่ความเป็นมืออาชีพในการให้บริการสาธารณะ รวมทั้ง เป็นการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่หน่วยงานภาครัฐในการให้บริการสาธารณะได้ประสบความสำเร็จ และขยายผลความสำเร็จในการเป็นแบบอย่างแนวทางในการสร้างความเชื่อมั่น และดึงดูดบุคลากรที่มีศักยภาพเข้ามาสู่ระบบราชการต่อไป

สำนักงาน ก.พ.ร. ในฐานะหน่วยงานที่ทำหน้าที่พัฒนาระบบราชการไทย ได้ดำเนินการส่งเสริมสนับสนุนส่วนราชการที่มีผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ จนได้รับรางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ เสนอผลงานเพื่อขอรับรางวัล United Nations Public Service Awards ขององค์การสหประชาชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานการให้บริการประชาชนของหน่วยงานภาครัฐไทย รวมทั้ง เผยแพร่ผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนให้เป็นที่ประจักษ์ในระดับนานาชาติ

ดังนั้น เพื่อเป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้กับหน่วยงานเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินการในการเสนอขอรับรางวัล United Nations Public Service Awards สำนักงาน ก.พ.ร. จึงได้จัดทำคู่มือแนวทางและเทคนิควิธีการในการเขียนรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมตัวอย่างรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงานจากประเทศต่าง ๆ ที่ได้รับรางวัล United Nations Public Service Awards ในรอบปีที่ผ่านมา เพื่อประโยชน์แก่หน่วยงานที่สนใจนำไปศึกษาและเตรียมความพร้อมในการเสนอขอรับรางวัล United Nations Public Service Awards และใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชนของหน่วยงานต่อไป

สำนักงาน ก.พ.ร.

สิงหาคม 2558

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 : บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของรางวัล United Nations Public Service Awards	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการมอบรางวัล United Nations Public Service Awards ขององค์การสหประชาชาติ	1
1.3 ผลสำเร็จของหน่วยงานภาครัฐไทยในการสมัครรับรางวัล United Nations Public Service Awards ขององค์การสหประชาชาติ	2
บทที่ 2 : ประเภทรางวัล United Nations Public Service Awards	4
2.1 ประเภทรางวัล (Categories)	4
2.2 เกณฑ์การพิจารณารางวัล	5
บทที่ 3 : ขั้นตอนการสมัครรางวัล United Nations Public Service Awards	22
3.1 วิธีการและขั้นตอนการสมัครรางวัล United Nations Public Service Awards	22
3.2 ขั้นตอนการประเมินของคณะกรรมการ	25
3.3 ปฏิทินการสมัครรับรางวัลและระยะเวลาในการพิจารณาของคณะกรรมการ	26
บทที่ 4: แนวทางการเขียนรายงานเพื่อสมัครรางวัล United Nations Public Service Awards ขององค์การสหประชาชาติ	27
4.1 แนวทางการเขียนรายงานเพื่อสมัครรับรางวัล	27
4.2 ข้อเสนอแนะโดยภาพรวมจากการศึกษาผลงานของหน่วยงานที่ได้รับรางวัล	30
บทที่ 5 : ข้อมูลผลงานที่ได้รับรางวัล United Nations Public Service Awards	33
ภาคผนวก ก : แบบฟอร์มการสมัครรับรางวัล United Nations Public Service Awards	45
ภาคผนวก ข : ตัวอย่างการเขียนรายงานของหน่วยงานภาครัฐไทยที่ได้รับรางวัล	53

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของรางวัล United Nations Public Service Awards

เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2546 General Assembly ขององค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้วันที่ 23 มิถุนายนของ ทุกปี เป็นวัน United Nations Public Service Day เพื่อเฉลิมฉลองคุณค่าและคุณความดีของการให้บริการต่อชุมชน ดังนั้น Economic and Social Council จึงได้จัดให้มีรางวัล United Nations Public Service Awards และมอบหมายให้ Division for Public Administration and Development Management of the United Nations Department of Economic and Social Affairs เป็นผู้ทำหน้าที่ในการบริหารจัดการรางวัลนี้

รางวัล United Nations Public Service Awards เป็นรางวัลที่จัดตั้งขึ้นโดยคณะมนตรีเศรษฐกิจและสังคมแห่งสหประชาชาติ (Economic and Social Council-ECOSOC) เพื่อมอบให้แก่หน่วยงานที่ดำเนินการด้านการให้บริการสาธารณะด้วยความเป็นมืออาชีพ ซึ่งสำนักงานเลขาธิการแห่งสหประชาชาติ (UN) ได้เปิดให้ประเทศสมาชิกเสนอชื่อองค์กรและหน่วยงานภาครัฐสมัครเข้ารับการคัดเลือกเป็นประจำทุกปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา โดยผ่านทางเว็บไซต์ www.unpan.org

1.2 วัตถุประสงค์ของการมอบรางวัล United Nations Public Service Awards ขององค์การสหประชาชาติ

การจัดให้มีการมอบรางวัล United Nations Public Service Awards มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้รางวัลแก่หน่วยงานภาครัฐที่สร้างนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการบริหารราชการ เป็นการกระตุ้นเจ้าหน้าที่ของรัฐให้พัฒนาความเป็นมืออาชีพในการปฏิบัติงาน ยกย่องคุณลักษณะของการบริการสาธารณะ ตลอดจนเป็นการรวบรวมและขยายผลความสำเร็จเพื่อนำไปสู่การเป็นต้นแบบของการให้บริการสาธารณะที่ประสบความสำเร็จ โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญโดยสรุป คือ

- 1) เพื่อกระตุ้นให้ข้าราชการทั่วโลกดำเนินการขับเคลื่อนไปสู่การสร้างนวัตกรรม และพัฒนาการให้บริการสาธารณะ
- 2) เพื่อรวบรวมและเผยแพร่แนวทางการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จและสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาการให้บริการสาธารณะในระดับประเทศ
- 3) เพื่อสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับการบริหารงานภาครัฐที่ประสบความสำเร็จ
- 4) เพื่อส่งเสริมกระตุ้น และอำนวยความสะดวกในการสร้างเครือข่ายระหว่างสถาบันและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานภาครัฐ
- 5) เพื่อเพิ่มความเป็นมืออาชีพในงานราชการจากการให้รางวัลการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จในการสร้างนวัตกรรม และการให้บริการที่เป็นเลิศ

1.3 ผลสำเร็จของหน่วยงานภาครัฐไทยในการสมัครขอรับรางวัล United Nations Public Service Awards ขององค์การสหประชาชาติ

สำนักงาน ก.พ.ร. ได้มีการส่งเสริมสนับสนุนและผลักดันให้ส่วนราชการที่ได้รับ “รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ” ส่งผลงานสมัครเข้ารับการประเมินเพื่อรับรางวัล United Nations Public Service Awards ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550 ต่อเนื่องมาถึงปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้หน่วยงานภาครัฐสามารถพัฒนาไปสู่องค์กรที่มีประสิทธิภาพระดับนานาชาติ ได้โดยผลการดำเนินการที่ผ่านมา มีดังนี้

- ปี พ.ศ. 2550 (ค.ศ. 2007) ได้เสนอชื่อส่วนราชการไทยเพื่อสมัครขอรับรางวัล United Nations Public Service Awards จำนวน 8 ส่วนราชการ ผ่านการประเมินเข้าสู่การพิจารณารอบสอง จำนวน 3 ส่วนราชการแต่ไม่มีส่วนราชการได้รับรางวัล (การพิจารณามี 2 รอบ)

- ปี พ.ศ. 2551 (ค.ศ. 2008) เสนอชื่อส่วนราชการไทยจำนวน 15 ผลงาน ผ่านการประเมินเข้าสู่การพิจารณารอบสอง จำนวน 6 ผลงาน รอบสาม จำนวน 4 ผลงาน (การพิจารณามี 3 รอบ) โดยมีโรงพยาบาลยโสธรได้รับรางวัลชมเชย (Finalist) สาขา Improving the delivery of public services

- ปี พ.ศ. 2552 (ค.ศ. 2009) ได้เสนอชื่อส่วนราชการไทย จำนวน 21 ผลงาน ผ่านการประเมินเข้าสู่การพิจารณารอบสอง จำนวน 9 ผลงาน รอบสาม จำนวน 6 ผลงาน โดยมีโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับรางวัลดีเยี่ยม (Winner) สาขา Improving the delivery of public services

- ปี พ.ศ. 2553 (ค.ศ. 2010) ได้เสนอชื่อส่วนราชการไทย จำนวน 16 ผลงาน ผ่านการประเมินเข้าสู่การพิจารณารอบสอง จำนวน 6 ผลงาน แต่ไม่มีส่วนราชการได้รับรางวัล

- ปี พ.ศ. 2554 (ค.ศ. 2011) ได้เสนอชื่อส่วนราชการไทย จำนวน 21 ผลงาน ผ่านการพิจารณาในรอบแรก จำนวน 18 ผลงาน รอบสอง จำนวน 11 ผลงาน โดยมีส่วนราชการได้รับรางวัลจำนวน 2 หน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานสรรพากรภาค 7 กรมสรรพากรได้รับรางวัลชนะเลิศ (1st Place Winner) สาขาการเสริมสร้างการจัดการความรู้ในภาครัฐ (Advancing Knowledge Management in Government) และกรมชลประทาน ได้รับรางวัลรองชนะเลิศ (2nd Place Winner) สาขาการส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบาย ผ่านกลไกด้านนวัตกรรม (Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms) ในงานบริการโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียว อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี

- ปี พ.ศ. 2555 (ค.ศ. 2012) ได้เสนอชื่อส่วนราชการไทย จำนวน 19 ผลงาน ผ่านการพิจารณาในรอบแรก จำนวน 10 ผลงาน รอบสอง จำนวน 3 ผลงาน โดยมีส่วนราชการได้รับรางวัลจำนวน 2 หน่วยงาน ได้แก่ กรมชลประทาน ได้รับรางวัลชนะเลิศ (1st Place Winner) ประเภทรางวัล Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms ในงานบริการโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาแม่ยม จังหวัดแพร่ และโรงพยาบาลราชวิถี ได้รับรางวัลรองชนะเลิศ (2nd Place Winner) ประเภทรางวัล Advancing knowledge management in government

- ปี พ.ศ. 2556 (ค.ศ. 2013) ส่วนราชการไทยที่ผ่านการพิจารณาในรอบแรก จำนวน 39 ผลงาน ได้รับการพิจารณาให้ผ่านเข้าสู่รอบที่สองจำนวน 26 ผลงาน ผ่านเข้าสู่รอบที่สาม ซึ่งเป็นรอบสุดท้าย จำนวน 13 ผลงาน และได้รับการตัดสินให้ได้รับรางวัล 1 ผลงาน ได้แก่ สถาบันพัฒนาการเด็กกราชนครินทร์ จังหวัด เชียงใหม่ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้รับรางวัลชนะเลิศ (1st Place Winner) สาขา Improving the delivery of services จากผลงาน “Child First – Work Together (CF-WT)”
- ปี พ.ศ. 2557 (ค.ศ. 2014) ส่วนราชการไทยที่ผ่านการพิจารณาในรอบแรก จำนวน 33 ผลงาน ได้รับการพิจารณาให้ผ่านเข้าสู่รอบที่สองจำนวน 26 ผลงาน ผ่านเข้าสู่รอบที่สาม ซึ่งเป็นรอบสุดท้าย จำนวน 13 ผลงาน และได้รับการตัดสินให้ได้รับรางวัล 2 ผลงาน ได้แก่ สำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 9 กรมควบคุมโรค ได้รับรางวัลชนะเลิศ (1st Place Winner) สาขา Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms จากผลงาน “Community Participation for Effective Malaria Management in Tha Song Yang Di” และโรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับรางวัลชนะเลิศ (1st Place Winner) สาขา Promoting gender-responsive delivery of public services จากผลงาน “One Stop Crisis Centre”
- ปี พ.ศ. 2558 (ค.ศ. 2015) ส่วนราชการไทยที่ผ่านการพิจารณาในรอบแรก จำนวน 25 ผลงาน ได้รับการพิจารณาให้ผ่านเข้าสู่รอบที่สองจำนวน 9 ผลงาน ผ่านเข้าสู่รอบที่สาม ซึ่งเป็นรอบสุดท้าย จำนวน 6 ผลงาน และได้รับการตัดสินให้ได้รับรางวัล 2 ผลงาน ได้แก่ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาสารคาม ได้รับรางวัลชนะเลิศ (1st Place Winner) สาขา Promoting Whole of Government Approaches in the Information Age จากผลงาน “Holistic School in Hospital Initiative (HSH)” และโรงพยาบาลขอนแก่น ได้รับรางวัลชนะเลิศ (2nd Place Winner) สาขา Promoting gender-responsive delivery of public services จากผลงาน “Fast-track Service for High-risk Pregnancies”

ตารางสรุปจำนวนส่วนราชการไทยที่สมัครขอรับรางวัล United Nations Public Service Awards

จำนวนส่วนราชการ				
ปี	รอบแรก	รอบสอง	รอบสาม	ได้รับรางวัล
2007	8	3	-	-
2008	15	6	4	1
2009	21	9	6	1
2010	16	6	-	-
2011	21	18	11	2
2012	19	10	3	2
2013	39	26	13	1
2014	33	18	8	2
2015	25	9	6	2

บทที่ 2

ประเภทรางวัล United Nations Public Service Awards

2.1 ประเภทรางวัล (Categories)

ตั้งแต่มีการมอบรางวัล United Nations Public Service Awards ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 เป็นต้นมา องค์การสหประชาชาติ ได้มีการปรับเปลี่ยนสาขาการให้รางวัลเพื่อให้เป็นไปตามแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไปของ กระแสสังคมโลกในการให้บริการสาธารณะ ดังนี้

ปี ค.ศ.	สาขารางวัล
2003	<ol style="list-style-type: none"> 1. สาขาการปรับปรุงความสามารถในการตอบสนองความรับผิดชอบและความโปร่งใสในการบริการสาธารณะ 2. สาขาการพัฒนาการให้บริการประชาชน
2007	<ol style="list-style-type: none"> 1. สาขาการปรับปรุงความสามารถในการตอบสนองความรับผิดชอบและความโปร่งใสในการบริการสาธารณะ 2. สาขาการพัฒนาการให้บริการประชาชน 3. สาขาการส่งเสริม สนับสนุน การมีส่วนร่วม ในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายผ่านกลไกด้านนวัตกรรม
2008	<ol style="list-style-type: none"> 1. สาขาการปรับปรุงความสามารถในการตอบสนองความรับผิดชอบและความโปร่งใสในการบริการสาธารณะ 2. สาขาการปรับปรุงการให้บริการ 3. สาขาการส่งเสริม สนับสนุน การมีส่วนร่วม ในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายผ่านกลไกด้านนวัตกรรม 4. สาขาการเสริมสร้างการจัดการความรู้ในภาครัฐ
2011	<ol style="list-style-type: none"> 1. สาขาการป้องกันและปราบปรามการทุจริตประพฤติมิชอบในงานบริการสาธารณะ 2. สาขาการพัฒนาการให้บริการประชาชน 3. สาขาการส่งเสริม สนับสนุน การมีส่วนร่วม ในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายผ่านกลไกด้านนวัตกรรม 4. สาขาการเสริมสร้างการจัดการความรู้ในภาครัฐ 5. สาขาการส่งเสริมการตอบสนองความเสมอภาคทางเพศในการส่งมอบบริการสาธารณะ
2013	<ol style="list-style-type: none"> 1. สาขาการป้องกันและต่อต้านการคอร์รัปชันในการบริการสาธารณะ 2. สาขาการพัฒนาการให้บริการประชาชน

ปี ค.ศ.	สาขารางวัล
	3. สาขาการส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายผ่านกลไกด้านนวัตกรรม 4. สาขาการส่งเสริมแนวทางการดำเนินการของภาครัฐโดยรวมในยุคข้อมูลข่าวสาร 5. สาขาการส่งเสริมการตอบสนองความเท่าเทียมกันในการให้บริการสาธารณะ
2014 - ปัจจุบัน	1. การพัฒนาการให้บริการประชาชน (Improving the Delivery of Public Services) 2. การส่งเสริม สนับสนุนการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายผ่านกลไกด้านนวัตกรรม (Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms) 3. การส่งเสริมแนวทางการดำเนินการของภาครัฐโดยรวมในยุคข้อมูลข่าวสาร (Promoting Whole-of-Government Approaches in the Information Age) 4. การส่งเสริมการตอบสนองความเท่าเทียมกันในการให้บริการสาธารณะ (Promoting gender-responsive delivery of public services)

2.2 เกณฑ์การพิจารณารางวัล

หลักเกณฑ์ในการพิจารณารางวัล UN Award ในแต่ละประเภท สรุปได้ดังตาราง

Category 1 Improving the Delivery of Public Service	Category 2 Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms	Category 3 Promoting Whole-of- Government Approached in the Information Age	Category 4 Promoting Gender- Responsive Delivery of Public Services
Increases Efficiency การเพิ่มประสิทธิภาพ	Promotes responsiveness ส่งเสริมการตอบสนอง	Promotes regulatory and institutional frameworks to harmonize policies, programmes, and integrate services ส่งเสริมกรอบแนวคิด เชิงกฎระเบียบและสถาบันที่ ทำให้เกิดการประสาน นโยบาย โครงการและ บูรณาการบริการ	Provides high quality service delivery for women จัดหาบริการที่มีคุณภาพสูง สำหรับกลุ่มสตรี

Category 1 Improving the Delivery of Public Service	Category 2 Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms	Category 3 Promoting Whole-of- Government Approached in the Information Age	Category 4 Promoting Gender- Responsive Delivery of Public Services
Provides High- Quality Service Delivery การจัดให้มีบริการที่มี คุณภาพ	Promotes Participation through New Institutional Mechanisms ส่งเสริมการมีส่วนร่วมผ่าน กลไกทางสถาบันใน รูปแบบใหม่	Foster leadership, human resource capacities and a collaborative organizational culture ส่งเสริมภาวะผู้นำ ศักยภาพ ของทรัพยากรมนุษย์ และ วัฒนธรรมองค์กร	Promotes accountability in service delivery to women ส่งเสริมการรับผิดชอบใน การ ส่งมอบบริการให้กับกลุ่มสตรี
Incorporates Citizens' feedback การรวบรวมความ คิดเห็น คำติชมของประชาชน	Facilitates e- Participation อำนวยความสะดวกใน การมี ส่วนร่วมผ่านระบบ อิเล็กทรอนิกส์	Enhances organizational performance, interopera- bility, and open standards ยกระดับผลการปฏิบัติงาน ขององค์กร ประสิทธิภาพ การทำงานร่วมกันและ มาตรฐานเปิด	Promotes transparency in service delivery to women เสริมสร้างความโปร่งใส ในการส่งมอบบริการให้กับ กลุ่มสตรี
Improves Access and Promotes Equity ปรับปรุงการ เข้าถึงบริการ และ ส่งเสริมให้เกิดความ เสมอภาคในการรับ บริการ	Transforms Administration เปลี่ยนแปลงระบบบริหาร จัดการ	Promotes social inclusiveness and collaboration among government agencies and citizen ส่งเสริมความเติบโตทางสังคม และความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานภาครัฐและพลเมือง	Promotes responsiveness to the needs of women ส่งเสริมการตอบสนอง ต่อความต้องการของ กลุ่มสตรี
Promotes Partnership ส่งเสริม การทำงาน แบบหุ้นส่วน	Introduces a New Concept เสนอแนะแนวคิดใหม่	Transforms administration การเปลี่ยนแปลงการบริหาร	Promotes gender parity in public service delivery ส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศ ในการส่งมอบบริการสาธารณะ

Category 1 Improving the Delivery of Public Service	Category 2 Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms	Category 3 Promoting Whole-of- Government Approached in the Information Age	Category 4 Promoting Gender- Responsive Delivery of Public Services
Transforms Administration เปลี่ยนแปลงระบบ บริหารจัดการ		Introduces a new concept เสนอแนะแนวคิดใหม่	Transforms administration เปลี่ยนแปลงระบบ บริหารจัดการ
Introduces a New Concept เสนอแนะแนวคิดใหม่			Introduces a new concept for women's participation in policy making เสนอแนะแนวคิดใหม่ ในเรื่องการมีส่วนร่วมของ กลุ่มสตรีในการกำหนดนโยบาย

โดยในแต่ละหลักเกณฑ์การพิจารณา มีคำอธิบายเพิ่มเติมดังตาราง

ประเภทที่ 1 การพัฒนาการให้บริการประชาชน

Category 1 Improving the Delivery of Public Services

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบายโดยสังเขป
Increases Efficiency การเพิ่มประสิทธิภาพ	Streamlines processes, reduces red tape, and improves coordination and other measures resulting in increased efficiency. The increase in efficiency must be supported by quantifiable indicators, surveys, questionnaires, etc. เพิ่มประสิทธิภาพในกระบวนการให้บริการ เช่น การลดระเบียบขั้นตอนที่ยุงยากของทางราชการ ปรับปรุงการประสานงาน และดำเนินการมาตรการอื่น ๆ ทั้งนี้ การเพิ่มขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ต้องได้รับการประเมินจากตัวชี้วัดเชิงปริมาณ การสำรวจ หรือแบบสอบถาม เป็นต้น

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบายโดยสังเขป
<p>Provides High-Quality Service Delivery</p> <p>การจัดให้มีบริการที่มีคุณภาพ</p>	<p>Provides timeliness, courtesy, access and client-orientation in public service delivery. Includes the availability of government services at times and in ways that are more convenient to the public, for example, speedy processing of applications or claims, reduction in the amount of paperwork and other activities citizens must perform in order to demonstrate compliance.</p> <p>จัดให้มีบริการที่เหมาะสมกับเวลา มีความสุภาพและมารยาทที่ดีในการบริการ สามารถเข้าถึงบริการและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ รวมถึงความสามารถในการบริการของภาครัฐ ณ ช่วงเวลา และช่องทางที่ทำให้ประชาชนมีความสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น มีกระบวนการในการรับเรื่องหรือรับคำร้องที่รวดเร็ว มีการลดปริมาณการใช้เอกสาร และลดขั้นตอน/กิจกรรมที่ประชาชนจะต้องดำเนินการติดต่อกับราชการด้วยตนเอง</p>
<p>Incorporates Citizens' Feed-back</p> <p>การรวบรวมความคิดเห็น</p> <p>คำติชมของประชาชน</p>	<p>Actively incorporates citizens' inputs and feed-back regarding public service delivery satisfaction.</p> <p>จัดให้มีกิจกรรมต่าง ๆ ที่เป็นการรวบรวมความคิดเห็นและเสียงสะท้อนของประชาชนเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานบริการสาธารณะ</p>
<p>Improves Access and Promotes Equity</p> <p>ปรับปรุงการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมให้เกิดความเสมอภาคในการรับบริการ</p>	<p>Promotes equity by extending service delivery to vulnerable groups (e.g. the poor, women, minorities, the youth, elderly, the disabled and others) and/or enables service delivery to a wider population, particularly through mechanisms that promote social inclusion. Has extended services to a wider population than before.</p> <p>ส่งเสริมความเสมอภาค โดยขยายการให้บริการไปยังกลุ่มผู้ด้อยโอกาส เช่น คนยากจน กลุ่มสตรี ชนกลุ่มน้อย เยาวชน ผู้สูงอายุ คนพิการ เป็นต้น และ/หรือสามารถทำให้การให้บริการขยายไปยังประชาชนมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่านกลไกที่ส่งเสริมการหลอมรวมสังคม (social inclusion)</p>

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบายโดยสังเขป
Promotes Partnerships ส่งเสริมการทำงาน แบบหุ้นส่วน	Promotes partnerships between the public sector, civil society and the private sector in public service design and implementation. ส่งเสริมการทำงานแบบหุ้นส่วน ระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการออกแบบบริการสาธารณะ และนำไปสู่การปฏิบัติ
Transforms Administration เปลี่ยนแปลงระบบบริหารจัดการ	Involves transformation within a large framework rather than incremental improvements. Innovative methods, tools and techniques, in the context of a given country or region, are applied to themes such as modernization, change of organizational culture, administrative reforms or the overhaul of government service delivery procedures. เป็นการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารในภาพใหญ่มากกว่าการปรับปรุงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยการนำหลักการ เครื่องมือ และเทคนิคที่เป็นนวัตกรรมใหม่ ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้กับแนวคิดตามบริบทของประเทศหรือภูมิภาค ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงบริการ เช่น การทำให้ทันสมัย การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กร การปฏิรูปการบริหารจัดการ หรือการปรับปรุงขนาดใหญ่ในขั้นตอนการให้บริการของภาครัฐ
Introduces a New Concept เสนอแนะแนวคิดใหม่	Introduces a unique idea, distinctively new approach to problem solution, or unique policy or implementation design, in the context of a given country or region, for transparency, accountability and responsiveness in the Public Service. เสนอแนะแนวคิดนโยบายที่มีความเป็นเอกลักษณ์ที่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม หรือออกแบบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยคำนึงถึงบริบทของประเทศและภูมิภาค เพื่อให้เกิดความโปร่งใส ความรับผิดชอบ และตอบสนองต่อปัญหาในงานบริการสาธารณะ

ประเภทที่ 2 การส่งเสริม สนับสนุน การมีส่วนร่วม ในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายผ่านกลไก
ด้านนวัตกรรม

Category 2 Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบายโดยสังเขป
Promotes responsiveness ส่งเสริมการตอบสนอง	Enhances responsiveness of government to the demands and needs of citizens; favours the inclusion of the views of concerned sections of the community in public affairs; and demonstrates openness through consultative mechanisms with the public. พัฒนาความสามารถของภาครัฐในการตอบสนองต่อความต้องการและ ความต้องการพื้นฐานของประชาชน โดยเฉพาะการให้ความใส่ใจกับมุมมอง ของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชนต่อประเด็นกิจกรรมสาธารณะที่ได้รับความ สนใจ และการรับฟังความคิดเห็นผ่านกลไกภาคประชาชนหรือประชาพิจารณ์
Promotes Participation through New Institutional Mechanisms ส่งเสริมการมีส่วนร่วมผ่านกลไก ทางสถาบันในรูปแบบใหม่	Implements new processes and institutional mechanisms to channel the demands and views of citizens. This may include decision-support systems, government networking, and consultation mechanisms leading to more effective policymaking and implementation as well as holistic and “horizontal” approaches to public service delivery and management. มีการดำเนินการในกระบวนการและกลไกทางสถาบันในรูปแบบใหม่ ซึ่งเป็น ช่องทางในการรับฟังความต้องการและความคิดเห็นของประชาชน ซึ่งอาจ หมายรวมถึงระบบสนับสนุนการตัดสินใจเครือข่ายการทำงานภาครัฐ และ กลไกการให้คำปรึกษาที่นำไปสู่การกำหนดนโยบายและการนำไปปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเดียวกันกับการจัดการและส่งมอบบริการสาธารณะ ในรูปแบบองค์รวมและแนวนราบ
Facilitates e-Participation อำนวยความสะดวกในการมี ส่วนร่วมผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์	Enables governments – policy makers and public officials – to better interact with the public, particularly individual citizens, and allows citizens, for instance, to better express their needs, participate in and influence policy-making; comment on policy implementation; provide feedback on government services (on and off-line services); and file complaints. สร้างช่องทางหรือระบบให้ประชาชนสามารถเข้าถึงภาครัฐ ทั้งผู้กำหนด นโยบายและเจ้าหน้าที่ของรัฐได้มากขึ้น โดยให้ประชาชนแสดงความต้องการมี

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบายโดยสังเขป
	<p>ส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ให้ความคิดเห็นต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับการบริการภาครัฐและคำติชม และให้ข้อมูลสะท้อนการให้บริการภาครัฐผ่านช่องทางเครื่องมือทางอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น เพื่อการตอบสนอง และปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างภาครัฐกับประชาชน</p>
<p>Transforms Administration เปลี่ยนแปลงระบบบริหารจัดการ</p>	<p>Involves transformation within a large framework rather than incremental improvements. Innovative methods, tools and techniques, in the context of a given country or region, are applied to themes such as modernization, change of organizational culture, administrative reforms or the overhaul of government service delivery procedures.</p> <p>เป็นการเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารในภาพใหญ่มากกว่าการปรับปรุงแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยการนำหลักการ เครื่องมือ และเทคนิคที่เป็นนวัตกรรมใหม่ ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้กับแนวคิดตามบริบทของประเทศหรือภูมิภาค ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงบริการ เช่น การทำให้ทันสมัย การเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กร การปฏิรูปการบริหารจัดการหรือการปรับปรุงขนานใหญ่ในขั้นตอนการให้บริการของภาครัฐ</p>
<p>Introduces a New Concept เสนอแนะแนวคิดใหม่</p>	<p>Introduces a unique idea, distinctively new approach to problem solution, or unique policy or implementation design, in the context of a given country or region, for greater participation of citizens in policy-making decisions, particularly for the poor.</p> <p>เสนอแนะแนวคิดนโยบายที่มีความเป็นเอกลักษณ์ที่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม หรือออกแบบในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยคำนึงถึงบริบทของประเทศและภูมิภาค เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจกำหนดนโยบายโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับกลุ่มคนจน</p>

ประเภทที่ 3 การส่งเสริมแนวทางการดำเนินการของภาครัฐโดยรวมในยุคข้อมูลข่าวสาร**Category 3** Promoting Whole-of-Government Approaches in the Information Age

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบายโดยสังเขป
<p>Promotes regulatory and institutional frameworks to harmonize policies, programmes, and integrate services</p> <p>ส่งเสริมกรอบแนวคิด เชิงบูรณาการและสถาบันที่ทำให้ เกิดการประสานนโยบาย โครงการ และบูรณาการบริการ</p>	<p>Develops and implements national strategies, regulatory and institutional frameworks (including infrastructure, people and processes) to harmonize policies and programmes by promoting collaboration and maximizing synergies between different government sectors in order to promote collaborative outcomes that increase public value. Aligns in a coherent way government's holistic vision of development with inter-agency strategies, objectives, roles and responsibilities. Promotes horizontal and vertical cooperation, among different levels of government, to provide integrated services. Provides an institutional framework and mechanisms that ensure a proper balance between cross-sectoral collaboration and sectoral accountability.</p> <p>พัฒนาและนำยุทธศาสตร์ระดับชาติไปสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดกรอบแนวคิด เชิงบูรณาการและสถาบัน (รวมถึงโครงสร้างพื้นฐาน ทรัพยากรบุคคล และ กระบวนการ) เพื่อแสดงถึงการประสานนโยบาย โครงการ ซึ่งอาศัยความ ร่วมมือและการผนึกกำลังของหน่วยงานภาครัฐเพื่อประโยชน์และการสร้าง คุณค่าต่อสาธารณะ รวมทั้ง การสร้างความสอดคล้องในแบบองค์รวมของ วิสัยทัศน์ กลยุทธ์ วัตถุประสงค์ บทบาทและความรับผิดชอบร่วมกันระหว่าง หน่วยงาน ส่งเสริมความร่วมมือทั้งในแนวดิ่งและแนวราบเพื่อให้บูรณาการ การบริการ จัดให้มีสถาบันและกลไกเพื่อสร้างความมั่นใจว่าเกิดความสมดุล ของความร่วมมือและการะับผิดชอบของภาคส่วนต่าง ๆ</p>
<p>Foster leadership, human resource capacities and a collaborative organizational culture</p> <p>ส่งเสริมภาวะผู้นำ ศักยภาพของ ทรัพยากรมนุษย์ และวัฒนธรรม องค์กร</p>	<p>Have clear vision, political will and understanding of the ICT tools to improve government functions and human resources capacities to work across organizational boundaries through continuous learning, training and other capacity-building activities. Promotes an organizational culture that encourages collaboration to achieve shared goals and outcomes to increase public value.</p>

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบายโดยสังเขป
	<p>มีวิสัยทัศน์ เจตจำนงทางการเมือง และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเทคโนโลยีและการสื่อสาร (ICT) เพื่อปรับปรุงบทบาทหน้าที่ของรัฐ ชีตความสามารถของทรัพยากรมนุษย์ในการทำงานแบบข้ามหน่วยงานที่ข้ามผ่านการเรียนรู้</p> <p>อย่างการฝึกอบรมและกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรที่สร้างความร่วมมือเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันและเพิ่มมูลค่าต่อสาธารณะ</p>
<p>Enhances organizational performance, interoperability, and open standards</p> <p>ยกระดับผลการปฏิบัติงานขององค์กร ประสิทธิภาพการทำงานร่วมกันและมาตรฐานเปิด</p>	<p>Enhances organizational performance by integrating vital government services across different agencies by using open standards, open data and encourages use of shared systems such as cloud computing for seamless integration. Minimizes duplication of efforts and reduces costs through knowledge sharing and data exchange, more effective deployment of resources through integration of back-end office operations, utilization of innovative channels and tools such as ICT tools, and by providing, inter alia, one-stop shops, online and mobile sites that aggregate government services for ease of discovery and access, etc. Allows different systems to exchange information, to combine it with other information resources and to subsequently process it in a meaningful manner both horizontally and vertically. Takes into consideration privacy and security issues while achieving interoperability between systems.</p> <p>ยกระดับผลการปฏิบัติงานขององค์กร โดยการบูรณาการบริการภาครัฐที่สำคัญด้วยมาตรฐานเปิดและข้อมูลเปิด รวมทั้ง กระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกัน เช่น cloud computing เป็นต้น การแสดงถึงการลดต้นทุนให้ต่ำลงในเรื่องของความซ้ำซ้อนโดยส่งเสริมการแบ่งปันความรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลรวมทั้งการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการใช้ระบบปฏิบัติการร่วมกัน</p> <p>การพัฒนาช่องทางการบริการภาครัฐด้วยนวัตกรรมเทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น one-stop shop บริการผ่านออนไลน์และโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น เพื่ออำนวยความสะดวกและกระจายการเข้าถึงให้ครอบคลุม นอกจากนี้ยังรวมถึงการพัฒนาเพื่อให้ระบบแตกต่างกันสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกันโดยคำนึงถึงประเด็นสิทธิส่วนบุคคลและความปลอดภัยของระบบ</p>

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบายโดยสังเขป
<p>Promotes social inclusiveness and collaboration among government agencies and citizen</p> <p>ส่งเสริมความเติบโตทางสังคมและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและพลเมือง</p>	<p>Promotes social inclusiveness by reaching out to the vulnerable populations including (i) the poor; (ii) women; (iii) the physically challenged; (iv) the illiterate; (v) the youth; (vi) the elderly; (viii) migrants; and (viii) the indigenous people; increases communication and interaction among government agencies and citizens with the objective of improving information flow, transparency and accountability; includes channels for active participation of citizens and mechanisms for monitoring and evaluation of development management in co-creating public value towards public governance.</p> <p>ส่งเสริมความเติบโตทางสังคมโดยให้โอกาสการเข้าถึงของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ได้แก่ (1) ผู้ยากจน (2) สตรี (3) ผู้พิการทางร่างกาย (4) ผู้ไม่รู้หนังสือ (5) เยาวชน (6) ผู้สูงอายุ (7) ผู้อพยพ (8) ชนพื้นเมือง โดยมีการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานของรัฐกับพลเมืองเพื่อให้เกิดการไหลของข้อมูล ข่าวสาร ความโปร่งใส การรับผิดชอบ รวมทั้งการพัฒนาช่องทางและกลไกการมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มีการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการในการร่วมสร้างสรรค์คุณค่าสาธารณะของธรรมาภิบาลภาครัฐ</p>
<p>Transforms administration</p> <p>การเปลี่ยนแปลงการบริหาร</p>	<p>Involves transformation within a large framework rather than incremental improvements. Innovative methods, tools and techniques, in the context of a given country or region, and, are applied to transform public sector organizations through the application of whole-of-government approaches to service delivery, among other things, through the strategic application of ICT in government.</p> <p>เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิดใหญ่มากกว่าการปรับปรุงงาน เน้นการพัฒนานวัตกรรม เครื่องมือและเทคนิคในบริบทของประเทศหรือภูมิภาคที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ เพื่อส่งมอบบริการด้วยแผนเทคโนโลยีสารสนเทศของรัฐบาล</p>
<p>Introduces a new concept</p> <p>แนวคิดใหม่</p>	<p>Introduces a unique idea, distinctively new policy and implementation design, approach to promoting whole-of-government approaches and/or innovation, in the context of a given country or region, for greater public sector performance and socio-economic development.</p>

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบายโดยสังเขป
	เป็นความคิดใหม่ที่เกิดขึ้น เป็นนโยบายใหม่และออกแบบการดำเนินการตามแนวทางการส่งเสริมวิธีการของรัฐ และ/หรือนวัตกรรมในบริบทของประเทศหรือภูมิภาคเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของภาครัฐและการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

ประเภทที่ 4 การส่งเสริมการตอบสนองความเสมอภาคทางเพศในการส่งมอบบริการสาธารณะ

Category 4 Promoting Gender-Responsive Delivery of Public Services

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบายโดยสังเขป
Provides high quality service delivery for women จัดหาบริการที่มีคุณภาพสูงสำหรับกลุ่มสตรี	Provides increased access to high quality and affordable service delivery for women; Includes innovations in service delivery mechanisms that cater to the specific needs of women, in particular responding to the specific security risks, care burden, mobility and access issues faced by women. จัดให้มีบริการที่มีคุณภาพสูงที่สามารถจับจ่ายใช้สอยได้ สำหรับกลุ่มสตรีเพิ่มมากขึ้นรวมถึงนวัตกรรมในกลไกการส่งมอบบริการ ที่จัดให้ตรงกับความต้องการพื้นฐานกับกลุ่มสตรี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตอบสนองต่อความเสี่ยงด้านความปลอดภัยที่มีความเฉพาะเจาะจงกับสตรี ภาระในการดูแล การเคลื่อนย้าย และปัญหาการเข้าถึงที่มีการเผชิญหน้ากับสตรี
Promotes accountability in service delivery to women ส่งเสริมการรับผิดชอบในการส่งมอบบริการให้กับกลุ่มสตรี	Utilizes documentation in various forms which can serve as evidence of a government's conformity to women's human rights; ensures mechanisms that support women to easily obtain information about government actions, initiate investigations or be compensated where necessary; and ensures that officials are sanctioned when women's needs are ignored or when women's rights for service delivery are not protected. การใช้เอกสารในแบบฟอร์มต่าง ๆ ที่แสดงถึงหลักฐานทางราชการ ต้องเป็นไปตามสิทธิมนุษยชนของสตรีสร้างกลไกสนับสนุนให้กลุ่มสตรีสามารถได้รับข้อมูลจากภาครัฐง่ายขึ้น สามารถตรวจสอบเบื้องต้น หรือได้รับการชดเชยในกรณีที่เป็น และ การสร้างความมั่นใจต่อบทลงโทษเจ้าหน้าที่รัฐ เมื่อละเลยหรือไม่ปกป้องในการให้บริการสตรีตามความต้องการพื้นฐานหรือตามสิทธิสตรีที่ควรจะได้รับ

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบายโดยสังเขป
<p>Promotes transparency in service delivery to women</p> <p>เสริมสร้างความโปร่งใสในการส่งมอบบริการให้กับกลุ่มสตรี</p>	<p>Creates mechanisms to increase the ability of women to observe, monitor and analyze government decision-making and processes, including participatory budgeting and planning processes, and citizen feedback mechanisms.</p> <p>สร้างกลไกในการเพิ่มความสามารถของกลุ่มสตรีในการร่วมสังเกต ติดตาม และวิเคราะห์กระบวนการทำงาน และการตัดสินใจของรัฐบาล รวมถึงการมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนและการจัดทำงบประมาณ และกลไกในการรับฟังคำติชมจากประชาชน</p>
<p>Promotes responsiveness to the needs of women</p> <p>ส่งเสริมการตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มสตรี</p>	<p>Enhances responsiveness of government to the demands and needs of women, in particular those in remote rural areas; Demonstrates openness through consultative mechanisms with women and their representatives; Implements new processes and institutional mechanisms to channel the demands and views of women. This may include decision-support systems, government networking, and consultation mechanisms leading to more effective policymaking and implementation as well as multi-sectoral and “horizontal” approaches to public service delivery and management.</p> <p>ส่งเสริมให้ภาครัฐมีการตอบสนองต่อความต้องการและความต้องการพื้นฐานของกลุ่มสตรีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสตรีในพื้นที่ห่างไกล โดยการเปิดรับฟังความคิดเห็นผ่านกลไกภาคประชาชนที่มีผู้แทนของกลุ่มสตรี การปรับปรุงกระบวนการใหม่ และกลไกสถาบันที่จะเป็นช่องทางในการแสดงความต้องการหรือความคิดเห็นของกลุ่มสตรี ซึ่งอาจหมายถึงระบบสนับสนุนการตัดสินใจเครือข่ายการทำงานภาครัฐ และกลไกการให้คำปรึกษา ที่นำไปสู่การกำหนดนโยบายและ การนำไปปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่นเดียวกันกับการจัดการและส่งมอบบริการสาธารณะในรูปแบบหลากหลายภาคส่วนและแนวราบ</p>

หลักเกณฑ์การพิจารณา	คำอธิบายโดยสังเขป
<p>Promotes gender parity in public service delivery</p> <p>ส่งเสริมความเสมอภาคทางเพศในการส่งมอบบริการสาธารณะ</p>	<p>Introduces incentives and changes in employment policies, including recruitment, promotion, training, compensation and career management policies, to increase the number of women in the public sector at all levels, including those in the front line and at decision making levels.</p> <p>เสนอสิ่งจูงใจและการเปลี่ยนแปลงในนโยบายการจ้างงาน รวมถึงการสรรหา การเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น การฝึกอบรม การบริหารค่าตอบแทน และนโยบาย การบริหารสายอาชีพที่จะเพิ่มจำนวนสตรีในภาครัฐทุกระดับ รวมถึงผู้ที่อยู่ใน แนวหน้าในระดับการตัดสินใจ</p>
<p>Transforms administration</p> <p>เปลี่ยนแปลงระบบบริหารจัดการ</p>	<p>Involves transformation of a large framework, rather than incremental improvements, to promote women's rights; Innovative methods, tools and techniques, in the context of a given country or region, and, are applied to respond to needs of women. These may include the provision of e-government services; a change in organizational culture; administrative reforms; or the overhaul of government procedures for gender responsive service delivery and the application of knowledge management processes.</p> <p>ในการส่งเสริมเรื่องสิทธิสตรีเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงภายใต้กรอบใหญ่ใน การทำงานมากกว่าการเปลี่ยนแปลงพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป โดยการนำ หลักการ เครื่องมือและเทคนิคที่เป็นนวัตกรรมใหม่ ๆ เข้ามาประยุกต์ใช้กับ แนวคิดตามบริบทของประเทศหรือภูมิภาค และสามารถตอบสนองความ ต้องการของกลุ่มสตรีได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจรวมถึงการจัดให้มีการบริการทาง อิเล็กทรอนิกส์ (e-Service) ของรัฐบาลการเปลี่ยนแปลงวัฒนธรรมองค์กร การปฏิรูปการบริหารจัดการ หรือการปรับปรุงขนานใหญ่ในขั้นตอนการ ให้บริการของภาครัฐเพื่อตอบสนองความเสมอภาคทางเพศในการส่งมอบ บริการ และการนำกระบวนการจัดการความรู้มาประยุกต์ใช้</p>
<p>Introduces a new concept for women's participation in policy making</p> <p>เสนอแนะแนวคิดใหม่</p> <p>ในเรื่องการมีส่วนร่วมของกลุ่มสตรี ในการกำหนดนโยบาย</p>	<p>Introduces a distinctively new approach to promoting the participation of citizens, especially poor women, in policymaking; this may be through the application of a new knowledge management technique, unique policy, or implementation design in the context of a given country or region.</p> <p>เสนอแนวทางใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มสตรี ที่ยากจน ในการกำหนดนโยบาย ทั้งนี้อาจจะผ่านการประยุกต์ใช้เทคนิคการ จัดการความรู้ใหม่ ๆ นโยบายที่มีความเฉพาะหรือการออกแบบนโยบายในการ นำไปสู่การปฏิบัติในบริบทของประเทศหรือภูมิภาค</p>

การสมัครขอรับรางวัล United Nations Public Service Awards ในทุกประเภทรางวัล ผู้เสนอขอรับรางวัลจะต้องตอบคำถามหลัก 12 คำถาม ดังนี้

คำถาม	คำแปล
A. การวิเคราะห์ปัญหา (PROBLEM ANALYSIS) (สัดส่วนคะแนนร้อยละ 5 ของคะแนนทั้งหมด)	
1) What was the problem before the implementation of the initiative? Describe in no more than 500, words the situation before the initiative began. What major problems and issues needed to be addressed? What social groups, e.g., the poor, illiterate, disabled, elderly, immigrants, women, youth, ethnic minorities, were affected and in what ways?	1) ปัญหาหรือสถานการณ์ก่อนที่จะริเริ่มโครงการคืออะไร ให้บรรยายถึงปัญหาความเป็นมา และ ความสำคัญ ที่นำมาสู่การริเริ่มกิจกรรม/โครงการ เพื่อการแก้ปัญหา โดยให้เขียนประเด็นที่เป็นหัวใจสำคัญ รวมทั้งกลุ่มทางสังคมที่ได้รับผลกระทบด้วย เช่น สตรี เด็ก ชนกลุ่มน้อย เป็นต้น (ความยาวไม่เกิน 500 คำ)
B. กลยุทธ์การดำเนินการ (STRATEGIC APPROACH) (สัดส่วนคะแนนร้อยละ 25 ของคะแนนทั้งหมด)	
2) Who proposed the solution and how did the initiative solve the problem? In no more than 600 words, summarize what the initiative is about and how it solved the problem. This should include a description of the strategy including its main objectives and target audiences.	2) ใครคือผู้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหามีแนวทาง การแก้ปัญหาอย่างไร ให้สรุปว่าโครงการที่ริเริ่มขึ้นคืออะไร และ สามารถแก้ปัญหาได้อย่างไร อาจจะรวมถึง การอธิบายถึงกลยุทธ์ที่ใช้ รวมถึง วัตถุประสงค์หลัก และกลุ่มเป้าหมาย (ความยาวไม่เกิน 600 คำ)
3. In which ways is the initiative creative and innovative? In no more than 200 words, illustrate what makes the initiative unique and how it addressed the problem in new and different ways. List the creative and innovative approaches that allowed for its success?	3. อธิบายสิ่งที่เป็นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์หรือเป็นนวัตกรรม ให้อธิบายให้เห็นถึงสิ่งที่เป็นความคิดริเริ่มที่เป็นลักษณะเฉพาะ และวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นรูปแบบใหม่และแตกต่าง ให้ระบุวิธีการสร้างความคิดริเริ่มและสร้างนวัตกรรมที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ (ความยาวไม่เกิน 200 คำ)

คำถาม	คำแปล
C. การดำเนินการและการนำไปปฏิบัติ (EXECUTION AND IMPLEMENTATION) (สัดส่วนคะแนนร้อยละ 30 ของคะแนนทั้งหมด)	
4. How was the strategy implemented? In no more than 600 words, describe the elements of the action plan that was developed to implement the strategy including key developments and steps, main activities and the chronology. Upload your implementation plan (maximum file size 2MB or less than 5 pages)	4) กลยุทธ์และการนำไปสู่การปฏิบัติ คืออะไร อธิบายองค์ประกอบของการจัดทำแผนปฏิบัติการที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นกลยุทธ์นำไปสู่การปฏิบัติที่สำคัญและขั้นตอน กิจกรรมหลักและเหตุการณ์สำคัญ (ความยาวไม่เกิน 600 คำ) ทั้งนี้ สามารถอัปโหลดแผนปฏิบัติการ (ขนาดไม่เกิน 2 หรือน้อยกว่า 5 หน้า)
5. Who were the stakeholders involved in the implementation? In no more than 300 words, specify who contributed to the design and/or implementation of the initiative, including relevant civil servants, public institutions, organizations, citizens, NGOs, private sector, etc.	5) ใครคือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในการนำไปสู่การปฏิบัติ ให้ระบุผู้ที่มีส่วนร่วมในการออกแบบและ/หรือการดำเนินการตามความคิดริเริ่ม ซึ่งรวมถึงข้าราชการที่เกี่ยวข้องสถาบันของรัฐและองค์กรประชาชนเอ็นจีโอภาคเอกชน ฯลฯ (ความยาวไม่เกิน 300 คำ)
6. What resources were used for the initiative and how were they mobilized? In no more than 500 words, specify what were the financial, technical and human resources' costs associated with this initiative. How was the project funded and who contributed to the financing?	6) ทรัพยากรที่นำมาใช้คืออะไร ให้ระบุทรัพยากรทั้งด้านการเงิน เทคนิค ทรัพยากรบุคคล ต้นทุน และอธิบายวิธีการจัดสรรหรือกระจายทรัพยากร (ความยาวไม่เกิน 500 คำ)
7. What were the most successful outputs? In no more than 400 words list no more than five concrete outputs that contributed to the success of the initiative.	7) ผลผลิตที่สำเร็จจากการดำเนินการคืออะไร ให้ระบุผลผลิตที่ประสบความสำเร็จไม่เกิน 5 สิ่งที่สนับสนุนต่อความสำเร็จของการดำเนินโครงการ (ความยาวไม่เกิน 400 คำ)

คำถาม	คำแปล
8. What systems were put in place to monitor progress and to evaluate the activities? In no more than 400 words describe how you monitored and evaluated the implementation of the strategy.	8) ระบบที่กำหนดไว้เพื่อติดตามและประเมินกิจกรรมคืออะไร ให้คำอธิบายวิธีการที่ใช้ในการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินการตามกลยุทธ์ (ความยาวไม่เกิน 400 คำ)
9. What were the main obstacles encountered and how were they overcome? In no more than 300 words describe the main problems that were encountered during the implementation and how these were addressed and overcome.	9) ปัญหาอุปสรรคหลัก ๆ คือ อะไร และสามารถเอาชนะปัญหาอุปสรรคนั้นได้อย่างไร ให้อธิบายปัญหาหลักที่พบในระหว่างดำเนินการและวิธีการเหล่านี้ถูกแก้ไขและเอาชนะ (ความยาวไม่เกิน 300 คำ)
D. ผลกระทบและความยั่งยืน (IMPACT AND SUSTAINABILITY) (สัดส่วนคะแนนร้อยละ 40 ของคะแนนทั้งหมด)	
10. What were the key benefits resulting from this initiative? In no more than 700 words describe the impact of the initiative. Provide concrete examples for how the initiative made a difference in the delivery of public services. Describe how the improved delivery of public services had a positive impact on the public. Provide information on how this impact was measured.	10) ประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการหรือความคิดริเริ่มคืออะไร ให้อธิบายถึงผลลัพธ์ ความสำเร็จของโครงการให้ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมสำหรับวิธีการที่ความคิดริเริ่มสร้างความแตกต่างในการส่งมอบบริการสาธารณะ อธิบายถึงวิธีการส่งมอบบริการสาธารณะมีผลกระทบในเชิงบวกต่อประชาชนและมีวิธีวัดผลกระทบอย่างไร (ความยาวไม่เกิน 700 คำ)

คำถาม	คำแปล
<p>11. Is the initiative sustainable and transferable?</p> <p>In no more than 500 words, describe how the initiative is being sustained (for example in terms of financial, social and economic, cultural, environmental, institutional and regulatory sustainability). Describe whether the initiative is being replicated or disseminated throughout the public service at the national and/or international levels and/or how it could be replicated.</p>	<p>11) โครงการที่ริเริ่มมีความยั่งยืนหรือไม่ สามารถถ่ายโอนได้หรือไม่</p> <p>ให้อธิบายถึงวิธีการที่ทำให้เกิดความยั่งยืน (ตัวอย่างเช่น ในแง่ของด้านการเงิน เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม สถาบันและกฎระเบียบ) และอธิบายว่าหากโครงการหรือความคิดริเริ่มนี้ถูกจำลองแบบหรือเผยแพร่สู่การบริการสาธารณะทั้งระดับชาติ และ/หรือนานาชาติ จะสามารถนำไปขยายผลได้อย่างไร (ความยาวไม่เกิน 500 คำ)</p>
<p>12. What are the lessons learned?</p> <p>In no more than 500 words, describe your overall experience with the initiative, the lessons learned and any recommendations for the future.</p>	<p>12) บทเรียนที่ได้รับ คืออะไร</p> <p>ให้อธิบายถึงองค์ประกอบหลักที่ทำให้ประสบความสำเร็จ บทเรียนที่ได้รับ และข้อเสนอแนะในอนาคต (ความยาวไม่เกิน 500 คำ)</p>

บทที่ 3

ขั้นตอนการสมัครรางวัล United Nations Public Service Awards

องค์การสหประชาชาติได้กำหนดขั้นตอนการสมัคร และแนวทางการประเมินรางวัล United Nations Public Service Awards ไว้ดังนี้

3.1 วิธีการและขั้นตอนการสมัครรางวัล United Nations Public Service Awards

การสมัครขอรับรางวัล United Nations Public Service Awards แบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1

กรอกใบสมัครทางออนไลน์ ผ่านเว็บไซต์ www.unpan.org ภายในวันที่กำหนด (ปกติองค์การสหประชาชาติจะเปิดรับสมัครในช่วงเดือนกันยายนถึงสิ้นเดือนธันวาคม) โดยเมื่อเข้าไปที่หน้าหลักของเว็บไซต์แล้วให้เลือกหัวข้อ Events หัวข้อ UN Public Service Awards และหัวข้อ How to apply ตามลำดับ (หรือเข้าไปที่ <http://unpan3.un.org/unpsa/>) จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนและเงื่อนไขการสมัครที่ระบุไว้ในเว็บไซต์ ซึ่งจะเริ่มตั้งแต่การกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มการสมัครในหัวข้อ Online Nomination Forms โดยจะแตกต่างกันตามประเภทรางวัลที่ขอรับสมัคร ทั้งนี้การกรอกข้อมูลในแบบฟอร์มต้องใช้ภาษาใด ภาษาหนึ่งใน 6 ภาษา ได้แก่ ภาษาอารบิก จีน อังกฤษ ฝรั่งเศส รัสเซีย หรือสเปน

ทั้งนี้ ในการกรอกข้อมูล ต้องกรอกเป็นภาษาอังกฤษ โดยเริ่มต้นที่หัวข้อ Information on institution being **nominated** ให้กรอกข้อมูลของหน่วยงานที่สมัครเข้ารับการคัดเลือก ตามด้วยหัวข้อ Information on institution making the **nomination** ให้กรอกข้อมูลของผู้เสนอชื่อหน่วยงานที่สมัครเข้ารับการคัดเลือก (หน่วยงานไม่สามารถเสนอชื่อเข้ารับการคัดเลือกได้เอง) ซึ่งในที่นี้ผู้เสนอชื่อหน่วยงานขอให้ระบุเป็นสำนักงาน ก.พ.ร. โดยกรอกข้อมูล ดังนี้

Information on institution making the nomination

Institution Name: Office of the Public Sector Development Commission

Institution Acronym: OPDC

Institution Type: Government Agency

Contact's Function Title: Director of Change Management and Innovation Directorate

Contact's First Name(s): Mrs.Areepan

Contact's Last Name(s): Charoensuk

Contact's Gender: ☒ Female ☐ Male

Address: 59/1 Pitsanuloke Road , Dusit

Postal Code: 10300

City: Dusit District

State/Province: Bangkok

Country: Thailand

Telephone/Fax : + (66) 2 356 9999/ + (66) 2 281 8169

Institution's/Project's Website: www.opdc.go.th

E-mail: areepan@opdc.go.th

E-mail Confirm: areepan@opdc.go.th

ขั้นตอนที่ 2

1) ระบบจะจัดส่งใบสมัครยังหน่วย DPADM (The Division for Public Administration and Development Management) โดยอัตโนมัติเพื่อคัดเลือกผลงานของผู้สมัครในรอบแรก ซึ่งทุกหน่วยงานจะได้รับแจ้งผลการสมัครทางอีเมลพร้อม User ID และ Password เพื่อให้หน่วยงานใช้ในการตรวจสอบผลการพิจารณาต่อไป จากนั้นองค์การสหประชาชาติจะใช้เวลาประมาณ 1 เดือน ดำเนินการพิจารณาคัดเลือกผลงานของหน่วยงานในรอบแรก

2) ผู้สมัครที่ผ่านการคัดเลือกรอบแรกเข้าสู่กระบวนการพิจารณาในรอบสองจะได้รับแจ้งให้ส่งเอกสารและ/หรือหลักฐานอ้างอิงเพิ่มเติม ได้แก่ จดหมายรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2 ฉบับ (Letters of Reference) และเอกสารหลักฐานอ้างอิง เพื่อสนับสนุนผลการดำเนินการประมาณ 2-4 เรื่อง เช่น รายงานผลการตรวจประเมินและการตรวจสอบ ผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชน เป็นต้น

หมายเหตุ : ภายหลังส่งใบสมัครออนไลน์แล้ว ผู้สมัครควรเตรียมเอกสารเพิ่มเติม ไม่จำเป็นต้องรอจนกว่าจะผ่านรอบคัดเลือก

การส่งเอกสารเพิ่มเติม สามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ ผู้สมัครควรส่งเอกสารเพิ่มเติมด้วยวิธีนี้ โดยผู้สมัครจะได้รับ User ID และ Password ผ่านทางอีเมลหลังจากส่งใบสมัครออนไลน์แล้ว เพื่อใช้ upload เอกสารผ่านระบบออนไลน์

เอกสารเพิ่มเติม ประกอบด้วย

1) จดหมายรับรอง (letters of reference) จำนวน 2 ฉบับ

โดยเป็นจดหมายรับรองเขียนโดยองค์การหน่วยงานภาครัฐ หรือหน่วยงานภาคเอกชน แต่จะต้องไม่ใช่หน่วยงานเดียวกันกับหน่วยงานที่สมัครรางวัล โดยเนื้อหาในจดหมายควรจะมีการชี้ให้เห็นประเด็น ดังนี้

- ความสำคัญว่าผลงานของหน่วยงานที่สมัครว่าประสบความสำเร็จและมีคุณค่าอย่างไรเมื่อนำไปปฏิบัติ

- ทำไมกิจกรรมที่หน่วยงานทำจึงควรค่าแก่การได้รางวัล

ทั้งนี้ สำนักงาน ก.พ.ร. จะออกหนังสือรับรองให้ 1 ฉบับ หน่วยงานต้องจัดหาอีก 1 ฉบับ

2) เอกสารสนับสนุนผลงาน (Supporting Documents) จำนวน 2 – 4 ชิ้น เช่น

2.1) เอกสารสนับสนุนต้องมีอย่างน้อย 2 ชิ้น เพื่อใช้สนับสนุนกิจกรรมหรือโครงการที่ดำเนินการจะเป็นรูปแบบเอกสารหรือวัตถุอื่น ๆ ก็ได้ เช่น

- รายงานผลการตรวจสอบหรือการประเมินผล
- ผลสำรวจจากผู้รับบริการหรือประชาชน
- หนังสือ
- วีดีโอ
- หนังสือพิมพ์/บทความ

2.2) เอกสารสนับสนุนต้องชี้ให้เห็น ประเด็นดังนี้

- ความสำเร็จและผลกระทบของโครงการ
- สถานการณ์ก่อนและหลังการนำโครงการไปปฏิบัติ

2.3) หลักฐานทางสถิติควรชี้แหล่งที่มาที่เหมาะสม และแสดงวิธีการประเมินผลกระทบ

ทั้งนี้ รูปแบบของเอกสารสนับสนุน เป็นดังนี้

- 1) กรณีอยู่ในรูปแบบเอกสาร ควรเป็นไฟล์ PDF
- 2) กรณีอยู่ในรูปแบบวิดีโอ ควรเป็นไฟล์ mp3 หรือ mp4 และมีความยาวไม่เกิน 5 นาที

ทั้งนี้ อาจใช้วิธีการ share วิดีโอ ผ่าน Youtube และแจ้ง link ในการเข้าชมให้ UN ทราบในตอน upload เอกสาร

3) แผนการดำเนินโครงการ (Project's Implementation Plan)

ทั้งนี้ ใบสมัครในรอบสุดท้ายจะได้รับการตัดสินโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานสาธารณะขององค์การสหประชาชาติ หลังจากพิจารณาตัดสินแล้วทางคณะกรรมการฯ จะแจ้งรายชื่อผู้ได้รับรางวัลให้แก่เลขาธิการองค์การสหประชาชาติเพื่อประกาศต่อไป

3.2 ขั้นตอนการประเมินของคณะกรรมการ

ในการประเมินของคณะกรรมการเพื่อตัดสินให้รางวัล United Nations Public Service Awards มีรายละเอียดและขั้นตอนในการพิจารณา ดังนี้

- 1) คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญของ The Division for Public Administration and Development Management (DPADM) ตรวจสอบเบื้องต้นว่ากรอกใบสมัครครบถ้วนหรือส่งเอกสารครบถ้วนหรือไม่ ใบสมัครที่ไม่สมบูรณ์หรือไม่เป็นไปตามเกณฑ์การพิจารณาจะถูกตัดสิทธิ์
- 2) จากนั้นกิจกรรมริเริ่มหรือโครงการที่ผู้สมัครส่งไปจะมีคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญของ DPADM 2 คน เพื่อร่วมพิจารณาเพื่อให้เกิดความยุติธรรม โดยในขั้นนี้จะคัดเลือกรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกรอบแรก
- 3) ผู้ผ่านการคัดเลือกรอบแรกจะได้รับแจ้งทางอีเมลให้ส่งเอกสารและ/หรือหลักฐานอ้างอิงเพิ่มเติม เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาหลังจากพิจารณาแล้วจะคัดเลือกรายชื่อผู้ผ่านเข้ารอบสุดท้าย
- 4) คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญของ DPADM จะส่งรายชื่อผู้ผ่านเข้ารอบสุดท้ายไปยังคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารงานสาธารณะ (The Committee of Experts on Public Administration, CEPA) เพื่อพิจารณาตัดสินเมื่อเสร็จสิ้นแล้วจะส่งรายชื่อหน่วยงานที่ได้รับรางวัลให้คณะกรรมการเพื่อพิจารณาอนุมัติ
- 5) CEPA ส่งผลการพิจารณาไปยังเลขาธิการองค์การสหประชาชาติเพื่อประกาศต่อไป
- 6) หน่วยงานที่ได้รับรางวัลจะได้รับเชิญให้เข้าร่วมในพิธีมอบรางวัล ในกรณีที่หน่วยงานไม่ได้รับการคัดเลือกให้ได้รับรางวัลจะมีการแจ้งให้ทราบเช่นกัน

3.3 ปฏิทินการสมัครขอรับรางวัลและระยะเวลาในการพิจารณาของคณะกรรมการ

การดำเนินการ	ระยะเวลา
1. องค์การสหประชาชาติเปิดรับสมัครรางวัล UN	สิงหาคม – ตุลาคม
2. ประกาศรายชื่อผลงานที่ผ่านการพิจารณาเข้าสู่รอบแรก	ต้นเดือนธันวาคม
3. ประกาศรายชื่อผลงานที่ผ่านการพิจารณาเข้าสู่รอบที่สอง	ปลายเดือนธันวาคม
4. หน่วยงานที่ผ่านการพิจารณาเข้าสู่รอบที่สองส่งเอกสารสนับสนุนเพิ่มเติม	ประมาณ 3 สัปดาห์ นับตั้งแต่ประกาศผลการพิจารณาเข้าสู่รอบที่สอง
5. ประกาศรายชื่อผลงานที่ผ่านการพิจารณาเข้าสู่รอบสุดท้าย	ปลายเดือนกุมภาพันธ์
6. ประกาศรายชื่อผลงานที่ได้รับรางวัล	ต้นเดือนพฤษภาคม
7. จัดพิธีมอบรางวัล	23 มิถุนายน ของทุกปี

หมายเหตุ : ระยะเวลาที่ระบุเป็นช่วงเวลาที่ยังคงการสหประชาชาติดำเนินการรับสมัครรางวัล

เมื่อปี พ.ศ. 2557 ซึ่งกำหนดเวลาในปัจจุบันอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้

บทที่ 4

แนวทางการเขียนรายงานเพื่อสมัครรางวัล

United Nations Public Service Awards ขององค์การสหประชาชาติ

การจะได้รับรางวัลหรือไม่นั้น หัวใจสำคัญอยู่ที่วิธีการเขียนที่โดนใจ ซึ่งหมายถึงความถึงต้องดีใจพื้ให้แตก และตอบให้ครบทุกประเด็นคำถาม เนื่องด้วยวิธีการคัดเลือกของคณะกรรมการนั้น พิจารณาจากผลงานที่หน่วยงานสรุปยื่นสมัครในครั้งแรกเป็นหลัก ดังนั้นในหัวข้อนี้จึงแบ่งเนื้อหาออกเป็น 2 ส่วน เพื่อให้เกิดความชัดเจนถึงแนวทางการเขียนรายงานที่ดี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนแรก เป็นข้อแนะนำในการเขียนรายงาน โดยอธิบายให้เห็นถึงแนวทาง การเขียนรายงานที่ดี หรือ สิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติในการเขียนรายงาน (Do) และสิ่งที่ไม่ควรปฏิบัติในการเขียนรายงาน (Don't)

ส่วนที่สอง ข้อแนะนำโดยสรุปจากผลงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่ได้รับรางวัล

4.1 แนวทางการเขียนรายงานเพื่อสมัครขอรับรางวัล

การจัดทำรายงานผลการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเพื่อสมัครขอรับรางวัล United Nations Public Service Awards จะต้องจัดทำและนำเสนอตามกรอบคำถาม 4 หัวข้อ รวม 12 ข้อ ซึ่งการนำเสนอผลงานมีข้อควรปฏิบัติ (Do) และไม่ควรปฏิบัติ (Don't) ในแต่ละหัวข้อ ดังนี้

1) การวิเคราะห์ปัญหา (PROBLEM ANALYSIS)

โดยให้อธิบายถึงปัญหาหรือสถานการณ์ก่อนที่จะริเริ่มโครงการ

สิ่งที่ควรเขียน :

1. ควรอธิบายให้ครอบคลุมใน 2 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1) บอกถึงปัญหา ความเป็นมา ความสำคัญ ที่นำมาสู่การริเริ่มกิจกรรมการ

พัฒนาการบริการ

- ควรดึงบริบท/สถานการณ์โลก หรือความยากลำบากของประชาชน

ผู้ด้อยโอกาสเข้ามาเพื่อย้ำให้เห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญของ “กิจกรรมริเริ่ม”

- ในการเขียนเหตุผลความจำเป็นของการริเริ่มกิจกรรมควรเน้นให้เห็นว่า

ถ้าไม่มีอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อเศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิตของประชาชน หรือวัฒนธรรมอย่างไรบ้าง และเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้นควรมีผลการสำรวจหรือผลการวิจัยสนับสนุนข้อมูลดังกล่าว

2. ระบุถึงกลุ่มทางสังคมที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาดังกล่าว และระบุว่ากลุ่มสังคมดังกล่าวได้รับผลกระทบแล้วก่อให้เกิดปัญหาใด ควรเน้นให้เห็นว่าปัญหาที่กลุ่มทางสังคมได้รับผลกระทบก่อให้เกิดผลทางด้านเศรษฐกิจ สังคม หรือวัฒนธรรมอย่างไร และเพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้นควรมีการสำรวจหรือผลการวิจัยสนับสนุนข้อมูลดังกล่าว

สิ่งที่ไม่ควรเขียน :

1. บอกปัญหา ความเป็นมา และความสำคัญ ที่นำมาสู่การริเริ่มกิจกรรม แต่ไม่ได้บอกว่าปัญหาดังกล่าว ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมเช่นใด
2. ระบุถึงกลุ่มทางสังคมที่ได้รับผลกระทบจากปัญหา แต่ไม่ได้ระบุว่ากลุ่มสังคมดังกล่าวได้รับผลกระทบแล้วก่อให้เกิดปัญหาใด

2) กลยุทธ์การดำเนินการ (STRATEGIC APPROACH)

ให้อธิบายถึงผู้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหา แนวทางการแก้ปัญหา สิ่งที่เป็นความคิดริเริ่มสร้างสรรค์หรือเป็นนวัตกรรม

สิ่งที่ควรเขียน :

1. ควรอธิบายให้ครอบคลุมใน 2 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้
 - 1) ระบุประโยชน์ที่ได้จากกิจกรรม และผลสัมฤทธิ์ โดยเขียนในลักษณะสรุปเป็นประเด็น ๆ และขยายความในแต่ละประเด็น
 2. ระบุกลุ่มที่ได้ประโยชน์จากกิจกรรม
 - ควรมีผลการสำรวจหรือผลการวิจัยสนับสนุนข้อมูลดังกล่าว
 - ทั้งนี้ประโยชน์ของกิจกรรมการพัฒนาหรือผลสัมฤทธิ์ที่ได้ต้องมีผลกระทบหรือมีผู้ได้รับประโยชน์ใน วงกว้าง เช่น มีผลกระทบต่อประชากรทั้งประเทศ หรือระดับภูมิภาค หรือระดับเขตพื้นที่ เป็นต้น
2. ควรระบุให้เห็นว่าที่ผ่านมาประสบปัญหาอะไรในการดำเนินการอย่างชัดเจน แล้วในอนาคตมีแนวทางอย่างไรในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว (ควรอธิบายให้เห็นภาพอย่างชัดเจนว่าแนวทางการจัดการปัญหาสามารถนำมาปฏิบัติและเกิดผลสำเร็จได้จริง)
3. ควรแสดงให้เห็นว่าใช้เครื่องมือหรือทฤษฎีอะไรในการจัดการกับปัญหาเป็นการสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่กิจกรรมริเริ่มที่นำมาใช้ในการพัฒนา และแสดงถึงความคิดอย่างเป็นระบบมีหลักการทางความคิดที่ชัดเจนเป็นที่ยอมรับ

สิ่งที่ไม่ควรเขียน :

1. เขียนในลักษณะบรรยายไปเรื่อย ๆ ไม่มีการจัดกลุ่มประเด็นทางความคิด หรือไม่สามารถชี้เป้าหมายของ ผู้ได้รับประโยชน์หรือผลกระทบได้อย่างชัดเจน
2. ไม่ระบุวิธีการจัดการกับปัญหา หรืออุปสรรคให้ชัดเจน

3) การดำเนินการและการนำไปปฏิบัติ (EXECUTION AND IMPLEMENTATION)

ให้อธิบายถึงกลยุทธ์และการนำไปสู่การปฏิบัติ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในการนำไปสู่การปฏิบัติ ทรัพยากรที่นำมาใช้ ผลผลิตที่สำเร็จจากการดำเนินการ ระบบที่กำหนดไว้เพื่อติดตามและประเมินกิจกรรม ปัญหาอุปสรรคหลัก ๆ และวิธีการเอาชนะปัญหาอุปสรรค

สิ่งที่ควรเขียน :

1. ควรอธิบายให้ครอบคลุมใน 2 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1) ระบุผู้เสนอปัญหาในภาพกว้าง

- ว่าเกิดจากสถานการณ์ที่เชื่อมโยงกับโลกาภิวัตน์ หรือสถานการณ์โลก หรือสภาวะการณ์ทางสังคมของประเทศ หรือความต้องการของประชาชนในประเทศอย่างไร หรือเชื่อมโยงกับบริบทประเทศอย่างไร เช่น นโยบายแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการ พ.ศ. 2551-2555 หรือนโยบาย E-government ของรัฐบาล เป็นต้น แล้วนำมาสู่การคิดกิจกรรมอย่างไร

2) ระบุสิ่งที่ทำให้กิจกรรมประสบความสำเร็จ

อาจเป็นการใช้เครื่องมือหรือเทคนิคการบริหารสมัยใหม่ ๆ หรือเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ หรือประสบการณ์การปฏิบัติงานของคนในองค์กร แล้วนำไปสู่การสร้างกลยุทธ์ใหม่ ๆ ที่นำมาใช้ในการพัฒนาได้เป็นผลสำเร็จ

2. ควรอธิบายให้ครอบคลุมในประเด็นที่สำคัญในการระบุวัตถุประสงค์หลัก กลยุทธ์ และวิธีการดำเนินการ ควรเขียนในลักษณะเป็นประเด็น ๆ แล้วขยายความ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินการ ต้องเขียนขยายความว่า ทำเพื่ออะไร หรือทำแล้วเกิดประโยชน์อะไร (ควรเกิดประโยชน์ในวงกว้าง โดยเฉพาะผลที่ทำให้ประชาชนอยู่ดีมีสุขมากขึ้น)

3. ควรอธิบายให้เห็นเป็นลำดับขั้นตอนเวลาของการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมนี้ว่าต้องเริ่มต้นจากอะไร และอย่างไรบ้าง (เป็นการแสดงให้เห็นว่าการดำเนินการเป็นระบบผ่านกระบวนการคิด การวิเคราะห์ การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย กระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และมีผลก่อให้เกิดประโยชน์แก่ประชาชนหม่มากได้จริง)

4. ควรอธิบายให้ครอบคลุมในประเด็นที่สำคัญ คือ การระบุทรัพยากรที่ใช้ในกิจกรรมดังกล่าว โดยเฉพาะ ด้านการเงิน ด้านเทคนิค ด้านทรัพยากรบุคคล

- ควรแสดงให้เห็นว่าทรัพยากรดังกล่าวใช้ขับเคลื่อนกิจกรรมได้อย่างไร

- ทรัพยากรแต่ละปัจจัยเกื้อหนุนกันอย่างไร เพื่อให้งานประสบความสำเร็จ

สิ่งที่ไม่ควรเขียน :

1. การระบุผู้เสนอปัญหาในภาพแคบว่าเกิดจากการคิดของกลุ่มเล็ก ๆ บางกลุ่ม โดยขาดการศึกษา เพื่อสนับสนุนความคิด หรือการคิดได้โดยไม่มีหลักการทางความคิดที่ชัดเจนเป็นระบบ หรือเกิดจากการคิดคนเดียวของผู้บังคับบัญชา

2. บอกเพียงลำดับขั้นตอน หรือกระบวนการของตัวกิจกรรม

3. ไม่ระบุการดำเนินการตามระยะเวลาการเกิดทำให้ไม่ทราบความสัมพันธ์ก่อนหลังของการดำเนินการเป็นอย่างไร (อย่าเขียนในลักษณะเชิงพรรณนาไปเรื่อย ๆ ไม่สามารถชี้ให้เห็นจุดหรือช่วงเวลาที่สำคัญที่แสดงให้เห็นถึงความยุ่งยาก หรือความสำเร็จในการดำเนินการได้อย่างชัดเจน)

4. ระบุเพียงว่าใช้ทรัพยากรอะไรบ้าง และทรัพยากรแต่ละอย่างนั้นใช้งบลงทุนเท่าไร โดยไม่สามารถแสดงให้เห็นได้ว่าการใช้ทรัพยากรเหล่านั้นเหมาะสมจำเป็น และคุ้มค่าสมประโยชน์หรือวัตถุประสงค์ที่ต้องการพัฒนาหรือไม่

4) ผลกระทบและความยั่งยืน (IMPACT AND SUSTAINABILITY)

ให้อธิบายถึงประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการ ความยั่งยืนของการดำเนินการและบทเรียนที่ได้รับ

สิ่งที่ควรเขียน :

1. ควรอธิบายให้ครอบคลุมใน 2 ประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

1) เขียนถึงความสามารถในการนำกิจกรรมที่คิดไปเผยแพร่ หรือปรับใช้กับหน่วยงานอื่นที่สำคัญควรระบุให้ได้อย่างชัดเจนว่าเมื่อนำไปขยายผลแล้วผลลัพธ์โดยรวมที่ได้จะเป็นอย่างไร เช่น ประชาชนได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้นร้อยละ ... หรือคุณภาพชีวิตของผู้ด้อยโอกาสดีขึ้นร้อยละ ... เป็นต้น

2) ควรระบุให้เห็นถึงความสำคัญของกิจกรรม ในการนำไปปรับใช้กับประเทศอื่นได้ (อาจใช้ข้อมูลของประเทศที่ด้อยพัฒนากว่าเป็นฐานในการเปรียบเทียบประโยชน์ของการนำนวัตกรรมการพัฒนาที่คิดได้ไปขยายผล)

2. ควรอธิบายให้ครอบคลุมในประเด็นที่แสดงให้เห็นถึงหัวใจสำคัญของการพัฒนา คือ การทำงานร่วมกันเป็นทีมการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียซึ่งอาจได้จากการศึกษา

สิ่งที่ไม่ควรเขียน :

1. ระบุเพียงกิจกรรมที่ทำ แต่ไม่เชื่อมโยงไปสู่การเผยแพร่หรือปรับใช้กับหน่วยงานอื่น

2. ระบุเพียงแต่ประสบการณ์ที่ได้ แต่ไม่สามารถเชื่อมโยงไปสู่การสร้างบทเรียนในการเรียนรู้

4.2 ข้อเสนอแนะโดยภาพรวมจากการศึกษาผลงานของหน่วยงานที่ได้รับรางวัล

1. การเขียนรายงานเพื่อส่งเสนอรับรางวัล

1) หน่วยงานควรเขียนรายงานที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการลดขั้นตอนของการดำเนินงาน การบริการ ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการบริการสู่ภาคประชาชน และภาครัฐควรให้ความสำคัญในการกระจายการให้บริการไปยังพื้นที่ที่ยังเข้าไม่ถึงผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้บริการภาครัฐดีขึ้น ผ่านเครือข่ายโทรศัพท์อินเทอร์เน็ตหรือ E-Government เพื่อเพิ่มความสะดวกให้กับประชาชน

2) ประเด็นที่ UN ให้ความสำคัญ

- ผลงานที่เขียนให้เห็นถึงความสำคัญของเรื่องสิทธิเยาวชน เช่น การลดการค้าเด็ก การป้องกันการท้องไม่พร้อม หรือการเข้าถึงระบบสาธารณสุขในจำนวนเงินและขั้นตอนที่ลดลง ซึ่ง UN ให้ความสำคัญกับประเด็นนี้มาก
- ผลงานที่นำเสนอเกี่ยวกับสาธารณสุขเคลื่อนที่ไปยังชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล เช่น เกาะต่าง ๆ โดยการทำฐานข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อเข้าถึงข้อมูลของส่วนกลางในการรับการรักษาและงานบริการที่ดีขึ้นเทียบเท่ากับโรงพยาบาลศูนย์ รวมถึงการจัดตั้งโรงพยาบาลที่มีการรักษาราคาถูก (Low cost Hospital) สำหรับประชาชนที่มีรายได้น้อย และการจัดการโครงสร้างทางด้านสาธารณสุข
- ผลงานที่นำเสนอเกี่ยวกับสิทธิ สวัสดิการและการเข้าถึงงานบริการของผู้พิการ ทางด้านต่างๆ เช่น รวดราธรรณะ การรักษาพยาบาล และการเท่าเทียมกับคนทั่วไป
- ผลงานที่แสดงให้เห็นว่ามีการเข้าถึงของงานบริการภาครัฐในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการผ่านทางอินเทอร์เน็ตหรือโทรศัพท์มือถือ และการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครชุมชน หรือการจัดตั้งศูนย์บริการตามแหล่งชุมชน เช่น ห้างสรรพสินค้า เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการของภาครัฐได้มากขึ้น
- ผลงานที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าถึงสิทธิหรือสาธารณสุขพื้นฐานของมนุษย์ เช่น ไฟฟ้า ประปา การรักษาพยาบาล ของประชาชน
- ผลงานที่แสดงให้เห็นถึงการจัดการศึกษาที่ดีขึ้นและเท่าเทียมกัน เช่น การจัดการศูนย์การเรียนรู้เคลื่อนที่ และระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อให้เข้าถึงพื้นที่ห่างไกลและมีความเสี่ยงสูง และการฝึกวิชาชีพต่าง ๆ
- ผลงานที่แสดงให้เห็นถึงการจัดสรรทรัพยากรให้กับกลุ่มคนที่มีรายได้น้อยในการให้บริการของภาครัฐ เช่น การศึกษา รวมถึงการรับฟังความเห็นของกลุ่มคนต่างๆ
- ผลงานที่แสดงให้เห็นถึงสิทธิสตรีในด้านการลดความรุนแรงทางเพศหรือครอบครัวและการส่งเสริมสิทธิสตรีให้มีความเท่าเทียม

2. ข้อเสนอแนะในการเขียนรายงาน

- 1) ในการเขียนรายงานควรเขียนให้เป็นเรื่องราวร้อยเรียงเพื่อให้อ่านเข้าใจง่าย และในการตอบคำถามแต่ละข้อควรตอบคำถามให้จบในข้อนั้น
- 2) ในการเขียนข้อมูลทางด้านสถิติ ให้เขียนเปรียบเทียบระหว่างปีแรกที่ดำเนินการกับปีสุดท้ายของโครงการ เพื่อแสดงให้เห็นถึงการทำงานที่ลดลง และควรเขียนเป็นกราฟ เพื่อลดระยะเวลาและการเขียนจำนวนค่าลง

- 3) ในการเขียนรายงานควรเขียนไม่ควรเขียนเป็นหัวข้อ เนื่องจากทำให้อ่านเข้าใจยาก ควรเขียนเป็นเชิงพรรณนา
- 4) ในการเขียนรายงานควรถ่ายทอดจากมุมมองที่ประชาชนได้รับประโยชน์มากกว่าการเขียนให้เห็นถึงการประหยัดงบประมาณของรัฐบาล
- 5) ในการเขียนรายงานควรเขียนประโยคด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และเขียนใจความสำคัญในการดำเนินโครงการให้ชัดเจน
- 6) ในการเขียนรายงานถึงกลุ่มคนที่ได้รับผลประโยชน์ให้มากที่สุด เพื่อแสดงให้เห็นถึงคุณค่าของโครงการนั้น
- 7) ในการเขียนรายงานไม่ควรนำคำตอบเดิมมาใช้ตอบคำถามซ้ำไปมา เพราะจะทำให้เห็นว่าหน่วยงานไม่มีข้อมูลเพิ่มเติมจากเดิม
- 8) ในการเขียนรายงานควรแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของโครงการในระยะยาว และจำนวนประชาชนที่ได้รับประโยชน์โดยเฉพาะคนที่ด้อยโอกาส สตรีและคนชรา
- 9) ในการเขียนรายงานควรเขียนจากข้อมูลจริงของโครงการ มากกว่าความคิดเห็นของหน่วยงาน

บทที่ 5

ข้อมูลผลงานที่ได้รับรางวัล

United Nations Public Service Awards

ในการสมัครขอรับรางวัล United Nations Public Service Awards มีจำนวนผลงานของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกที่สมัครรางวัลมากกว่า 1,000 ผลงาน โดยในปี พ.ศ. 2557 (UN Awards 2014) มีผลงานได้รับรางวัล 19 ผลงาน จำแนกเป็นรางวัลชนะเลิศ จำนวน 13 ผลงาน และรางวัลรองชนะเลิศ จำนวน 6 ผลงาน และในปี พ.ศ. 2558 (UN Awards 2015) มีผลงานได้รับรางวัล 18 ผลงาน จำแนกเป็นรางวัลชนะเลิศ 14 ผลงาน และรางวัลรองชนะเลิศ 6 ผลงาน โดยมีรายละเอียดของผลงานที่ได้รับรางวัลในแต่ละประเภท อันจะสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์แนวทางการพัฒนาของผลงานของไทยที่จะเสนอขอรับรางวัล UN Award ดังนี้

1. ผลงานที่ได้รับรางวัลชนะเลิศ United Nations Public Service Awards 2014

ลำดับ	ผลงาน	หน่วยงาน	สรุปผลงานโดยย่อ
Category 1 : Improving the Delivery of Public Services			
1	Secondary School Improvement Programme (SSIP)	Gauteng Department of Education : สาธารณรัฐแอฟริกาใต้	โครงการ Secondary School Improvement Programme (SSIP) ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหา โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพการศึกษาในกลุ่มโรงเรียนที่มีอัตราการสอบผ่าน (Pass rate) น้อยกว่า 75% เพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนควบคู่ไปกับการพัฒนาคุณภาพผ่านการสอนเสริม (Supplementary Tuition) ใน 10 โรงเรียนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดเลือก โดยโครงการนี้ได้ประสบความสำเร็จอย่างดีเยี่ยมและสามารถยกระดับคุณภาพมาตรฐานด้านการเรียนการสอน ทำให้มีผู้เรียนนับพันคนที่ได้รับผลกระทบจากความยากจนและความขาดแคลนสามารถสอบไล่เพื่อเข้าศึกษาและฝึกอบรมในระดับที่สูงกว่าได้เป็นผลสำเร็จ
2	Ageing-in-Place Program	Alexandra Health System : สาธารณรัฐสิงคโปร์	สาธารณรัฐสิงคโปร์เป็นประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วที่สุดในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แผนแม่บทการบริการทางด้านสาธารณสุข ปี 2020 (The Health Care 2020 Master Plan) ของสิงคโปร์ได้ระบุแนวทางการรับมือกับความท้าทายในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุใน 3 ประเด็น คือ ผลกระทบของการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและความสามารถในการรับมือความพยายามในการเปลี่ยนแปลงการให้บริการด้านสาธารณสุขอย่างเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ และการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายในการบริการสาธารณสุข โครงการ Ageing-In-Place (AIP) มีกล

ลำดับ	ผลงาน	หน่วยงาน	สรุปผลงานโดยย่อ
			ยุทธศาสตร์เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Patient-centric community-based health-cum-social model) และเน้นปรับปรุงการให้บริการใน 5 ด้าน คือ ทักษะคิดของผู้ป่วย ความสามารถในการรองรับของโรงพยาบาล การปรับโครงสร้างการให้บริการของโรงพยาบาล การวิเคราะห์โอกาสทางธุรกิจ และรูปแบบการทำวิจัย นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้พยาบาลประจำชุมชน (Community Nurses) เป็นหนึ่งในช่องทางหลักในการให้บริการด้านการดูแลและการสาธารณสุขในชุมชน
3	Open Government Data-Data.gv.at	Federal Chancellery of the Public of Austria : สาธารณรัฐออสเตรีย	จุดมุ่งหมายในการทำโครงการ Open Government Data Austria (OGD) คือความพยายามในการปรับปรุงและพัฒนาการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารตลอดจนอำนาจหรือผลประโยชน์แอบแฝงสืบเนื่องมาจากการเข้าถึงข้อมูลนั้นๆ เพื่อส่งเสริมความโปร่งใสในระบบการบริหารราชการ ตลอดจนมุ่งเน้นการให้บริการที่เป็นมิตรกับผู้ใช้งาน (User friendly) โดยโครงการนี้ก่อให้เกิดประโยชน์มากมายทั้งในด้านประสิทธิภาพของข้อมูลที่ให้บริการตลอดจนการเข้าถึงข้อมูลต่างๆของทางราชการผ่านการทำงาน ของ OGD Platform นอกจากนี้ยังเป็นการลดโอกาสการทุจริตและประพฤติมิชอบและการนำงบประมาณแผ่นดินไปใช้อย่างไม่เหมาะสม จึงอาจกล่าวได้ว่าโครงการ OGD นี้เป็นการส่งเสริมให้เกิดประชาธิปไตยที่สมบูรณ์แบบยิ่งขึ้น เนื่องจากประชาชนมีสิทธิในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำเนินงานของภาครัฐ ทั้งนี้จากการสำรวจพบว่า 18 ใน 27 หน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องระบุว่า โครงการ OGD มีประโยชน์ต่อการดำเนินงานของหน่วยงานเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในองค์กรด้านวิทยาศาสตร์และการทำวิจัย
4	Centre of Children working in Ankara Streets	Ankara Metropolitan Municipality : สาธารณรัฐตุรกี	โครงการ Centre of Children working in Ankara Streets มีจุดประสงค์เพื่อช่วยเหลือเยาวชนที่ต้องรับจ้างทำงานตามท้องถนนในเมืองอังการา นครหลวงของประเทศตุรกี ตลอดจนประสานงานกับครอบครัวและโรงเรียนของเยาวชนเหล่านั้นและส่งเสริมให้มีการศึกษาต่อเนื่องเพื่อสร้างอาชีพและลดอัตราความเสี่ยงในการก่ออาชญากรรมของเยาวชน เพื่อสร้างสรรค์สังคมมีคุณภาพต่อไป
Category 2: Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms			
5	Integrating network and community participation	กรมควบคุมโรค : ราชอาณาจักรไทย	ระหว่างปี 2008 – 2010 มีการรายงานผู้ติดเชื้อมาลาเรียในประเทศไทยรวมทั้งสิ้นประมาณ 73,000 คน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 90 พบว่าเป็นผู้ติดเชื้อที่มีแหล่งพำนักบริเวณตะเข็บชายแดนริมแม่น้ำโขง โดยสถานการณ์การติดเชื้อในจังหวัดตากจะมีความรุนแรงมากที่สุด โครงการการบูรณาการดูแลโรคมาลาเรียในอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก จึงถูกก่อตั้งขึ้นโดย

ลำดับ	ผลงาน	หน่วยงาน	สรุปผลงานโดยย่อ
	for effective Malaria Management in Tha Song Yang		มีจุดประสงค์เพื่อปรับวิธีการเป็นการทำงานเชิงรุกเน้นการป้องกันและการคัดกรองโรคโดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ช่วยให้ประชาชนลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษา และลดระยะเวลาการรอคอย
6	Inter-council Forum	Ministry of Planning, Budgeting and Management and Secretariat-General of the Presidency : สหพันธ์สาธารณรัฐบราซิล	โครงการนี้จัดตั้งขึ้นเพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนการจัดทำนโยบายสาธารณะและงบประมาณในระดับชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในสองกลุ่มเป้าหมาย คือ ตัวแทนจากหน่วยงานทางสังคมที่มีบทบาทในการขับเคลื่อน เช่น Non-Governmental Organization ตลอดจนรับฟังความคิดเห็นของประชาชนทั่วไปผ่านการทำประชาพิจารณ์ในช่องทางการสื่อสารต่างๆ เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการทำงานของภาครัฐ
Category 3: Promoting whole-of-government approaches in the information age			
7	Social Security Information System (SSIS)	Korea Health and Welfare Information Service (KHWIS) : สาธารณรัฐเกาหลี	ระบบ SSIS เป็นระบบที่ริเริ่มในปี 2551 (2008) เพื่อแก้ไขปัญหาการให้บริการสวัสดิการสังคมในประเทศเกาหลี โดยรัฐบาลได้ดำเนินการระบบสารสนเทศประกันสังคมตั้งแต่ปี 2552 – 2556 มีการออกแบบระบบอย่างมีประสิทธิภาพ มีการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการจำนวน 14 ล้านคน เพื่อใช้ในการเบิกจ่ายของ 292 ระบบใน 17 กระทรวง ในระยะเริ่มต้น ได้ใช้ระบบในการบริหารข้อมูลเรื่องคุณสมบัติผู้เข้ารับสวัสดิการและการรับบริการของกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health and Welfare) ก่อน โดยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้ (1) ปรับโครงสร้างการดำเนินงานในการเบิกจ่ายและการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health and Welfare) จากนั้นมีการตรวจสอบสิทธิ์ รายได้และสินทรัพย์เพื่อดูในข้อกำหนดของระบบสวัสดิการ จากนั้นมีการเตรียมการเพื่อดำเนินการเบิกจ่ายและ

ลำดับ	ผลงาน	หน่วยงาน	สรุปผลงานโดยย่อ
			ให้บริการต่อไป ซึ่งกระบวนการนี้จะช่วยลดความไม่สะดวกของประชาชนในการสมัครเข้ารับบริการในระบบสวัสดิการ ที่ละแห่งแยกกัน (2) ใช้เครื่องมือเตรียมการเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและลดขั้นตอนงานสารบรรณที่ไม่มีประสิทธิภาพลง (3) เครื่องมือนี้จะสามารถตรวจสอบการเบิกจ่ายและการรับบริการในอดีตของผู้รับบริการได้ด้วย ซึ่งจะเป็นการป้องกันการขอรับบริการซ้ำซ้อน โดยฐานข้อมูลการรับเงินและบริการจะถูกรวบรวมเป็นฐานข้อมูลเดียว ฐานข้อมูลนี้รวมถึงฐานของข้อมูลส่วนบุคคลและฐานข้อมูลของครอบครัวด้วย (4) ระบบสารสนเทศนี้ได้รวบรวมขึ้นเพื่อการใช้งานของหน่วยงานรัฐทั้งหมด หน่วยงานรัฐที่เคยใช้ระบบอื่นๆ สามารถมาใช้ระบบ SSIS นี้เพื่อประโยชน์ในการทำงานต่อไป
8	Uruguay Completes	National Civil Service Bureau : สาธารณรัฐบิรพาอูรุกวัย	เดิมที่ประชาชนไม่สามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับการสมัครงานในหน่วยงานภาครัฐได้อย่างชัดเจนเนื่องจากข้อมูลเหล่านี้ถูกเผยแพร่ผ่านสื่อหลายชนิดเช่น เว็บไซต์ที่หลากหลาย หรือประกาศผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ และการบริหารจัดการก็ไม่ได้มีกระบวนการสรรหาผู้บริหารทรัพยากรบุคคลอย่างชัดเจน แนวทางนี้เกิดขึ้นเพื่อการบริหารจัดการอย่างเป็นกลางและมีการสรรหาที่โปร่งใส ตามหลักประชาธิปไตย เว็บไซต์ www.uruguayconcurso.gub.uy จึงถูกสร้างขึ้นเพื่อให้ประชาชนสามารถ (1) ค้นข้อมูลอัตราตำแหน่งงานภาครัฐที่ว่างโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ (2) สมัครงาน (3) ส่งใบสมัคร (4) สมัครและตรวจสอบสถานะของใบสมัคร (5) รับข่าวสารประจำวันเกี่ยวกับประกาศรับสมัครงานและข่าวสารเกี่ยวกับหน่วยงานต่างๆ (6) ได้รับการติดกลับหลังจากสมัครงานในตำแหน่งต่างๆ (7) สามารถเข้าถึงเอกสารในการสมัครงานได้ เครื่องมือเหล่านี้ทำให้โครงการสามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรทั้งหมดที่กำลังทำงานอยู่และสามารถนำมาใช้ในการนโยบายการพัฒนาทางสังคมที่ต้องการเปิดโอกาสแก่ประชากรกลุ่มที่มีศักยภาพต่อไป ภาครัฐเปิดกว้างสิ่งเหล่านี้ผ่านเว็บไซต์ดังกล่าวและเปิดระบบสรรหาที่มีความโปร่งใส ซึ่งภาครัฐประสบความสำเร็จเป็นอย่างมาก มีผู้สมัครผ่านเว็บไซต์จำนวน 158,371 คน ผู้เยี่ยมชมประมาณเดือนละ 154,000 คน สามารถส่งใบสมัครแก่หน่วยงานต่างๆ ได้ 416, 693 คน ได้รับการคัดเลือกผ่านระบบจำนวน 6,400 คน และมีผู้ขอรับคำปรึกษาผ่าน call center จำนวน 30,000 คน

ลำดับ	ผลงาน	หน่วยงาน	สรุปผลงานโดยย่อ
9	The National Contact Centre	eGovernment Authority : บาร์เรน	ก่อตั้งขึ้นเพื่อเป็นการรวบรวมศูนย์บริการลูกค้า (Call Center) ของหน่วยงานรัฐที่หลากหลายให้เป็นหนึ่งเดียว โดยศูนย์งานรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์ eGovernment Authority (eGA) ซึ่งได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นๆ เริ่มศึกษากรอบความท้าทายและแนวทางการแก้ปัญหาที่มีศักยภาพ การศึกษานี้ได้ประเมินสถานการณ์ศูนย์บริการลูกค้าของหน่วยงานภาครัฐต่างๆ และวิเคราะห์ตลาดเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาคือการศึกษาค้นคว้าว่า เนื่องจากตลาดการให้บริการศูนย์บริการลูกค้ายังไม่เติบโตเต็มที่ แนวทางการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดคือการสร้างศูนย์กลางเพื่อรวบรวมสายโทรเข้าจากลูกค้าเพื่อหน่วยงานภาครัฐที่ให้บริการ ควรมีการร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญระดับโลกเพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลงศูนย์บริการลูกค้าอย่างแท้จริง สามารถให้บริการประชาชนชาวบาร์เรนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โมเดลนี้ประสบความสำเร็จตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม โดยได้ปลูกฝังแนวคิดของการรวบรวมหมายเลขติดต่อสำหรับรัฐบาลบาร์เรน ถึงแม้ว่าความต้องการหลายประการที่เกี่ยวข้องกับองค์กรจะไม่ได้รับการสนับสนุนโดยศูนย์ แต่พนักงานผู้มีประสิทธิภาพสูงก็สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างยิ่ง นอกจากการบริการนี้จะประทับใจประชาชนแล้ว eGA ยังสร้างแบบอย่างการแก้ปัญหาของศูนย์บริการลูกค้าชั้นนำในตลาด ซึ่งก่อนหน้าขาดผู้ให้บริการที่เข้มแข็ง การประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน (Public-Private Partnerships) ก่อให้เกิดความสำเร็จและการให้บริการที่มีประสิทธิภาพโดยการเสริมสร้างความสมดุลระหว่างการขับเคลื่อนหน่วยงานภาครัฐเพื่อพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพในการให้บริการ พร้อมๆ กับการสร้างธุรกิจให้ดีและมีผลกำไร แนวความคิดการประสานความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนนี้ประสบความสำเร็จเกิดความยั่งยืน มีกระบวนการธุรกิจของการจ้างบริการจากภายนอกที่สามารถนำผลงานการบริการที่มีคุณภาพด้วยรูปแบบที่มีคุณภาพ
Category 4 : Promoting gender-responsive delivery of public services			
10	Gender Responsive Budgeting in Morocco	Ministry of Economy and Finance : ราชอาณาจักร	มีการริเริ่มริเริ่มการบูรณาการความเสมอภาคทางเพศโดยในปี 2545 (2002) ในงบประมาณกระทรวงต่างๆ เพื่อการพัฒนาและการดำเนินการในด้าน Gender Responsive Budgeting (BSG-Morocco) ผ่านเครือข่ายของกระทรวงการคลัง (Ministry of Economy and

ลำดับ	ผลงาน	หน่วยงาน	สรุปผลงานโดยย่อ
		โมร็อกโก	Finance-MEF) และ UN Women มีวัตถุประสงค์หลักคือเพื่อให้นโยบาย ยุทธศาสตร์ โครงการและงบประมาณเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ก่อให้เกิดความร่วมมือในการเสริมสร้างความเสมอภาคทางเพศ อันจะ นำมาสู่การลดความยากจนและการกีดกันทางเพศ (โดยเฉพาะสตรีเพศ) ในประเทศต่อไป
11	One Stop Crisis Centre	Khon Kaen Hospital : ราชอาณาจักร ไทย	ศูนย์ยับยั้งวิกฤต (One Stop Crisis Centre - OSCC) ณ โรงพยาบาล ขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลแห่งแรกในประเทศไทยที่พัฒนาศูนย์ ช่วยเหลือสตรีและเด็กหญิงที่ถูกทำร้ายร่างกาย โดยศูนย์นี้มีผู้เชี่ยวชาญ เฉพาะด้านดูแล มีการทำงานแบบองค์รวมทั้งจากฝ่ายบุคลากรทาง การแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์และเครือข่ายนอก โรงพยาบาล ศูนย์ฯ ทำหน้าที่ในการดูแลสตรีและเด็กหญิงที่ถูกทำร้าย ร่างกายหรือตั้งครรรภ์เมื่อยังไม่พร้อม มีการประสานความร่วมมือจาก เครือข่าย เช่น ตำรวจ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์ พนักงานอัยการ เป็นต้น โดยมีเครือข่ายสำคัญคือ ด้านการ สาธารณสุข ผลการดำเนินการอย่างยาวนานตลอด 14 ปีที่ผ่านมาทำ ให้โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นแม่แบบที่ดีในการช่วยเหลือและสนับสนุน เด็กหญิงและสตรีที่ถูกทำร้ายในประเทศไทย
12	Mae Coruja Program	State Health Secretariat of Pernambuco : สหพันธ์ สาธารณรัฐ บราซิล	โครงการนี้ริเริ่มในเดือนตุลาคม 2550 (2007) เพื่อการดูแลสตรีและเด็ก ผ่านการบูรณาการด้านสุขภาพ การศึกษาและด้านการพัฒนาสังคม มี เป้าหมายสำคัญคือเพื่อลดอัตราการตายของมารดาและทารกและเพิ่ม อัตราตัวชี้วัดด้านสังคมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มประชากรเป้าหมายคือ หญิงตั้งครรภ์และเด็กอายุไม่เกิน 5 ปี ระยะแรกได้กำหนดพื้นที่เป้าหมาย 26 แห่ง และตั้งเป้าการดำเนินการให้ครอบคลุมพื้นที่ 50% ของประเทศ เน้นในพื้นที่ที่มีอัตราการตายของเด็ก 25 คนต่อ 1,000 คน ผลประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับคือการลดอัตราการตายของเด็กทารกให้ได้ 37.98% ใน 103 เขตพื้นที่ที่ดำเนินโครงการดังกล่าว นอกจากนี้ยังสนับสนุนด้าน การศึกษาภาคบังคับของกลุ่มสตรี ทำให้สตรีกว่า 16,000 คนสามารถเข้า สู่ตลาดงานได้เพิ่มขึ้น
13	Omani Nurse-Midwife	Ministry of Health : รัฐ สุลต่านโอมาน	โครงการนำร่องได้มีการอบรมความรู้ด้านการผดุงครรภ์แก่นาง พยาบาลชาวโอมานจำนวน 8 คนและต่อมาได้มีการนำโครงการนี้มา ประเมินผลและวิเคราะห์เพื่อการดำเนินการโครงการแบบเต็มตัว โดย ในปี 2542 (1999) เปิดตัวโครงการอบรมนางผดุงครรภ์ในสถาบัน

ลำดับ	ผลงาน	หน่วยงาน	สรุปผลงานโดยย่อ
			สุขภาพแห่งโอมาน(ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น สถาบันพยาบาลศาสตร์แห่งโอมาน) ปี 2544 (2001) ตั้งคณะกรรมการนางผดุงครรภ์และพยาบาลแห่งโอมาน (Omani Nursing and Midwifery Council-ONMC) เพื่อเป็นหน่วยงานสำคัญในการจัดตั้งมาตรฐานด้านการพยาบาลและดูแลสตรีมีครรภ์ ซึ่งปัจจุบันประเทศได้ผลิตกำลังคนคุณภาพด้านการผดุงครรภ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการตายของเด็กแรกเกิดลดลงจาก 27.3 (ต่อการเกิด 100,000 คน) ในปี 2533 (1990) เป็น 15.9% ในปี 2554 (2011) นางผดุงครรภ์ชาวโอมานสามารถสื่อสารกับสตรีร่วมชาติได้ดีกว่าก่อให้เกิดพลังของสตรีในการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในด้านการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น จากเดิมโอมานมีนางพยาบาลเพียง 18 คน (2542) ปัจจุบันได้เพิ่มขึ้นเป็น 619 คน

2. ผลงานที่ได้รับรางวัลชนะเลิศ United Nations Public Service Awards 2015

ลำดับ	ผลงาน	หน่วยงาน	สรุปผลงานโดยย่อ
Category 1 : Improving the Delivery of Public Services			
1	Huduma Kenya Programme (HKP)	Ministry of Devolution and Planning : สาธารณรัฐเคนย่า	โครงการนี้มีเป้าประสงค์ในการปฏิรูปการนำเสนอการบริการเพื่อประชาชน ให้การบริการภาครัฐมีมาตรฐาน โดยโครงการนี้เป็นการรวมเอาการนำเสนอ บริการจาก 5 หน่วยบริการ มารวมให้บริการที่เดียวกันในรูปแบบ one-stop service ซึ่งได้แก่ Huduma Centres, Huduma Web Portal, Huduma Mobile Platform, Huduma Call Centre, และ The Huduma Payment Gateway นอกเหนือจากนี้ Provision of Posta Pay ซึ่งเป็น Platform ในการจ่ายเงินที่ถูกรวมไว้เข้าด้วยกันกับโปรแกรมนี้ ยังสามารถลดค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการของรัฐบาลใน Huduma Centres ทั้งหมดด้วย พนักงานจะได้รับการฝึกในฝ่าย Customer Excellence ก่อนจะได้รับการว่าจ้างมาให้ทำการบริการ ปัจจุบันมี ผู้รับบริการกว่า 10,000 คนต่อวัน และโครงการนี้ยังเก็บเงิน ให้รัฐถึง 25 ล้านดอลลาร์สหรัฐ
2	Sabar Shouchagar	District Magistrate, Nadia, West Bengal – Sabar	“Sabar Shouchagar” หรือ ห้องน้ำสำหรับทุกคน เป็นแบบอย่างที่เป็นเอกลักษณ์ ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงห้องน้ำที่ถูก สุขลักษณะ และนำมาซึ่งการพัฒนาสุขภาพที่ยั่งยืนโดยผ่าน กระบวนการพัฒนาด้วยระบบสาธารณสุข โครงการนี้ยังมุ่งเรื่องการเข้าถึง ประชาชนและการสื่อสารถึงการเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีประสิทธิผลพร้อม ๆ

ลำดับ	ผลงาน	หน่วยงาน	สรุปผลงานโดยย่อ
		Shouchagar : ประเทศอินเดีย	ไปกับการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการให้บริการที่มีอยู่ ซึ่งการเข้าถึงประชาชนในที่นี้มุ่งเน้นไปที่ผู้หญิง เด็กนักเรียน ผลการดำเนินโครงการนี้เป็นการสร้างความรับรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเคลื่อนย้ายที่ใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า จำนวนการใช้ห้องน้ำที่ได้ถูกสร้างขึ้นมามีมากขึ้น และตัวอย่างอื่นๆในด้านการสาธารณสุขที่ดีขึ้น
3	Songpa Solar Nanum Power Plant	Songpa-gu : สาธารณรัฐเกาหลี	<p>Songpa เป็นการขับเคลื่อนของโรงงานผลิตพลังงานจากแสงอาทิตย์ซึ่งเป็นของประชาชนแห่งแรกของโลก ตั้งอยู่บนแนวคิดใหม่ในการนำแสงอาทิตย์มาผลิตพลังงานไฟฟ้าแทนการใช้เชื้อเพลิงจากฟอสซิล โรงงานพลังงานนี้สร้างพลังงานจากแสงอาทิตย์และนำกำไรทั้งหมดที่ได้จากการขายกระแสไฟฟ้านี้มอบให้กับครัวเรือนที่ไม่มีกระแสไฟฟ้าใช้ หรือยังเข้าไม่ถึงแหล่งพลังงาน เช่นเดียวกับประเทศด้อยพัฒนาทั้งหลาย</p> <p>Songpa Solar Nanum Power Plant บริหารโดยภาคประชาชนและเอกชนตั้งแต่ปี 2009 กระแสไฟฟ้ากว่า 5,604 Mwh ได้ถูกผลิตขึ้น และการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จำนวน 2,376 metric tons ที่ถูกปล่อยออกมามีจำนวนลดลง โรงผลิตพลังงานทั้ง 4 แห่งยังคงเปิดใช้งานอยู่ และเป็นที่คาดการณ์ว่า กองทุนสวัสดิการด้านพลังงานจำนวนประมาณ 3.55 ล้านวอน จะถูกตั้งขึ้นจากยอดขายกระแสไฟฟ้าในระยะเวลา 30 ปี ด้วยยอดกำไรจากการขายกระแสไฟฟ้านี้ เงินจำนวน 226,582 ล้านดอลลาร์สหรัฐได้ถูกส่งให้ครัวเรือนที่ขาดแคลนกระแสไฟฟ้าใช้</p>
4	Express Autor	Instituto Nacional del Derecho de Autor : ประเทศเม็กซิโก	<p>เพื่อส่งเสริมการลงทะเบียนงานที่มีลิขสิทธิ์และการถ่ายทอดข่าวสารการนำเสนอลิขสิทธิ์ของงานเขียนและงานศิลป์ที่จะนำมาแสดงให้เห็นอย่างหลากหลาย the National Institute of Copyright จึงได้เชิญผู้จัดนิทรรศการดังกล่าวลงทะเบียนผลงานของตนเองโดยการใช้ Express Autor</p> <p>การบริการ Express Autor จะให้ใบประกาศนียบัตรแก่ผู้ผลิตผลงานภายในวันเดียวกับวันที่ลงทะเบียน มันยังให้บริการเป็นพิเศษกับผู้พิการผู้สูงอายุ และหญิงที่ตั้งครรภ์ด้วยการจัดส่งใบประกาศนียบัตรภายใน 1 ชั่วโมง การบริการ Express Autor จะให้บริการกับประชาชนในประเทศ นักเขียนชาวต่างชาติ ผู้แสดง ผู้ผลิตงาน Phonograms ผู้ผลิต Videograms อุตสาหกรรมที่เกี่ยวกับงานสร้างสรรค์ เช่นผู้จัดพิมพ์หนังสือ บริษัทเพลง ผู้ประกาศต่างๆ อุตสาหกรรมหนัง และบริษัทที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการค้าขายที่ต้องให้ความรู้ทั้งทางภาษาท้องถิ่นและภาษาต่างประเทศ</p>

ลำดับ	ผลงาน	หน่วยงาน	สรุปผลงานโดยย่อ
5	ASAN Service	ASAN Service run by the State Agency for Public Service and Social Innovations under the President : อาเซอร์ไบจาน	“ASAN Service” เป็นต้นแบบรุ่นใหม่และล้ำยุคของ one-stop shop เป็นการนำตัวแทนของรัฐที่มีมากมายและบริษัทเอกชนมารวมไว้ในที่เดียว กิจกรรมของ shop นี้ตั้งอยู่บนพื้นฐานทางกฎหมาย การปกป้องมนุษยธรรม ความโปร่งใส ความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ศูนย์บริการ ASAN ตั้งอยู่บนแนวคิดของศูนย์บริการที่เปรียบเสมือนห้างสรรพสินค้า โดยศูนย์บริการเหล่านี้จะรวมตัวกันอยู่ในตึกบริหารจัดการเพียงตึกเดียว ที่รวมรัฐ 10 รัฐและบริษัทเอกชนอีกจำนวนมากที่รวมการบริการทั้งภาคเอกชนและภาคประชาชนไว้กว่า 250 บริการ ศูนย์บริการ ASAN เปิดทำการ 7 วันต่อสัปดาห์ เป็นที่ทราบกันว่า มีประชาชนกว่า 3 ล้านคนที่เข้าใช้บริการ ASAN ในปี 2014 การขับเคลื่อนการบริการ ASAN ได้นำการบริการไปสู่พลเรือนอีกกว่า 60,000 คน ใน 30 เขต ใน 25 ปลายทาง
6	The Sheltering Centre Management System (AFKEN)	Prime Ministry, Disaster and Emergency Management Authority (AFAD) : ประเทศตุรกี	จุดประสงค์ของ AFKEN มีเพื่อดูแลและปกครองการตั้งรกรากของคนที่ใช้ตู้คอนเทนเนอร์และเต็นท์เป็นที่พักอาศัยชั่วคราว AFKEN ทำให้งานบริหารจัดการการเคลื่อนย้ายแคมป์ผู้อพยพ ที่พักสำหรับผู้ประสบภัยพิบัติและที่พักรอภัย ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและประหยัด และให้อำนาจในการดูแลและควบคุมกิจกรรมต่างๆจาก AFAD สำนักงานใหญ่ ที่สำคัญไปกว่านั้น มันยังรวมถึงระบบการขึ้นทะเบียนสำหรับทุกคนในแคมป์และกลุ่มผู้ใช้ตู้คอนเทนเนอร์เป็นที่พัก รวมทั้งที่พักอื่นๆด้วย ผู้คนที่อยู่นอกเขตศูนย์ป้องกันได้ถูกนำขึ้นทะเบียนอย่างรวดเร็วและไม่ได้ประสบปัญหากับการเข้าถึงบริการนี้ AFAD ได้นำระบบนี้ไปใช้งานกับแคมป์ 25 แคมป์ และเมืองที่มีผู้ใช้ตู้คอนเทนเนอร์เป็นที่พักอาศัยในเขตชายแดนของประเทศตุรกีอีก 10 เมือง
Category 2: Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms			
7	Irekia	Basque Government President's Office, Irekia – Open Government : สเปน	The Basque Government ได้นำแนวคิดของ Open Government มาประยุกต์ใช้กับ Web Platform ภายใต้ชื่อ Irekia ที่จะรวบรวมกิจกรรมของ The Basque Government และสังกัดที่อยู่ในเครือรวมทั้งภารกิจด้านสาธารณะ Irekia เป็นช่องทางสื่อสารโดยตรงระหว่างภาคประชาชนและฝ่ายบริหารจัดการทางอินเทอร์เน็ตซึ่งใช้ภาษาที่ไม่เป็นทางการ Irekia ทำให้มีผลต่อ 3 ส่วนหลักๆของ Open Government นั่นคือ ความโปร่งใส การมีส่วนร่วม และการให้ความร่วมมือ ข้อเสนอต่างๆและข้อมูลในหัวข้อสำหรับการอภิปรายจะถูกนำมาเขียนทางอินเทอร์เน็ตที่ซึ่งประชาชน

ลำดับ	ผลงาน	หน่วยงาน	สรุปผลงานโดยย่อ
			สามารถเขียนข้อเสนอของตนได้ การริเริ่มโครงการนี้เป็นโครงการต้นแบบท่ามกลางโครงการอื่นๆในภูมิภาคที่มีลำดับความโปร่งใสอยู่ในระดับสากล พร้อมตัวชี้วัดที่เสร็จสมบูรณ์ 100% ในปี 2014
Category 3: Promoting whole-of-government approaches in the information age			
8	WorkRight Initiative	Ministry of Manpower and Central Provident Fund Board : สาธารณรัฐสิงคโปร์	ส่วนหนึ่งของการยกระดับชีวิตความเป็นอยู่และมาตรฐานการจ้างงานของแรงงานที่ได้ค่าแรงขั้นต่ำในสิงคโปร์ คือการสร้าง “WorkRight Initiative” ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มการรับรู้สิทธิของการจ้างงานท่ามกลางเหล่าแรงงานที่ได้ค่าจ้างเป็นค่าแรงขั้นต่ำ และเพื่อสร้างความมั่นคงให้กับแรงงานกลุ่มนี้เมื่อถึงเวลาต้องเกษียณอายุ The WorkRight Initiative เป็นโครงการที่เป็นเอกลักษณ์ในบางแง่มุม คือ เป็นการให้การศึกษาแก่ผู้ที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาหลักในการเรียนหนังสือ เป็นสถาบันการศึกษาที่มีโครงสร้างพื้นฐานที่ไม่ค่อยมั่นคง และเป็นการนำจุดแข็งของการร่วมมือเป็นพันธมิตรกันของ 3 ภาคส่วน คือภาคสาธารณะ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ด้วยความร่วมมือจาก 3 ภาคส่วนนี้ ทำให้เกิดวงจรที่ดีของการพัฒนาการรับรู้และอุปนิสัยส่วนตัวที่ทำเป็นปกติของผู้จ้างที่ดี โดยการเพิ่มการรับรู้ที่มากขึ้น ภาคสาธารณะช่วยให้ผู้จ้างพัฒนาสภาวะการจ้างงานของผู้ใช้แรงงานเหล่านี้ ผู้ใช้แรงงานเหล่านี้ซึ่งสนุกกับการทำงานก็ยิ่งได้ช่วยให้ผู้จ้างทำกำไรได้มากขึ้นและทำธุรกิจได้อย่างยั่งยืนด้วย
9	Holistic School in Hospital Initiative (HSH)	Holistic School in Hospital, Queen Sirikit National Institute of Child Health : ไทย	เป็นโครงการที่ก่อตั้งขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ให้กับผู้ป่วยเยาวชนที่ป่วยเป็นโรคเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานๆ ซึ่งโครงการนี้จะช่วยพัฒนาระบบการศึกษาทั้งหมดโดยการใช้วิธีการสอนและการปฏิบัติที่ต้องใช้เทคโนโลยีแบบองค์รวมเข้าช่วย วิธีนี้จะช่วยส่งเสริมการกำหนดหลักสูตรที่จำเพาะเจาะจง และการจัดชั้นเรียนที่ผู้เรียนที่อยู่ในสถานที่ห่างไกลนั้นสามารถทำการกำหนดเองได้ HSH ได้แก้ปัญหาเรื่องความกังวลว่าต้องใช้โรงพยาบาลเป็นสถานที่ทำการเรียนการสอนให้ การจัดหาการเรียนการสอนที่ผู้ป่วยเยาวชนที่เป็นโรคป่วยเรื้อรังและการดูแลผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ โดยใช้โปรแกรมการเรียนอิเล็กทรอนิกส์ที่ยึดเป็นมาตรฐานนี้ยังช่วยลดความต้องการครูและยังเป็นการสร้างมาตรฐานให้กับโปรแกรมการเรียนในโรงพยาบาลอีกด้วย จำนวนผู้ป่วยที่สามารถกลับไปศึกษาในระบบปกติได้เพิ่มขึ้นจาก 65% ในปี 1994 เป็น 99.4% ในปัจจุบัน HSH ยังสามารถจัดการสอบในศูนย์ได้ ซึ่งเป็นการสอบนอกโรงเรียนปกติอีกด้วย

ลำดับ	ผลงาน	หน่วยงาน	สรุปผลงานโดยย่อ
10	e-Business Register	Centre of Registers and Information Systems : สาธารณรัฐ เอสโตเนีย	การนำเสนอของหน้าเว็บเพจการลงทะเบียนบริษัทในรูปแบบของการลงทะเบียน e-Business ได้เปลี่ยนวิธีการพื้นฐานจในการจัดตั้งบริษัทและการสื่อสารกับรัฐบาลในประเทศเอสโตเนีย ไม่มีความจำเป็นอีกต่อไปที่เจ้าของกิจการจะต้องเดินทางไปหาเจ้าหน้าที่รัฐบาลเพื่อเปลี่ยนหรือแก้ไขข้อมูลของบริษัทในประเทศเอสโตเนีย พลเมืองเอสโตเนียหรือผู้อยู่อาศัยซึ่งมีบัตรประจำตัวประชาชนหรือเบอร์โทรศัพท์มือถือ สามารถจัดตั้งบริษัทบนอินเทอร์เน็ตจากที่ไหนบนโลกนี้ได้ หน้าเว็บเพจยังสามารถรองรับเบอร์โทรศัพท์มือถือของพลเมืองของทั้ง 4 ประเทศ ซึ่งได้แก่ โปรตุเกส เบลเยียม ฟินแลนด์ และลิทัวเนีย ดังนั้นพลเมืองของทั้ง 4 ประเทศนี้สามารถก่อตั้งบริษัทในเอสโตเนียจากที่ประเทศของตนเองได้ ในช่วงปีแรกที่น่าโครงการไปประยุกต์ใช้ 30% ของบริษัทที่ก่อตั้งขึ้นบนอินเทอร์เน็ตยืนยันว่าการบริการใหม่นี้ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากประชาชน ตัวเลขยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนถึง 90% ในช่วง 3 ไตรมาสแรกของปี 2014
11	Sistema Nacional de Información (SNI)	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo Senplades : เอลกวาดอร์	The National Information System ได้รับการก่อตั้งโดยการรวมรัฐบาลกลางและรัฐบาลที่ปกครองตนเอง เพื่อเก็บข้อมูลดิบที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการวางแผนของประเทศและอาณาเขตดินแดน จุดประสงค์หลักของรัฐบาลคือการรวบรวมข้อมูลของรัฐบาลในพื้นที่ที่แตกต่างกัน และเพื่อส่งเสริมโครงข่ายของผู้ให้บริการข้อมูลในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ เกิดผลโดยตรงกับการนำข้อมูลมาช่วยในการตัดสินใจออกแบบนโยบายทั่วไป การช่วยกำหนดความหมายในระดับการบริหารจัดการ พื้นที่ในการวางแผน เขต ซึ่งถือเป็นเครื่องมือที่จะช่วยสร้างความเท่าเทียมกันในพื้นที่ โดยผ่านการมีส่วนร่วมของสถาบันในภาคประชาชน ซึ่งสามารถสำเร็จได้ตามระยะเวลาโดยขึ้นอยู่กับความรู้ของพลเมืองในด้านการศึกษา สุขภาพ สวัสดิการสังคม และการพัฒนาของ the National Spatial Strategy และการตัดสินใจเลือกนโยบายที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานการป้องกันการตั้งรกรากที่ผิดกฎหมายในพื้นที่ชนบท
12	National Validation Gateway	Emirates Identity Authority : สาธารณรัฐ อาหรับ เอมิเรตส์	The Emirates Identity Authority ได้ถูกก่อตั้งเพื่อบริหารจัดการการลงทะเบียนจำนวนประชากรและการออกบัตรประชาชนของประเทศ สาธารณรัฐอาหรับ เอมิเรตส์ จุดประสงค์คือเพื่อลงทะเบียน การคงไว้ซึ่งความถูกต้องของข้อมูล การลงทะเบียนจำนวนประชากรให้เป็นปัจจุบัน และเพื่อพัฒนาความมั่นคงและรวบรวมปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐานเพื่อช่วยเรื่องการเข้าถึงข้อมูลของผู้ใช้ เพื่อให้มั่นใจว่าการบริการด้านบริหาร

ลำดับ	ผลงาน	หน่วยงาน	สรุปผลงานโดยย่อ
			จัดการส่วนกลางทั้งหมดจะมีประสิทธิภาพ โปร่งใส ถูกต้องตามวาระและมีคุณภาพสูง the Validation Gateway ได้ถูกจัดทำขึ้นเพื่อเสนอวิธีการทำงานแบบดิจิทัลที่หลากหลายสำหรับบัตรประชาชนอเมริกันเรตต์ ความเกี่ยวเนื่องกันของกระบวนการทางธุรกิจแบบใหม่นี้จะช่วยเรื่องของระยะเวลาการประหยัดต้นทุน และการลด overhead ขององค์กร และเพิ่มขีดความสามารถของการบริการทางอินเทอร์เน็ต ในทางกลับกัน พลเรือนก็จะพบว่าภาระเบียดเบียนแบบนี้มันง่ายตาย สะดวกและน่าพึงพอใจ
Category 4 : Promoting gender-responsive delivery of public services			
13	Fighting Violence against Women: Making Seoul a Safer City for Women	Seoul Metropolitan Government : สาธารณรัฐเกาหลี	ในอดีต การรณรงค์ต่อต้านความรุนแรงทางเพศจะถูกจัดการโดยองค์กรสตรีและกลุ่มต่างๆ แต่ด้วยนโยบายใหม่ กรุงโซลมีความพยายามที่จะแก้ปัญหาความรุนแรงทางเพศในแง่มุมมองของการตั้งนโยบาย ซึ่งได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรสตรี พลเรือนและผู้เชี่ยวชาญ เป้าหมายถูกเปลี่ยนจากการให้ลงโทษผู้กระทำผิดซ้ำแล้วซ้ำเล่า เป็นการสร้างความตื่นตัวให้แก่สาธารณะชนและการรณรงค์ป้องกัน ที่มุ่งไปยังการเพิ่มความรับรู้ของสังคมในเรื่องสิทธิมนุษยชน กรุงโซลยังได้ปล่อยโปรแกรมที่มุ่งเสริมสร้างโครงข่ายภาคประชาชนเพื่อความปลอดภัยของผู้หญิงที่เรียกว่า“Safer Neighbourhoods for Women Program” ซึ่งให้กำลังใจผู้ที่ถูกกระทำรุนแรงในประเทศและกลายมาเป็นผู้คุ้มครองความปลอดภัยที่ดีกว่าคนอื่นๆรอบข้าง ด้วยการขอความสนับสนุน กรุงโซลก็จะสามารถลดอัตราความรุนแรงต่อเพศหญิงได้
14	Implantación de la Ley Vasca para la Igualdad de Mujeres y Hombres	Emakunde – Instituto Vasco de la Mujer : สเปน	The Emakunde-Basque Women’s Institute ส่งเสริมและแนะนำขั้นตอนกระบวนการพัฒนาการนำไปปฏิบัติ และการประเมินความเท่าเทียมกันของผู้หญิงและผู้ชาย กลยุทธ์คือการใช้การมีส่วนร่วมของสังคมเมืองและการมีส่วนร่วมของผู้หญิงเพื่อที่จะเข้าถึงความคิดเห็นของคนส่วนใหญ่ต่อรัฐบาล Basque และภาคส่วนราชการอื่นๆเพื่อให้เกิดความโปร่งใส เมื่อได้รับการตอบรับจากสาธารณะชนเกี่ยวกับความจำเป็นสำหรับกฎหมายความเท่าเทียมกัน และทำให้แน่ใจว่ากฎหมายได้รวมกันเป็นหนึ่งเดียว เพื่อส่งเสริมเสียงเรียกร้องของพื้นฐานทางกฎหมายที่ใช้กับการปกป้องสิทธิของผู้หญิง และการนำไปปฏิบัติที่สำคัญที่สุด ผลลัพธ์คือตอนนี้มีหน่วยงานที่มีความเท่าเทียมกันทางเพศในทุกแผนก ในปี 2010 แผนการแห่งความเท่าเทียมกันจะถูกนำเสนอในทุกๆแผนของ Basque Government พร้อมด้วยแผนภูมิภาคและการบริหารจัดการส่วนจังหวัด และ 42% ของรัฐส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีถึงเกือบ 90% ของจำนวนประชากรของประเทศ

ภาคผนวก ก

แบบฟอร์มการสมัครขอรับรางวัล

United Nations Public Service Awards

1. เข้าเว็บไซต์ www.unpan.org เลือกหัวข้อ “UN Public Service Awards”

Home | History | CEPA | UN PS Day/Awards | Products & Services | E-Government | Themes | E-Learning | Standards/Codes | Events

Register | Login

Go DPADM ▶ UN PS Day/Awards ▶ UN Public Service Awards

UN Public Service Awards

Click for more images

The United Nations Public Service Awards is the most prestigious international recognition of excellence in public service. It rewards the creative achievements and contributions of public service institutions that lead to a more effective and responsive public administration in countries worldwide. Through an annual competition, the UN Public Service Awards promotes the role, professionalism and visibility of public service.

Click the image above for Knowledge Base of UN Public Service Awards Initiatives

Testimonies

Click here to read the testimonies of UNPSA Winners and Finalists

Video Message

2015 UNITED NATIONS PUBLIC SERVICE AWARDS

Call for Nominations
Application Deadline
31 October 2014

Apply

2. เลือกหัวข้อ “Online Nomination Forms” เพื่อสมัคร

UN United Nations Public Adminis... UNPAN-The United Nation... UNPAN-The United Nations P...

Search Share More >>

Overview and Submission Rules

Arabic Chinese English French Russian Spanish

Online Nomination Forms

Arabic Chinese English French Russian Spanish

System Login

Manager Login Reviewer Login Nominee Login

3. เลือกหัวข้อ “Online Nomination Forms” เพื่อสมัคร

**United Nations Public Service Awards
Nomination Form 2015**

It is strongly recommended that applications are submitted as soon as possible and no later than 31 October 2014 Midnight Eastern Time (EST) Zone .

NOTE: You are greatly encouraged to prepare your answers first on a word document and then to copy them into the database fields as the system automatically logs out after a few minutes.

Pre-selected Institutions will be notified and asked to provide additional documentation.

For which award is the nomination being made?

☒ Category 1: Improving the delivery of services
☐ Category 2: Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms
☐ Category 3: Promoting Whole-of-Government Approaches in the Information Age
☐ Category 4: Promoting gender-responsive delivery of public services

Check criteria relevant to the nomination

☐ Improves Access and Promotes Equity: Promotes equity by extending service delivery to vulnerable groups (e.g. the poor, women, minorities, the youth, elderly, the disabled and others) and/or enables service delivery to a wider population, particularly through mechanisms that promote social inclusion. Has extended services to a wider population than before.

☐ Incorporates Citizens' Feed-back: Actively incorporates citizens' inputs and feed-back regarding public service delivery satisfaction.

☐ Increases efficiency: Streamlines processes, reduces red tape, and improves coordination and other measures resulting increased efficiency. The increase in efficiency must be supported by quantifiable indicators, surveys, questionnaires, etc.

☐ Introduces a new concept: Introduces a unique idea, distinctively new approach to problem solution, or unique policy or implementation design, in the context of a given country or region, for transparency, accountability and responsiveness in the Public Service.

☐ Promotes Partnerships: Promotes partnerships between the public sector, civil society and the private sector in public service design and implementation.

☐ Provides high-quality service delivery: Provides timeliness, courtesy, access and client-orientation in public service delivery. Includes the availability of government services at times and in ways that are more convenient to the public, for example, speedy processing of applications or claims, reduction in the amount of paperwork and other activities citizens must perform in order to demonstrate compliance.

☐ Transforms administration: Involves transformation within a large framework rather than incremental improvements. Innovative methods, tools and techniques, in the context of a given country or region, are applied to themes such as modernization, change of organizational culture, administrative reforms or the overhaul of government service delivery procedures.

Confidential (Click "yes" if you want the information below to be confidential, click "no" if you want it to be public.) ☒ Yes ☐ No

4. เลือกหัวข้อ “Online Nomination Forms” เพื่อสมัคร

nination.aspx

United Nations Public Adminis... UNPAN-The United Nations P... UNPAN-The United Nation...

Search Share More >>

Information on institution being nominated

Institution Name :

Institution Acronym :

Institution Type :

Specific initiative : ☒ Yes ☐ No

Name of initiative (Initiative acronym) :

Contact's Position :

Contact's Function Title * :

Contact's First Name(s) * :

Contact's Last Name(s) :

Contact's Gender : ☒ Female ☐ Male

Address :

Postal Code :

City :

State/Province :

Country :

Telephone/ Fax :

Institution's / Project's website (if available) :

Date of implementation/execution of initiative: dd/mm/yyyy :

[Note: The programme requires a minimum of one year of implementation to qualify for evaluation.] :

E-mail :

E-mail Confirm :

Information on institution making the nomination

Institution Name :

Institution Acronym :

5. กรอกข้อมูลของหน่วยงานที่สมัครเข้ารับการคัดเลือก

Information on institution being nominated

Institution Name :

Institution Acronym :

Institution Type :

Specific initiative : ☒ Yes ☐ No

Name of initiative (Initiative acronym) :

Contact's Position :

Contact's Function Title * :

Contact's First Name(s) * :

Contact's Last Name(s) :

Contact's Gender : ☒ Female ☐ Male

Address :

Postal Code :

City :

State/Province :

Country :

Telephone/ Fax :

Institution's / Project's website (if available) :

Date of implementation/execution of initiative: dd/mmm/yyyy :

[Note: The programme requires a minimum of one year of implementation to qualify for evaluation.] :

E-mail :

E-mail Confirm :

6. กรอกข้อมูลของผู้เสนอชื่อหน่วยงานที่สมัครเข้ารับการคัดเลือก

NewNomination.aspx

UN United Nations Public Adminis... UNPAN-The United Nations P... UNPAN-The United Nation...

Search Share More >>

Information on institution making the nomination

Institution Name :

Institution Acronym :

Institution Type :

Contact's Function Title :

Contact's First Name(s) :

Contact's Last Name(s) :

Contact's Gender : ☒ Female ☐ Male

Address :

Postal Code :

City :

State/Province :

Country :

Telephone/ Fax :

Institution's / Project's Website :

E-mail :

E-mail Confirm :

* Required field

7. ตอบคำถาม 12 ข้อ

A. PROBLEM ANALYSIS (5 percent of the overall rating)

1. What was the problem before the implementation of the initiative?

Describe in no more than 500 words the situation before the initiative began. What major problems and issues needed to be addressed? What social groups, e.g., the poor, illiterate, disabled, elderly, immigrants, women, youth, ethnic minorities, were affected and in what ways?

B. STRATEGIC APPROACH (25 percent of the overall rating)

2. Who proposed the solution and how did the initiative solve the problem?

In no more than 600 words, summarize what the initiative is about and how it solved the problem. This should include a description of the strategy including its main objectives and target audiences.

3. In which ways is the initiative creative and innovative?

In no more than 200 words, illustrate what makes the initiative unique and how it addressed the problem in new and different ways. List the creative and innovative approaches that allowed for its success?

C. EXECUTION AND IMPLEMENTATION (30 percent of the overall rating)

4. How was the strategy implemented?

In no more than 600 words, describe the elements of the action plan that was developed to implement the strategy including key developments and steps, main activities and the chronology.

(Upload your implementation plan maximum file size 5MB)

Browse...

5. Who were the stakeholders involved in the implementation?

In no more than 300 words, specify who contributed to the design and/or implementation of the initiative, including relevant civil servants, public institutions, organizations, citizens, NGOs, private sector, etc.

6. What resources were used for the initiative and how were they mobilized?

In no more than 500 words, specify what were the financial, technical and human resources' costs associated with this initiative. How was the project funded and who contributed to the financing?

7. What were the most successful outputs?

In no more than 400 words list no more than five concrete outputs that contributed to the success of the initiative.

8. What systems were put in place to monitor progress and to evaluate the activities?

In no more than 400 words describe how you monitored and evaluated the implementation of the strategy.

9. What were the main obstacles encountered and how were they overcome?

In no more than 300 words describe the main problems that were encountered during the implementation and how these were addressed and overcome.

D. IMPACT AND SUSTAINABILITY (40 percent of the overall rating)**10. What were the key benefits resulting from this initiative?**

In no more than 700 words describe the impact of the initiative. Provide concrete examples for how the initiative made a difference in the delivery of public services. Describe how the improved delivery of public services had a positive impact on the public. Provide information on how this impact was measured.

11. Is the initiative sustainable and transferable?

In no more than 500 words, describe how the initiative is being sustained (for example in terms of financial, social and economic, cultural, environmental, institutional and regulatory sustainability). Describe whether the initiative is being replicated or disseminated throughout the public service at the national and/or international levels and/or how it could be replicated.

12. What are the lessons learned?

In no more than 500 words, describe your overall experience with the initiative, the lessons learned and any recommendations for the future.



For questions, please contact:

Mr. John-Mary Kauzya
Chief of Governance and Public Administration Branch
Division of Public Administration and Development Management
Telephone: [1-212-963-1973](tel:1-212-963-1973)
Fax: 1-212-963-2916
e-mail: kauzya@un.org

Declaration

I hereby certify that:

- ♦ I followed and will follow all provisions as stipulated in the submission rules.
- ♦ I have duly completed all fields and that all information presented is accurate to the best of my knowledge.
- ♦ I stand in no conflict of interest in relation to this nomination.
- ♦ I am a third party and that I have no direct hierarchical relationship with the nominated institution.
- ♦ I understand the rules for ethical behaviour and I will not put any undue pressure on any person involved in the evaluation and selection process.
- ♦ I understand that an Award can be revoked in the event that any of the rules of the submission guidelines are violated.

Submit

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างการเขียนรายงานของหน่วยงานภาครัฐไทยที่ได้รับรางวัล

สาขา : Promoting Whole-of-Government Approaches in the Information Age

ชื่อผลงาน : Holistic School in Hospital Initiative (HSH)

ชื่อหน่วยงาน : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์

ปีที่ได้รับรางวัล : 2015

1. What was the situation before the initiative began?

The Rajanagarindra Institute of Child Development (RICD) is an Institute under the supervision of the Department of Mental Health and The Ministry of Public Health. The RICD is located in northern Thailand. It is responsible for providing treatment and rehabilitation for

1. What was the situation before implementation of the initiatives?

Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH) was found as “Children’s Hospital”. It is the public hospital works under Department of Medical Service (DMS), Ministry of Public Health (MOPH), Thailand, uniquely providing medical care for young-patients (0-18 year). The patients who need tertiary care are transferred from across the country with complicated health conditions. QSNICH takes care of the patients physically, mentally and socially. In educational perspective, QSNICH also provides training and research in pediatrics medical science to healthcare personnel including developing service model and national policy advocacy in child healthcare. In 2003, WHO declared that over 15 percent of youth population is suffering from chronic diseases including cancers, diabetes and congenital heart diseases. In Thailand, more than 3,000 new cases of youth with chronic diseases are found and hospitalized that makes over 36,000 accumulated cases of school-age patients each year. QSNICH caters over 10,000 cases annually, they need long-term hospitalized and inevitably absent from schools, so they were deprived of academic opportunity and failed to catch up with their proper classes. It resulted in delayed graduation or worse, failure to graduate. This leads to other social problems those are stemmed from inadequate education, which was identified as the main factor that increase social inequality. They will live their lives in the vicious cycle: lack of education, poverty and unhealthiness and burden on society. Besides that, Thailand is identified as one of top 15 countries with the highest number of children absent from education system, (UNICEF 2011), this group of young chronically-ill patients must play a role in the problem. The problem was initially identified

in 1983 by multidisciplinary health team in hospitals, who understood the suffering of young chronically-ill patients being absence from school for long. The teachers were brought in, to teach the missing lessons in the hospitals. However, there were four main problems with the initial program. First, there were limited numbers of teachers, even though existed but still lack of capability to teach all major subjects of the curriculum. Consequently, the problem of substandard education prevailed and patients were unable to return their current classes. Second, the program lacked nation-wide integration and scalable platform. The program was developed on an ad-hoc basis and each hospital developed the program separately, so it was neither applicable nor replicable to each other. It was difficult for the hospital to reach out for collaboration from different government agencies e.g. Ministry of Education (MOE); therefore, the program was ineffective and insufficient resources. Third, the program was only available in well-established hospitals. Young-patients in other hospitals were not provided with such support. Fourth, young-patients and families are often excluded from participating in decision making and tailoring the academic courses provided in the hospital. The programs were not effectively and efficiently catering to the patient's needs. As a result, young chronically-ill patients were still deprived of several academic requirements and they were unable to resume normal education. A new initiative was needed to effectively address the situation.

2. Who proposed the solution and how did the initiative solve the problem?

The initiative “Holistic School in Hospital (HSH)” was set to facilitate and foster learning environment for young-patients with chronic illness and long-term hospitalization to provide holistic care (physical, mental, social and spiritual) by using Information Technology (IT) and infrastructure. In 1995, the initiative was first founded by QSNICH, MOPH, which transformed normal teaching in hospital into IT class, using e-Learning program including Computer Assisted Instruction (CAI) and Electronic Distance Learning Television (eDLTV) supported in sequence by Ministry of Science and Technology (MOST) and Distance Learning Foundation (DLF) which is initiated by His Majesty King Bhumibol Adulyadej. HSH initiative has been under Patronage of H.R.H. Princess Maha Chakri Sirindhorn since then. In 2005, according to the policy of MOPH, HSH started replication. It became effectively executed and sustained by the collaboration of MOE, MOST and MOPH as the inter-government-agencies MOU, in 2009. HSH aims to 1) provide an adequate education for chronically-ill youth who have been hospitalized and deprived from school for long. 2) create a

standardized program that are tangible and scalable through a collaboration of three involved government ministries in education 3) improve overall education system by integrating IT into teaching methods and practices 4) promote a tailored courses and class-on-demand for remote users. There were three imperative steps for the project. First, the strategic plan was created by three ministries' committee having QSNICH as one of secretariat team. The target was identified as young chronically-ill patients and families. They were included into the discussion regarding the academic requirement of each patient. The program is able to create the Individual Education Plan (IEP). QSNICH multidisciplinary team shared the knowledge of caring with National Science and Technology Development Agency (NSTDA), which is under MOST, to create the special learning programs for children with learning disability (LD-children) and Autistic children. Second, each lesson must be executed by the experienced teachers from Bureau of Special Education (BSE), which is under MOE, who specialize in teaching with e-learning program. As a result, patients could access teaching records via televisions or computers, which also integrates both online and offline platform, thus provide a great flexibility for them to tailor on-demand lessons as well as time schedule. Third, it was critical to install programs and the supportive infrastructure which was done by MOST. The great IT and infrastructure provided HSH the ability to transfer and sustain. Moreover, given the interconnectedness to its local administrative offices, each HSH can introduce the program to teach local knowhow and traditions. HSH has solved previous concerns for in-hospital classes: a) Provision of customized education for youth with chronic diseases and creation of holistic care for patients by using multidisciplinary e-Learning program that can lower the teacher demanded and standardize the educational program in hospital. b) The standard best practice of HSH is well established and the collaboration of the whole-of-government service ensured greater scale of resources and sustainability to solve the previous issue of inability to scale. HSH can now be transferred to 23 hospitals around country. c) The current project is catering to over 47,000 patients annually. Continuous replication, the program would be able to cater all young chronically-ill patients nationwide. d) Flexibility of e-learning in informative age has provided patients and families the ability to select and tailored-made their own lesson plan. Moreover, experienced teachers are available to teach and records can be made and keep in data storage for patients to study anytime. As a result, patients with chronic illness are no longer deprived from proper education, be able to return to their classes even after a long absence, and continue their childhood life as normal children.

3. In which ways is the initiative creative and innovative?

1) Tight integration of three government ministries: MOPH, MOE and MOST, are formed to solve insufficient education problems and promote social inclusiveness of chronically-ill youth. 2) The integration of programs including CAI, eDLTV, special learning program for LD children (LDP) and “Social Story Program (SSP)” for Autistic children, perfectly supplements traditional teaching style by adding up gimmicks to promote learning willingness of young patients. 3) Moreover, these programs allow users to customize educational program by using IEP and access from nationwide. This creates greater equality for young patients both in genders and social statuses. The use of ‘edutainment’ concept (70 education: 30 entertainment) introduces the real holistic care that enhances physical and mental health together with proper education during hospitalization. 4) Using same infrastructure, staff of each network can teleconference as scheduled to ensure the standard and equality of network. 5) Families and community can share ideas via social media (Facebook) for improvement of the initiative including adding vocational education, teaching young-patients and families to produce various kinds of commodities those are community wisdom. 6) Last but not least HSH created the first certified examination center in hospital. As a result, they would no longer be deprived of academic opportunities.

4. How was the strategy implemented?

There were four important steps in implementation of this HSH initiative. First step: Transformation step started in 1995 by introducing the information technology to the ordinary classroom in QSNICH e.g. Computer Assistant Instruction program(CAI) and eDLTV using offline technology, operated by NSTDA, MOST which was authorized by DFL. Families and patients were included in decision making to create a suitable IEP for them and also the local administrators and private sectors to share their suggestion and resources. The HSH initiative has been under the Patronage of H.R.H. Princess Maha Chakri Sirindhorn, and gained informal collaboration from BSE, sending two teachers to work fulltime in HSH. Second step was Transfer step. HSH model was continuously developed to create the qualified best practice of school in hospitals in the information age using ICT, therefore in 2005 QSNICH which is responsible for national child healthcare policy advocacy, proposed the HSH initiative to Department of Medical Service (DMS), MOPH to set the policy of transferring this model across the country, thus hospitals up country were included into HSH network. The bigger the networks, the more partners, the better whole-of-government service approaches

in fostering the vulnerable human resources are. MOPH created six networks according to the strategic plan during this period. The third step was Inter-government agencies MOU. In 2009, the official MOUs between MOE, MOPH and MOST were done to ensure the transferable and sustainable of the initiative, thus accelerated the growth of HSH networks and coming together with sufficient resources e.g. MOE's policy of having three teachers each HSH. Scheduled meetings were set to strengthen collaboration among all stakeholders and to share learning experiences. Together they set the clear vision and political will to promote the whole-of-government approaches in education service of the young chronically-ill patients for ease of access. Many new ICT technologies were added on to foster the holistic medical care, education and social inclusiveness of young patients in hospital both from the public and private sectors including citizens who volunteer. Continuous development is final step which has been done to ensure the better service in providing sufficient education for young patients meanwhile hospitalization or even at home in some cases, who could not go back to normal school, then the teachers from the Office of non-formal and informal education (ONIE), MOE provided them the non-formal and informal education. Evolution were as followings: In 2009 notebooks were introduced to support the bedside teaching which started in 2006 with simple teaching documents, Special Examination center in hospital was first started in 2011 thus patients could then study and be tested on their lessons without the need to re-take the exams after they are discharged from the hospital to answer all needs of patients, special program for children with learning disability (LDP) was launched in 2012 and also the completed online technology of eDLTV and infrastructure. Tablets were substituted notebook to suit the small young patients which have succeeded in increasing their willingness to learn. Last in 2013 the special program for autistic children named "Social Story Program (SSP)" was first distributed in HSH networks for testing its ability to increase autistic children focus and social inclusiveness. Inclusion of all stakeholders was the main goal, thus Social media: Facebook account named "IT for young patients in hospitals" was created in 2012 by NSTDA, MOST to promote the initiative and bolster communication of all users and workers allow them to feedback and share about all activities of the initiative to improve overall perspective. Moreover, in 2012 teleconferences were used to enhance communication among networks in sharing of suggestion, opportunity for improvement, and resources.

5. Who were the stakeholders involved in the implementation?

HSH initiative is executed mainly by the committee of three ministries: MOE, MOST and MOPH according to the MOU, together with many stakeholders e.g. DLF, private NGOs, local administration office and 23 network hospitals nationwide including patients and families . 1) MOPH by QSNICH provides the HSH model development, medical and paramedical personals as the consultants and resource persons and budget to transfer HSH model nationwide and arrange the evaluation and monitoring of network performance by the three ministries monitoring team. 2) MOST by NSTDA provide the IT infrastructure (PC and Tablets), installation of e-Learning programs e.g. CAI, eDLTV, creation of LDP and SSP, training teachers to ensure teaching skill by using e-learning. 3) MOE by BSE provides teachers, assistant teachers who manage edutainment for patients at bedside, and teaching materials. Office of the non-formal and informal education (ONIE) provides vocational classes as scheduled for both patients and families and supports the establishment of an examination center in HSH. 4) DLF contributes a full range of eDLTV programs at no cost, not only accession online at <http://edltv.dlf.ac.th/> and <http://edltv.vec.go.th> and authorized NSTDA to store the whole data to digital storage for all HSH can access offline anytime. 5) Some private NGOs and Local administration office can involve in HSH located in their geographical area to do edutainment and vocational education and community wisdom as appropriated. 6) Last the youth patients and families have opportunity to take part in designing or even teaching the children by themselves. The whole stakeholders cooperate to create the real holistic school in hospitals and foster the education of chronically-ill youth all over country thus they can live their childhood life with better physical and psychology health, and proper education together with sufficient social inclusiveness and become the qualified human resource of country in the future.

6. What resources were used for the initiative and how were they mobilized?

Human resources: Medical teams in hospitals under MOPH take care of the young patients' physical and psychological health, and create their in-hospital education plan as IEP together with teachers and patients' families. Three teachers from BSE, MOE, are fulltime staff in HSH, taking care of young patients' education, and also edutainment both in class and bedside. These teachers need special skills: using IT equipment and e-Learning programs to aid their teaching. Teachers from ONIE, MOE, are part-time instructors, when the young patients need vocational education and special examination in hospital. IT teams from

NSTDA, MOST, take care of implementation of infrastructure, program installation, special programs development, including Facebook development and maintenance, and operation to maintain and ensure that access ability to e- Learning is possible anytime anywhere. They also nurture teachers to ensure their teaching ability in information age. Last the volunteers and NGO groups, who willing to contribute to these vulnerable youths, visit HSH occasionally or as scheduled to arrange the varieties of activities and recreation for young patients in HSH thus nurture their mental health and promote social inclusiveness. Some local administration offices, where HSH located, may involve as local HSH committee or MOU in teaching the local culture and wisdom.

Budget: Mainly from MOE for the salary of three teachers in HSH, in 2014 MOE provide one more conference added on the one that MOPH arranged annually for sharing and monitoring, evaluation and promote the hospitals and local administration offices to transfer HSH initiative, thus contribute more than 30 million baht. MOPH by QSNICH contribute the over one million baht each year since 2005, for transferring of HSH model to the hospitals nationwide according to the strategic plan including monitoring and evaluation of this initiative. At hospital level, the administrators grant the area and renovation cost to suit a classroom and teachers office. Budget from NSTDA may not substantial compare to their technology and man-days. It is over 100,000 baht using mainly to travel among HSH networks to finish their tasks mentioned above.

Materials and Technology: The eDLTV is the intellectual property of DLF initiated by His Majesty King Bhumibol Adulyadej. The program provides education at primary, secondary and vocational levels which are compatible with the curriculum of MOE. It was first transmitted via satellite but now using modern information technology, the programs provides students at distance schools with a virtual learning environment. DLF authorized NSTDA to distribute and install the program to schools in needed across countries including HSH networks to educate all vulnerable groups. All e-Learning programs, CIA and special programs e.g. LDP and SSP are installed by NSTDA staff. Most of the PCs and tablets are the used computers being donated to NSTDA who distribute to those in need as HSH networks. The tablets, be introduced for bedside teaching because of some medical situations, patients cannot be moved. Together, all government agencies and citizens work together in contributing to the learning of young patients, who are the future of country.

7. What were the most successful outputs?

Tight communication and interaction among government agencies and citizens together with clear vision, strong willing and recognition of powerful IT, three ministries introduced a unique idea and new policy to promote the whole-of-government approaches in education and social inclusiveness of the vulnerable group thus created public high value. The most potential output is the percentage of patients, those can resume their normal education, has increased from 65% in 1994 to currently 99.4% after implementation. The number of students increased from 5,215 in 2004, to 34,592, 36,558 and 47,630 in 2011, 2012 and 2013 respectively and satisfaction is 93%, 95% and 98%. Replication of HSH is effectively executed thus HSH networks have increased in number 17 places during 2005–2014 compared to 4 places during 1995–2004, that is more than 4 times growth in the 10 year interval. Also, teachers have increases from 2 before 2009 to currently 3 in each HSH according to the policy of MOE that is 50% increasing in human resources. Beside e- Learning education, social inclusiveness was gained by using social media: Facebook account “IT for young patients in Hospital” and Skype account to a)contact and share with friends in social societies, b)communicate between teachers, patients and families c)interactive homework assist, d)data storage of learning history of patients which will be transfer to their current school after they can leave the hospitals, e)gather the recommendation from all stakeholders, f)distribute the merchandises made by patients and families. Thus FB followers have increased 66.6%, 72% and 86% in last three years. This initiative made the transformation within a large framework rather than incremental expansion. Using e-learning program making HSH achieved academic standard certified by MOE as patients can pass the examination of ONIE 100% consecutively since 2011. This also enhances the teachers’ capability to fulfill their ability in teaching various subjects that are needed for the patients. HSH was authorized by ONIE to be the first examination center outside regular schools. It is also the first start of the community to be involved in providing education to the youth, thus there are diversity among HSH network to fit the context of each community, such as the terrorist situation in the south of Thailand that schools often be attacked so they expanded the HSH to help the illiterates to study via e-learning in rural hospitals not only in provincial hospital.

8. What system were put in place to monitor progress and to evaluate the activities?

The initiative is evaluated mainly using the indicators those are set in strategic plan and operational plan each year. The measures focus on all parameters: the achievement of patients and families, human resources, IT accountability, social media using, HSH networks capacity and ability, and the accountability of e-Learning program including the achievement of the HSH model replication. The measurements are the number of young patients involved by each HSH and total number each year, number of young patients that can resume their proper educational class, number of young patient that go to the non-formal and informal education system and those who pass the examination of ONIE. These measures evidence whether the HSH network is qualified as the standard school. Moreover the program monitors the performance of teachers by online testing to ensure their potential in teaching by using e-Learning program, the number of Facebook account users and followers, number of e-Learning classes viewed, customer satisfaction to HSH, number of teachers working in each HSH, number of new HSH and total number each year, so far we can ensure that the initiative is on track meeting the target set in strategic plan. The result of all indicators from 23 HSHs will be sent online to the representatives of all involved ministries. 2) Network meeting will be hosted annually by QSNICH (MOPH representative), the delegates are from three involved ministries, all HSH networks and also customers and stakeholders representatives. Since 2014, MOE by BSE hosted one more meeting thus now there is twice meeting a year. 3) Multidisciplinary Supervision team, consisted of QSNICH, BSE and ONIE (MOE representatives) and NSTDA (MOST representative), will visit HSH across the country six times each year. They aim to help the hospitals to start the HSH model efficiently and help existed HSH to solve their onsite problems. 4) Annually, the HSH project committee from involved three ministries will report to H.R.H. Princess Maha Chakri Sirindhorn, who is very interesting in helping all of the underprivileged citizens, and always encourage the involved government agencies to focus on this initiative. Each year the representatives from three ministries will together analyze the data collected from all networks and stakeholders including problems and suggestions and SWOT analysis in order to organize the operation plan for further development of the initiative.

9. What were the main obstacles encountered and how were they overcome?

The obstacles mainly are 1) Teachers turnover rate is high, only 48% of them worked longer than three years because HSH can't provide them the suitable career path as working in real school, so they need to move out to pursue their career as teachers in schools. The solution is MOE now creating the career path for teachers in HSH networks that they can get promotion without moving out. 2) Budget, the more patients HSH catered, the more budget needed for all kinds of resources and management. Solution is increasing the government budget and HSH networks raise fund from local private sector for materials and management. 3) Place, HSH is only one in many tasks of hospitals, also space in some hospitals are very limited that HSH in those hospitals are not match the ultimate place for foster the holistic care and education for young patients. The solution is HSH inter-government-agencies committee set the criteria for hospitals to be recruited as one of the HSH networks, in which the proper space is one of the criteria. 4) The infrastructure, it is the shortage of PC or tablet, but the bedside learning is limited without high speed hotspot available in hospital especially in the ward that patients had been admitted. This solution is difficult but the inter-government-agencies committee is focusing on it. One of the permanent solutions is 3G+ telecommunication service for mobile equipment but it needs the collaboration of private companies, owners of 3G+ technology and takes time to become a reality. The transient solution is that the assistant teachers upload the programs or subjects into mobile equipments, covered the patients' need according to their schedule each day, and redo it every day. This is not ultimate because it increases workload of the teachers, but it is currently the best.

10. What were the key benefits resulting from this initiative?

Improvement and expansion of the whole-of-government delivery in holistic care and education service to the vulnerable: young chronically-ill youth, is achieved with the HSH initiative using IT in the information age, evidenced by 23 HSH networks and 47,630 young patients involved in 2013. HSH project has exhilarated the well-being of youth in hospitals, significantly alleviated the exclusion of young-patient from education system. The strong collaboration of three ministries and Distance Learning Foundation (DLF) that provided

eDLTV, has led to the creation of a powerful and extensive long-lasting network nationwide. Two main benefits arose from the formation of network. A) Once the collaboration has been set coupling with the rise of standardized practices, the project was ready for expansion. As a result, it was no longer impractical for the project to be successfully expanded. The extension of the network to 23 hospitals nationwide rapidly enhances the reach and effectively increases the opportunity for higher education for young patients. More than 47,000 patients are catered to with HSH program. The program quickly increases the success rate of young patients in education from 65% in 1994 to currently 99.4% those are reintegrated in schools and pass the exam. In the future, once resources are in place and sufficiently allocated, the program will be able to expand its capacity and cater more patients. B) The extensive network and resources of on-demand classes can also be used to educate the other vulnerable groups of citizen those are deprived of education opportunity e.g. disabilities, prisoners who deprived from education opportunity. eDLTV can be replicated and extended to other schools and academic institutions in rural area those are facing shortages in teachers and certain resources. It is found that more than 30,000 additional schools have benefited from eDLTV. Apart from serving the education in Thailand, DLF under Royal Patronage also links with school in neighbouring countries, such as Laos, Cambodia, Myanmar, Vietnam and Southern China, with educational broadcasts in English and Chinese.

The program cultivates positive environment within the hospital. Social inclusiveness of young patients rises as they felt more cared-for. 98%-satisfaction rate indicates that patients are engaged and their morale is uplifted. As classes evolve from the concept of 'Edutainment', they were both educated and entertained concurrently. The use of technology alters boredom to excitement as they were allowed to participate along with leveraging eDLTV to enhance learning. Raising level of gratification in young chronically-ill patients is an invaluable achievement that is not quantifiable. The joy of care in young patients strategically equips them with hope and will to battle the chronic diseases. The main objective of the initiative is to improve quality of life and provide a standardized educational program for young chronically-ill patients. The program has a great success as it significantly improves their educational inequality. Moreover, with education during HSH program, young patients were provided with another chance, that was taken away by their illness, to fulfill their life goals either pursuing further education or entering a way of

livelihood. It is a program that cannot be replaced and definitely install both tangible and intangible impacts to patients. A case study is the story of 13-years-old boy pseudo-named 'John' form sportsman: famous football player of school to chronically-ill cancer patients who need to be hospitalized since grade 7. Treatment result was he lost his leg, hospitalized, got depression and scared of medical team. John was deprived of the mobility and further education. He was a great hardworking student who always wanted to continue his education. Teacher from HSH initiative was brought to him to gain his attention and willingness to overcome his illness, thus he studied happily in HSH. Upon the time of 3 years, John condition deteriorated. Unfortunately, he passed away few days after his last examination to finish grade 9. The family received his graduation certificate during the funeral, handed by teacher from HSH, which was the light of their day. They explained that it was his ultimate goal to graduate from school and it was extremely meaningful and heart-warming for them to watch his succession with joy. The program is not only long generated impact on patients but the impact is also extended to other stakeholders as well.

11. Is the initiative sustainable and transferable?

Under the inter-government-agencies MOU, enhancing performance by integration of three government services across three different ministries are possible and efficiently executed and encourage use of shared e-Learning system for seamless integration. Under the HSH initiative, the whole-of- government service can reach out to provide the integrated service of holistic care and education using IT tools for chronically-ill youth and families with sufficient resources allocation and administrative support. The initiative sustains upon the horizon integration and collaboration of three government ministries executed by the aligned agencies to support the program management, and Distance Learning Foundation which contributed eDLTV regarding the most concern of H.M. the King who initiated eDLTV. Patients and families highly satisfied because they are involved into creation of the young patient education and most of patients are inspired to live their life cheerfully with targets and can resume their normal education after leaving hospitals. Local administration office, community leaders, volunteers and private NGOs are incorporated into the local HSH networks' operation and then gain a long-running ownership of HSH. These factors ensure sustainability because it is the win-win situation for all stakeholders who have achieved their shared goals and outcomes in providing services and sharing including having self-esteem in contributing and co-creating public value. Finally HSH will be sustainable because it creates

public high value and serve its objective to solve the educational problem of young patients in hospital from being deprived of education system and burden on society.

Being the best practice of holistic care of young patients with certified curriculum, being assigned as the responsible agencies to transfer this model across country and being a first prize winner of Public Quality Service Award, Thailand in 2014. This initiative has proven its ability to transfer with 23 networks nationwide. There are many international visits e.g. Malaysia, Nepal, Laos and USA, those enhance the opportunity to be transferred worldwide. One of QSNICH mission is training the pediatricians who once have been involved into this initiative during training, they all would like to create one of their own, thus increase the transferable ability. Using eDLTV with IT both offline and online access has broaden the replication within a larger framework thus can serve all group of citizens, not only young patients but other vulnerable population e.g. the poor, the disabilities, the illiterate and the indigenous regardless of their physical status, gender, age, culture, religious and area of residence. Social media and teleconference are the strategic tools to increase the communication and interaction among government agencies and reach out to all stakeholders with the objective of sharing and improving services. Besides being the best practice in its unique holistic-care model, the HSH initiative is also the ultimate integrated model of the whole-of-government service to harmonize the program and improve government functions including enhance human resources capacity by using IT tools and techniques in substitution of the original services in order to achieve the collaborative outcome that increase public value in the information age. This is a model to be transferred.

12. What are the lessons learned

The important lessons learnt may help those who want to replicate the model in the future. To be the government agency that responsible for policy advocacy in child healthcare, it was the QSNICH strategic goal to develop the best practice in holistic care of young patients in many perspectives. 1) The best holistic care needed to be developed on the basis of clear vision and focus on the vulnerable population: young chronically-ill patients. Because Child Right is the most concern of all government agencies, who responsible for child caring, that their right to be educated must be provided regardless of their physical status. 2) The best holistic care cannot be done as one function approach. It needs multidisciplinary approach which may involve variety of government services across different agencies. 3) AS the inter-government-agencies strategy, the MOU should be created

on the Win-Win situation for all involved agencies. It should identify the function of all partner, declare their shared clear vision, goals and outcome including well defined framework for project governance and the efficient operational team to improve and integrate performance harmoniously. Thus collaboration and maximizing synergies between different agencies in order to promote the shared outcomes that increase public value is possible. 4) The inclusion of all stakeholders drives success in the program. a) It is imperative to identify the needs of the patients and to include them in the decision making process. The inclusion of parents eases the understanding and increase corporation. The tailored program offer a unique learning experience for all patients. The program only became more effective once classes are made on-demand as parents and patients were involved in selecting courses for the student. b) Inviting local administrators, private sectors and volunteer to join the committee which conducts the local HSH network, is the strategy to gain their ownership in HSH initiative that they will try their best to provide resources and ensure longevity of HSH. 5) Using information technology bridges social gaps for marginalized citizens. In the informative age, ICT tools and techniques play the major role in solving many problems arise from the original teaching style e.g. on-demand classes as IEP, standardized the curriculum, become more attractive to young patients, ease transferring of the model, enhance social inclusiveness of young patients to the social world, ease sharing and lesson learn among workers and provide service to all regardless of their gender, age, social status, physical status, economical status, religious, culture and race, thus increase equality in access the service. 6) The holistic care provider team who work hardly with passion and high attitude as the teamwork across the government agencies with a will to increase value for underprivileged youth. Once the managements are aware of the program and its impact, they provide support and network to improve the program everlastingly. Further on, transfer of the HSH initiative will be done to cover all 76 provinces of Thailand and working further with no boundaries to ASEAN country which facing the same problem.

สาขา : Promoting Gender-Responsive Delivery of Public Services

ชื่อผลงาน : Fast-track Service for High-risk Pregnancies

ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลขอนแก่น

ปีที่ได้รับรางวัล : 2015

1. What was the problem before the implementation of the initiative?

All pregnant women face the risks posed by disorders and diseases they have before becoming pregnant, during pregnancy or during labor. These pregnant women are considered to be a high-risk group requiring speedy, high quality care from obstetricians and midwives with knowledge and expertise.

The public health care service of Thailand is delivered at various levels: primary health care, secondary health care and tertiary health care, respectively. The system is designed to ensure that people receive services in their neighborhoods from the primary health care service, if appropriate. If there are complications or specialized expertise is needed, patients are referred to the next level of the health care system. However, Thailand, which is a developing country, has a shortage of obstetricians in hospitals, so there are differences in the potential care offered by each hospital.

The United Nations has set the Millennium Development Goals (MDGs), of which the targets 4 and 5 are to reduce child mortality and improve maternal health. The target for maternal mortality is a reduction to 13 in hundred thousand by 2015. Maternal death from pregnancy and childbirth is still a major problem in Thailand. It has been shown that this is the result of the inadequate management of labor and the presence of associated diseases in pregnancy. Blood loss, high blood pressure during pregnancy and infection are the 3 most common causes of maternal death.

According to the data for the year 2012, the population served by the district health services of the 4 provinces in our region (Khon Kaen, Roi-et, Mahasarakham and Kalasin) is 5,003,067 and of these, 1,464,669 persons were women of reproductive age. Only 12 out of 66 hospitals in the 4 provincial health services have specialist obstetricians (18%). When pregnant women have serious problems during labor and need to be in the care of an experienced obstetrician, they have to be transferred to Khon Kaen Hospital. However, under the previous system, these patients were treated as general emergencies and sent initially to the accident and emergency department where they were assessed by a nurse

and an emergency room doctor before being transferred to the obstetric department. As a result, these pregnant women had to provide the same information several times, causing delays in accessing the care they needed. This adversely affected the outcomes for the high-risk pregnant woman and the fetus. For example, in 2004, a pregnant woman referred from a community hospital with a baby with a prolapsed cord suffered significant delays in management, including the lack of coordination with the Khon Kaen Hospital to prepare for emergency surgery, so that the baby lost its life. Patients who receive their initial assessment in district hospitals come from poor rural communities where awareness of problems related to pregnancy is very limited, especially among men.

2. Who proposed the solution and how did the initiative solve the problem?

In order to address the problem of delay in referring and taking care of high-risk pregnant women, Khon Kaen Hospital, which is a tertiary care hospital receiving patients from all the hospitals in the network, has created a speedy, high quality system for high-risk pregnant women. The objectives of the system are to: 1) increase the access to the system and reduce complications, disability and death in mothers and infants, 2) develop the ability of doctors and nurses in the hospitals in the network to assess symptoms, diagnose and assist in emergencies, and to refer high-risk pregnant women in an appropriate and timely manner, 3) evaluate the new system to ensure its continuous and effective operation.

The development comprises 3 key elements: 1) provision of a fast-track service for high-risk pregnant women to ensure rapid access to appropriate services and optimize the coordination among service providers, 2) development of personnel in the care of high-risk pregnant women and 3) strengthening of the network.

Organizing the fast-track service for high-risk pregnant women involved reducing the steps in the referral process by creating a multidisciplinary team working together to integrate the service and in particular eliminate the time wasted in the emergency room. In the past, high-risk pregnant women received the same care as of other emergency patients, but the fast-track service provides direct access to care, including the operating room, delivery room and intensive care unit immediately. It also includes the optimization of the preparation of pregnant women before they are sent to Khon Kaen Hospital.

Human resource development in the care of high-risk pregnant women requires the creation of experts who are able to screen and diagnose the risks of pregnant women and administer the appropriate treatment and, when urgent referral is required, to ensure that

patients receive quick and appropriate treatment. However, in Thailand, it is impossible to have obstetricians in all hospitals. Therefore, enhancing the potential of practitioners and registered nurses to have competencies in primary care management of high-risk pregnant women is very important. The development of the potential of health care volunteers in the community to have accurate knowledge of screening and referral of patients is also required. There is a need to provide knowledge management and to prepare guidelines which are suitable for the context of care for high-risk pregnant women in the area, and regular review of the knowledge and skills.

Strengthening of the network can be achieved by allowing stakeholders at all levels of the network to participate in the development plan, including all procedures and practices. There is a need for a learning forum for exchanging ideas, funding to support the development of the network, setting the structure of operation as a network. Khon Kaen Hospital also serves as a mentor providing 24-hour consultation to the staff of the hospitals in the network.

3. In which ways is the initiative creative and innovative?

In the past, the high-risk pregnant women were referred from a community hospital to Khon Kaen Hospital with no information being provided in advance, so there were delays in providing services.

As a result, Khon Kaen Hospital organized a fast-track high-risk pregnancy service in order to handle with emergency situations in high-risk pregnant women. The fast track focuses on best practices, fast services and safe referral. It consists of 3 major components: 1) increasing of effective communication channels by coordinating among doctors via a Hotline of the delivery room, 2) reducing the steps required to reach to the delivery room, the operating room or intensive care unit and 3) increasing the effectiveness of the service processes which includes the preparation of the equipment, medications and blood as well as increasing the capacity of personnel involved in the care of high-risk pregnant women from the community level to the tertiary care hospital.

4. How was the strategy implemented?

In 2004, Khon Kaen Hospital introduced a strategy called "Development of a Service System for High-risk Pregnancies". The new fast-track system was established with the emphasis on the creation of a multidisciplinary team. A meeting to discuss the treatment

and referral of high-risk pregnant women from the hospitals in the network was organized. The delivery room at Khon Kaen Hospital was chosen to be the operation center for coordinating the care provided to high-risk pregnant women. The provision of interventions such as surgery, anaesthesia, blood transfusion and laboratory tests was also discussed. These measures have reduced the steps in the service pathway from 10 to 4 steps and reduced the delay in receiving care to 15 minutes.

In 2004-2005, the new service was established in Khon Kaen Province, and included 22 hospitals. This was done in cooperation with the Committee of Maternal and Child Health, Khon Kaen Province, of which Prof. Dr. Pisake Lumbiganon was the president. The guidelines for care given to high-risk pregnant women (Edition 1), which was to be used in all the hospitals in the province, were written. Training to develop the competencies of doctors and nurses in the community hospitals was organized every year.

In 2007-2008, the high-risk pregnancy fast track service was extended to cover 4 provinces with 66 community hospitals in a managed clinical network. The high-risk pregnancy fast track service model developed by Khon Kaen Hospital was used to achieve this. Moreover, Khon Kaen Hospital was integrated with the emergency system for referral of pregnant women by using an emergency hotline (1669) to arrange transfer of pregnant women in the community to the hospital 24 hours a day.

In 2009-2012, Khon Kaen Hospital cooperated with the Thai Maternal and Child Health Network to extend this service model to 20 provinces throughout the country. "The Manual for Medical Treatment Provided for High-risk Pregnant Women, Area Health Service" was created. Also, both theoretical and practical conferences were held in order to increase the abilities of doctors and registered nurses. Training health care volunteers in the various districts of Khon Kaen province also enhanced health surveillance for high-risk pregnant women in the community. In collaboration with the Office of Public Health, Khon Kaen a project to supervise and evaluate the quality of work in maternal and child health and the care system for high-risk pregnant women in the community hospitals around Khon Kaen province was established. In addition, a database and the data storage system were developed. In 2001, the system of forwarding and collating information about high-risk pregnant women in Khon Kaen province via (I-refer) through <http://refer.khonkaenhospital.org> was established.

In 2013, a meeting of the 4 provinces in the network was held to create “The Manual for Caring for High-risk Pregnant Women and Gynecological Diseases” (Edition 3). The content was improved as necessary content and processes were added. Staff development continued on a regular basis. Intensive courses and workshops providing real-situation modeling were also provided to allow doctors and registered nurses to develop skills for managing obstetric emergencies appropriately.

In 2014, in cooperation with the National Health Security Office, "the service network for high-risk pregnant women" was established. This was the first service network for high-risk pregnant women in the country. It was established in order to provide a model for expanding the health service network throughout the country.

5. Who were the stakeholders involved in the implementation

The development of the fast track high-risk pregnancy service is characterised by teamwork and emphasis on the participation of the parties of the network. The network is coordinated by the team at Khon Kaen Hospital.

The community network includes health care volunteers from 7,941 villages, local administrative organizations and 600 sub-district part-time ambulance services. Network members are responsible for screening, surveillance and providing first aid for high-risk pregnant women and also referring them to the expert obstetrics emergency services.

The district network comprises the community hospital and 66 Committees for District Maternal and Child Health. Their responsibilities are to develop the service system and provide care to high-risk pregnant women according to the manual.

The provincial network consists of the Maternal and Child Health Services for the 4 provinces. They organize learning forums for sharing ideas and control the quality of maternal and child services.

The national network includes the National Health Security Office, which develops the service networks for diseases with high mortality rates and disease-related problems in the area by firstly establishing service networks for high-risk pregnant women throughout the country and supporting the ongoing operating budget every year.

The National Institution for Emergency Medicine and the Emergency ambulance hotline (1669) will provide first aid and quickly deliver high-risk pregnant women from the community to hospitals. The Ministry of Health Policy defines the policy for obstetric health

services (Thai maternal and child health network) and has participated in expanding the network to care for high-risk pregnant women to cover 20 provinces across the country.

6. What resources were used for the initiative and how were they mobilized?

The resources used in operating fast-track high-risk pregnancy care system are as follows.

Personnel:

1) The multidisciplinary team includes obstetricians, pediatricians, anesthesiologists, doctors in emergency rooms, psychiatrists, nurses in labor rooms, nurses in emergency rooms, nurses in operation rooms, nurse anesthetists, patient escort transfer officers, blood banks, and social workers, who work as volunteers without payment. At present, the operation is included in the working system of each service unit.

2) The Provincial Maternal and Child Health Committee assists in the supervision and improvement of service quality.

3) The Provincial Public Health Office supports and coordinates the operation of the network.

4) The Area Health Service provides the budget.

5) The District Maternal and Child Health Committee sets the policy and develops the fast track high-risk pregnancy plan of the network.

6) The National Institution for Emergency Medicine, Local Administrative Organizations and sub-district ambulance teams support the rescue personnel in transferring high-risk pregnant women from home to the hospital by using the medical emergency system and hotline (1669).

7) The community supports the health care volunteers and the community leaders in monitoring health care for pregnant women.

Budget: The budget is mostly spent on training for human resources development. At first, the financial support was received from Khon Kaen Hospital. After that, when the network was expanded across the province, it was funded by the Khon Kaen Public Health Committee for printing of documents and personnel training. Then when the network had been expanded to cover 4 provinces, the budget for developing the skills of personnel and manual preparation was supported by the National Health Security Office. It, finally, was added to the annual budget plan of the National Health Security Office. The budget allocated for tools and equipment is supported from the annual budget of the Ministry of

Health. In 2012, medical equipment was distributed to the 4 provincial hospitals in the network. For example, Central Electronic Uterine Contraction and Fetal Monitoring machines were distributed to Roi-et Hospital, Mahasarakam Hospital and Kalasin Hospital. Ultrasound, Radiant warmer and Transport incubators were distributed to Khon Kaen Hospital.

7. What were the most successful outputs?

1) Access to the fast track high-risk pregnancy service: During the ten years that the fast track high-risk pregnancy service has been operating, the service pathway has been reduced from 10 steps to 4 and the delay between referral and provision of care in hospital has been reduced from 60-90 minutes to 15 minutes. The preparation of the operation room, intensive care equipment, blood and medicines are also been speeded up. Between 2011 and 2013, the maternal mortality rate in the province decreased from 11.1 to 10.3 per hundred thousand live births, and the mortality rate for newborns decreased from 5.4 to 4.31 per hundred thousand live births.

Patient satisfaction with the service is now high. For instance, there was a case of a mother with severe postpartum hemorrhage. She was given good care before returning home. She thanked the team and said “it was a prompt treatment. I felt like rebirth “. Another case was that of a mother who required an operation for delivery of her baby. Her older daughter thanked to the staff for the good care that she had received.

2) Human resource development: This was achieved by providing manuals (3 Editions) on the treatment and referral of high-risk pregnant women, the contents of which were obtained from brainstorming sessions with the participation of personnel at all levels in the network. A manual for the management of obstetric emergency courses was also created to enhance the skills of doctors and nurses each year. Between 2005 and 2008 620 doctors and nurses were trained. Between 2009 and 2013, 923 doctors and nurses were trained while in 2014, 183 of them have so far trained. In addition, 262 health care volunteers and district ambulance service staff have been provided with training for in first aid for high-risk pregnant women. Evaluation of their performance indicates that 99 percent of them can now communicate effectively about referrals, and 98 percent can provide care before and during the referral process.

3) Strengthening the network: Between 2004 and 2013, the referral rate of high-risk pregnant women from district and provincial hospitals in the network increased year on year (15,166 cases in total). However, in 2013, the number of referrals fell 16.5 percent because

Chumphae Hospital has established an obstetric department with two specialists and takes referrals from 6 nearby hospitals (245 cases so far).

8. What systems were put in place to monitor progress and to evaluate the activities?

The tracking systems used for monitoring each activity of the operation are as follows:

Fast track high risk pregnancy system: A check list is used to evaluate the efficiency of the reduction in the steps in the process, the delay before care is provided and the performance of the personnel with correct practices according to the guidelines every time there is a referral. An obstetrician assesses the results. Also, the program is used to analyze and process data concerning the referral of high-risk pregnant women, including monitoring and evaluation of health and complications involving both mothers and infants. Patient satisfaction with the service benchmarked, summarized and evaluated every month in order to present information to the Maternal and Child Health Committee every 3 months, or immediately in case of emergency.

Furthermore, monthly case conferences within the hospital by the involving members of the multidisciplinary team are held.

Human resource and network development: Meetings of Maternal and Child Health Committee are held every 3 months and meetings of the referral of high-risk pregnant women network of the 4 provinces are organized every 6 months in order to review and share knowledge concerning patients with severe complications. This is done to prevent repeat events. In addition, the collaborative learning forum of the network of the 4 provinces is also organized to share best practice, innovations and CQI every year.

The external evaluation committee includes the National Health Security Office, which evaluates the quality of service every year, and the Public Health Inspectors, Area Health Service which does an evaluation every 6 months.

The results of the evaluation, knowledge sharing and the problems from the implementation can be used to improve the clarity of communication in order to strengthen the network. The processes, the guidelines and the referral system can also be improved more effectively. Khon Kaen Hospital has an on-going role in supervising the local regional network and takes the lead in data analysis and service development.

9. What were the main obstacles encountered and how were they overcome?

The changes involving the doctors and the nurses working in the delivery room: Doctors and nurses working in the delivery rooms move frequently and new staff members do not understand the processes and have inadequate skills. Therefore, nurses coming to work in the delivery room of the community hospitals are now provided with short training courses on caring for high-risk pregnant women.

Cooperation in the implementing of the manual: It was found that staff members were reluctant to comply with the procedures in the manual because they had not participated in the preparation of the manual (Edition 1). This problem was solved by adding contributions from the 4 provinces in the network to subsequent editions (Edition 2 and 3).

The limitation of the number of beds in the intensive care unit (ICU): Previously, high-risk pregnant women with serious problems were not treated quickly. A meeting with the board of the intensive care unit of the hospital was held in order to provide timely care for high-risk pregnancy cases. This has allowed them to receive more expeditious intensive care when necessary.

Communication: Verbal communication via telephone was used in the early stages, so it was not possible to transfer image data, such as graphs of fetal heart or fetal ultrasound images. Therefore, the data is now sent via the Internet. However, in some hospitals in remote areas, the internet connection is unstable. So, communicating via Smart Phone is used to make the process more efficient.

Lack of modern medical equipment: This was a problem because the budget of each hospital is limited. However, now that the National Health Security Office has realized the importance of the operation, additional budget has been allocated to the hospitals in the 4 provinces for purchase of medical equipment needed to care for high-risk pregnant women.

10. What were the key benefits resulting from this initiative?

Reduction of the mortality rate of mothers and children: The development of fast track high-risk pregnancy service has reduced the duplication service provision by establishing effective communication between community hospitals and the Khon Kaen Hospital. It allows high-risk pregnant women to access to the services quickly and efficiently, so that the mortality of mothers and children can be reduced. During the years between 2004 and 2013, 15,166 high-risk pregnant women were successfully treated. In the year

2013, 1,088 high-risk pregnant women were safely transferred to give birth at Khon Kaen Hospital, including 3 to 6 cases a day from one province.

Development of human resources and enrichment of the network of care for high-risk pregnant women: Constantly available training has increased the capacity of personnel and knowledge management has led to a greater understanding of problems and correct and safe practices. Community hospital staff have become aware of the importance of obstetric care and have helped develop quality care for pregnant women which is appropriate to its own context. Those who specialize in the care of high-risk pregnant women can transfer knowledge and practical training to the personnel in their area. They in turn become confident that they have the skills to care for high-risk pregnant women in their area. Chumphae Hospital, which is a community hospital, developed its service so that it is able to accommodate referrals from six community hospitals nearby, improving access to the medical services in areas remote from Khon Kaen.

Constructing the model service system: The development of a fast-track service at Khon Kaen Hospital and the development of the associated clinical network led to this service model being extended to the provincial hospitals in the 3 neighbouring provinces (Roi-Et, Mahasarakham and Kalasin). The model has since been expanded to include 66 hospitals. Data show that 99 percent of high-risk pregnant women from the hospitals in the 4 provinces are now referred to larger hospitals appropriately.

The knowledge management and the exchange of learning coordinated from Khon Kaen Hospital has led to the dissemination the effective and proper guidelines of care for high-risk pregnant women within the 4 provinces and can now be used by the hospitals outside the network as well as those within it. This is the way to share resources for maximum benefits. Due to the development of other hospitals in the network to care for high-risk pregnant women, the number referred to the Khon Kaen Hospital in the years 2011 to 2013 decreased from 1,514 to 1,180. The model has been used in the service plan of the Ministry of Health covering the rest of the country.

11. Is the initiative sustainable and transferable?

Although it began in Khon Kaen Province and was initially extended to the three neighbouring provinces, the fast-track high-risk pregnancy service model has now been implemented nationally. As established in the original service model, the main responsible

persons include the doctor and the head nurse in the delivery room of the regional hospital obstetric unit.

Budgets have been allocated to support the operation of the fast-track high-risk pregnancy services, to supply equipment and support training of personnel, initially from the annual budgets of the National Health Security Office and the Ministry of Health, and related networks, such as the National Institute for Medical Emergencies, the Thai Health Promotion Foundation, the Local Administrative Organizations. Now however, this project is included in the annual budget allocation of the National Health Security Office.

The service started at Khon Kaen Hospital was the first service network for high-risk pregnant women in Thailand of the National Health. This model has been extended to the rest of Thailand and could very easily be implemented in other countries with economies comparable to that of Thailand.

The operation has been praised in the international arena by Professor Charle Mock, WHO Geneva, who stated that this service “encompasses the spectrum of care from the community to tertiary care. Likewise, it comprehensively encompasses care for several different conditions that require emergency care (trauma, cardiac, neurological pediatric, high risk pregnancy). There are certainly synergies between addressing these together.” Finally, having the operation’s guidelines in writing allows personnel to have an understanding of the operation and as a result the maternal and infant mortality rates can be reduced substantially. It has been designated by the Department of Medical Services to be part of the policy of extending services for quality delivery of the care for women to all hospitals nationwide. It is also a model for education and training for emergency medical services, both domestic and international.

12. What are the lessons learned?

Addressing the organization’s policy: The development of a fast-track high-risk pregnancy service involved changes in management systems involving many parties. It is necessary for individuals at all levels of management to recognize the importance of the development of a service like the fast-track high risk pregnancy service and incorporate it into the policy of the organization. This leads to cooperation of personnel at all levels. Defining clear roles for the key responsible persons is important in achieving the provision of quality services to mothers and babies.

Involvement of the personnel and all levels of the network: Every step of the operation should allow everyone to feel involved and to allow personnel to feel that they are a part of a team.

Mentoring and positive communication: Over 10 years of continuous operation, Khon Kaen Hospital has supported the network in various areas, such as academic knowledge, the development of service units and the skills of personnel, the care service system provided for high-risk pregnant women, sharing resources such as equipment and obtaining budgets. Moreover, advice is available 24 hours a day using many channels, such as phone, E-mail and the 'Line' program. Furthermore, creating a good working relationship is a priority. When there are problems, review of the operation is undertaken and constructive suggestions are made.

In the past, the maternity services were reactive rather than proactive. By providing care for women before they get pregnant, as well as allowing the community and organizations to be involved in the service from the beginning, the problems associated with high-risk pregnancies can be more effectively managed.

It is gratifying for the team is to see both mother and child safe. As one of the high-risk pregnant women put it: "it is like death and rebirth. Thank you for making me alive and could see my child". When maternity care is successful, the whole family can have a happy and healthy life. Parents can look after their children, and the children will be important manpower in the development of the country in the future.

สาขา : Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms

ชื่อผลงาน : Community Participation for Effective Malaria Management in Tha Song Yang Di

ชื่อหน่วยงาน : สำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 9 กรมควบคุมโรค

ปีที่ได้รับรางวัล : 2014

1. What was the situation before implementation of the initiative?

Malaria is a leading cause of morbidity and mortality worldwide, mainly found in the tropical countries. It is seen in large parts of Africa and Asia, Central and South America. In 2010, according to the World Health Organization, there were 216 million episodes of malaria and 655,000 deaths worldwide. About 86% of deaths globally were in children. From 2008 to 2010, there were approximately 73,000 reported cases of malaria in Thailand, of which 90 percent occurred along the international borders in the Mekong region. In this region, approximately 80 percent occurred in Tak Province. Moreover, the incidence rate of malaria in Tak province was 32 times higher than the rest area of Thailand and children aged 6-14 year were a majority of case which accounted for 35% of the total in this province.

Ta Song Yang is a district in Tak province where it closely lies on Thai-Myanmar border in the Mekong region and mostly occurs of malaria reported (36% of the total case in Tak). Also it is area with high transmission; the most vulnerable groups are young children, who have not developed immunity to malaria yet, and pregnant women, whose immunity has been decreased by pregnancy. Additionally, it is extremely poor area where is surrounding with high hills and deep forests, favorable climate for mosquito transmission, weak infrastructure and transportation, no electricity, telephone, or any other basic utilities. Distance from a pocket border village to a nearest malaria service unit is around 50 km and time requiring up to 7 hours by walking. The situation is worse in the rainy season - the malaria peak season. Inevitably, Ta Song Yang has the largest burden of malaria and poor accessibility to health care services. This impacts on children, pregnant women and aging groups when infected with malaria. Furthermore, ethnic minorities and refugees fleet along border areas, cross-border movements, legal and illegal migration to seek better jobs and higher wages from Myanmar.

In addition to geographic and infrastructure difficulties, economic insecurities and social instability, ethnic diversity and the difference of languages, cultures and beliefs are also challenging aspects to malaria management. Particularly, deeply-rooted traditional believes, beliefs in spirits, nature or supernatural, prohibits the embracing of all forms of

modern medical diagnosis and treatments. Such behavioral mindset poses another major challenge for local healthcare workers in delivering urgently needed treatment, which often resulted in unnecessary deaths. This results in under detection, under reporting, increasing morbidity, mortality and drug resistance of malaria and poor control.

The 9th Office of Disease Prevention and Control (ODPC 9) is a regional office under the Department of Disease Control (DDC), Ministry of Public Health (MOPH), which there are 11 malaria control units in the North Region including Tak Province. Previously, each health care section separately delivered for patients, passive services and less collaboration among organizations and communities.

2. Who proposed the solution and how did the initiative solve the problem?

Mr. Kritsana Sukoum, Head of The Vector Borne Disease Center 9.3, initiated the conceptualization and implementation of the Integrated Capacity Development/Capability Improvement Model (ICD/CIM) for malaria health care delivery.

The director of the ODPC 9 fully supported the initiatives by determining ODPC 9's strategy and allocating budget. The Head and staff of Vector Borne Disease Center 9.3, ODPC 9 operating in Tak Province introduced the initiative to prospective parties and coordinated with relevant agencies and the community to achieve a mutual agreement, implementation plan, and work process of participatory malaria management. Additionally, representatives from the community served as committee members to coordinate the community, inform of suspected cases, tracking cases and educating people.

The main objectives of ICD/CIM are: 1) enhance equity among world citizens in the affected area for malaria health care, 2) Increase participative policy making among stakeholders for proactive health care decision, and 3) coordinate horizontally to synergize utilization of resources and efforts from all parties involved to obtain maximized health care results.

The ICD/CIM consists of four health care pillars namely: 1) Servicing proactively on-site and at-source, 2) Leveraging partnership with key providers, 3) Enlisting key community advocates, 4) Sustaining through community education and acceptance.

The 'servicing proactively on-site and at-source' approach changes the method of service of waiting for patients to visit the malaria center for treatment to one of which health care officers offer the service at site as outreach clinic/active case finding team and at the source of disease when it first developed. Valuable time and cost of transportation will not be

wasted on lengthy travelling to the malaria center. Timely diagnosis and treatment in the initial stage will often increase cure rates and foster prevention and control. Containment of malaria spreading by vector control and active case finding can be done immediately. Drug resistance from self-medication uses by panicked patients will greatly be reduced.

The ‘leveraging partnership with key providers’ approach addresses the continuation of healthcare services in the affected community. ODPC 9’s personnel capacity limited stationing of needed healthcare workers in each and every location. However, these locations are constantly serviced by other Government agencies such as district hospitals, district health offices, sub-district hospitals, and local administrative offices, border-toll police primary schools, which can act in a concerted effort if asked. Aside from personnel resources, these agencies can also share other resources often in scarcity. Most important of all, these government agencies had actively promoted quality of life in the affected areas for decades and had gained trust and confidence of local residents.

The ‘enlisting key community advocates’ approach serves two purposes. Firstly, key community members such as village heads or shamans first serve as role models in trying, if not totally accepting initially, modern medical treatments. Secondly, the results of effective modern treatment shall strengthen their positions as community leaders first as well as advocates for modern medicine. Spiritual treatments shall be conducted concurrently with modern treatment, not one replacing the other, in honor of their generations of indigenous cultures.

The ‘sustaining through community health education and acceptance’ approach enlists all the stakeholders previously mentioned to continuing educating the community on the cause and effect of malaria. Once it is understood, preventive measures can be initiated and constant monitoring of malaria cases by all community members be realized. The essence of this approach is to slowly use nudging methodologies to change their behaviors into one of vigilance and embracing modern medicine without jeopardizing their ancestral beliefs.

3. In which ways is the initiative creative and innovative?

There were three main ways to develop for this initiative (ICD/CIM): 1) Data feedback and SWOT analysis, 2) Strengthening networks and public involvement, 3) Determining cycle of ICD/CIM.

The initiative was launched to cope with the following concerns: to access both patient and non-patient for treatment and prevention in equity and standard of care, to

promote stakeholder involvement in every process of integrated malaria management, to continuously improve malaria service and sustainability. The first way is (1) collecting data and analyze situation from evidence base and feedback of people, as well as applying the SWOT analysis in order to fill the gap and determine a strategic road map and action plan (2) using radio waves for contacting and communicating in remote rural areas (3) following standard guidelines of malaria services.

The second is (1) coordinating related organization and work together with mindset of win-win situation, (2) setting the committee of integrated malaria service at the local administrative level (3) participating all stakeholders and the community by meetings, both formal and informal. The last way is (1) developing guidance for work process on site of collaborating team, (2) capability building and training, (3) monitoring, evaluating and feedback.

4. How was the strategy implemented?

The implementation of the ICD/CIM initiative comes in three stages namely: 1) Engaging stakeholders/providers, 2) Deployment of strategies and 3) Enlisting community advocates.

During the first stage, ODPC 9 in coordination with Vector Borne Disease Center 9.3 identified relevant stakeholders presently providing health care or health care related services in the affected area and invited them to join the initiative. Ad-hoc Meetings and regular meetings such as district health board monthly meetings were held to discuss and identify present roles played by each of the stakeholders and their resources available for sharing. After deliberation of all the issues involved, challenges were identified through SWOT and gap analysis of health care services at each stage as well as contact points within various stages of the health care delivery chain. Objectives, strategies, and implementation time frame were drawn up to address these challenges. The stakeholder team consists of unit of Department of Disease Control, community hospitals, district health offices, local administration organizations, border-toll police primary schools ensured all objectives and strategies are balanced and aligned with their individual agency's overall mission and vision.

Also, monitoring and communication channels were set in place to ensure all involved were constantly updated on developments. This would serve as mechanisms in ensuring participative decision making throughout the implementation of the ICD/CIM initiative.

The second stage set into action all the agreed upon strategies drawn up by the team. For examples, patient data base were shared among the stakeholder/providers, and joint implementation of various tasks among providers were conducted. This was to ensure none duplication of efforts, a common understanding of methodology, as well as uniform standards of various health care services delivered. During this stage, hands on experience and transfer of knowledge were encouraged and documented. After Action Report (AAR) was used as the vehicle to capture shortfalls and lesson learned for continuous improvement of the health care services rendered.

The third stage of enlisting community advocates was implemented concurrently with the second stage. Key community leaders such as village heads, village teachers, or shamans were from each of the affected locations. A coordinated effort from all respected stakeholders/provider was put into action to solicit their trust and willingness to use modern medicine. Nudging activities included educating the community leaders that they were not immune to malaria and modern medicine could save their lives. Or their leadership position could be enhanced through success of combination of spiritual and medical treatments. Ultimately, these community leaders would serve as agile advocates in surveillance and early preventions of suspected malaria cases in the community, aside from advising community members on proper medication administration and remedial actions if needed.

5. Who were the stakeholders involved in the implementation?

1) Vector Borne Disease Center 9.3 of OPDC9 in Mae Sod District, Tak served as the coordination and communication center in implementing integrated efforts by all other stakeholders through previously agreed upon working plans and guidelines. Aside from its regular duty in screening, blood testing, prescribing, and following up on patients; it served as the group data center for all malaria cases, regular and antimalarial drugs resistance.

2) Public Health Agency and Health Care Providers in the area included Sub-district Health Promotion Center, District Health Office, and Community Hospitals. They administered health care services, organized patient's transfers, educated/communicated with malaria community leaders/volunteers, and shared data on epidemiology.

3) Local Administration Organization personnel provided on-site identification of key community leaders, solicited their approval and assistance on the initiative, and co-implemented with these leaders proactive malaria containment activities.

4) Key community leaders/volunteers assisted in disseminating malaria knowledge, identifying community members at risk, requesting malaria diagnosis, monitoring medicine administration, tracking treatment development, and keeping records of affected patients. Their fluency in various local dialects bridged the communication gap in translating and obtaining vital voice of patients and community members.

5) The Border Patrol Police units (BPP) acted in accordance to the Royal Program initiated by HRH Princess Sirindhorn in eradicating malaria for children in the region. These BPP officers often served as school teachers deep inside geographical isolated areas where regular teachers were unavailable. The BPP teachers educated children, as well as parents, on malaria health care issues. They also served as mentors in malaria prevention and medicine administration.

6) The malaria patients and their at-risk family members were often consulted for amenable practices to encourage other community members in embracing modern medicine.

6. What resources were used for the initiative and how were they mobilized?

As described previously, the ICD/CIM initiative aimed to foster a cooperative atmosphere of shared policy decision making among stakeholders/providers to leverage and synergize all available scarce resources. Additional resource needed for the initiative was at a minimum and the resource were shared between stakeholders

Since the strategies of the integrated active service providing for malaria control in the high-risk areas had collaborative working among the network organizations in the area. They horizontally coordinated although they came from different vertical organization chart (different department, different ministry). They had together designed the implementation steps. For the budget, the initiative program had received budget support from the Office of Disease Prevention and Control 9, Phitsanulok Province, to cover the expenditures of fuel cost, medical materials, allowance, the materials for disease prevention and control. In addition, there was a budget support from external budget from Global Fund to the initiative too. This integrated program had not requested for additional budget from originally since there was a synergy of resources from the organizations in the network.

For human resources, this is the coordinated work between personnel from various organizations, which has a role to serve and improve the quality of life of the people. Personnel from Vector Borne Disease Unit 9.3 Mae Sod District, Tak Province have maintained the role of major implementers of the program work plan together with

personnel of health service facilities from Ministry of Public Health. There was participation from other ministries such as Border Patrol Police, which assigned two teachers to join the program. There was a service unit available at the Police Border Land School and public health volunteers and malaria volunteers who participated in the program by using their own capability of being translators for communication between the patients and the public health staff. Communication through the translators also included the knowledge of disease prevention and control and monitoring the continuation of the patients' drugs taking.

There were some times that it was necessary to use more vehicles, Ta Song Yang hospital or Ta Song Yang TAO would support the additional vehicles. In the rainy season when the roads became difficult to travel by normal vehicles, requests for the all terrain vehicles would be sent to the Army Unit in the area. In case that there were insufficient mosquito nets, Sub-district Administration Organization would provide additional nets for people.

In conclusion, agility remained the key success factor of the ICD/CIM initiative in underprivileged areas like Ta Song Yang District.

7. What were the most successful outputs?

The integrated active service providing for malaria control in the high risk areas had various aspects of results from the implementation in the area. In Ta Song Yang District, Tak Province, there were 12,866 households with the population of 57,052 comprising of Thai, and at least 3 minority groups and other expatriates living in Thailand. This program operation was avoiding the discrimination and promoting equity for health, everyone would be treated with the same standard operations, which are 1) receiving malaria diagnosis and treatment in the same standard, 2) reducing people's expenditure in traveling to receive the service at the health service units, 3) applying modern medical knowledge and public lay knowledge without any conflicts.

The ICD/CIM initiative administered 116,776 blood tests in 2010, 78,511 blood tests in 2011, and 107,803 blood tests in 2012. Among the 303,090 blood tests, 23,221 cases of malaria were found. Treatments were administered immediately resulting in recovery of 23,221 cases.

Out of the 12,866 households in the region, 7,782 households were provided with insecticide-impregnated mosquito nets. The community advocate played an important role in prioritizing the distribution of chemical coated mosquito nets within each community.

They knew which households had higher risk and should be given the mosquito nets first. In addition, the ICD/CIM initiative also provided mosquito protection spraying to 15,956 households. All these malaria preventive measures could not be realized without strong support from community advocates at each location.

Due to the ICD/CIM initiative, the malaria incidence rate in Tak Province decreased to 19.28 in 2010, 12.98 in 2011, and 11.23 in 2012.

The severity of malaria cases also reduced as demonstrated by the decreasing of average hospital stay at Ta Song Yang Hospital by two day from year 2010 to year 2012. Antimalarial drug used in the hospital also decreased from US\$ 15,422 in 2010 to US\$ 8,691 in 2012. The blood transfusion for malaria patients was also reduced from 2010 to 2011, 2012 as 217, 194 and 160 bags per year, respectively.

8. What systems were put in place to monitor progress and to evaluate the activities?

The program of integrated active service provision to control malaria in the high risk areas has been operated in 2010 to 2012. There was the overseeing of working process, and evaluating the implementation during the operation after designed the work plan clearly. There were the network meetings in the area to summarize the implementation, problems and obstacles facing during the implementation so it would lead to the integrated solutions making together.

Tak Province followed up and monitored the program operation in Ta Song Yang District through a monthly implementation work plan, which focused on the numbers of service receivers each time, population screening, patient treatment, numbers of treated patients who need to be followed up, numbers of families getting the insecticide-impregnated mosquito nets, the activity of chemical substances spraying to control the disease carried mosquito. All these results would be compared with the standard measure of Ministry of Public Health concerning malaria control as well as inspecting the implementation based on the guidelines of the integrated active operation. Besides, the Center also followed up the integrated of resources supports from other organizations in terms of personnel, budget, vehicles for field operation, materials for disease control, and then compiled the report for summary implementation and submitted to the Office of Disease Prevention and Control 9, Phitsanulok Province. During the monthly operation, there were the inspectors from a higher level, which were Vector Borne Disease Center 9.3 and the

Office of Disease Prevention and Control 9, Phitsanulok Province in order to inspect the implementation to be accurate.

The information system was established using geographic information system, which located in Bangkok by Bureau of Vector Borne Disease Control, Department of Disease Control jointly conducted with Faculty of Tropical Medicine, Mahidol University. This management information system collected information of malaria activity as real time data. The National Malaria Program and health facilities can enter, retrieve and analyze the data in their area.

9. What were the main obstacles encountered and how were they overcome?

Mobility of residents made treatment follow up of patients a daunting task and containment of malaria cases difficult. These potential malaria carriers posted threats to new community they now reside. The ICD/CIM Steering Committee decided that the best way to cope was to educate the patients on basic malaria health care and to provide them with information on malaria service centers and community advocates. If malaria symptoms developed in people they come in contact with, they would know whom they should contact and where they could get help.

Health worker's mindset and sensitivity on indigenous culture and beliefs often contradict with their scientific training and personal values. Any signs of disrespect to their ancestral practices would disengage the community advocates. To bridge the gap, the ICD/CIM invited shamans to educate health care workers on their beliefs and to be advisor on the subject matter. They were also invited to be member of working groups to promote understanding and cordial relations with each other.

The vast number of pockets of remotely and diversely located villages made deployment of uniform health care services by all stakeholders/providers a challenge. Handbooks and guidelines were drawn up to ensure each health care service was delivered following a predetermined process. Bi-weekly meetings were held to address issues, exchange of ideas, and transfer of knowledge. The AAR was used to facilitate learning and improvement.

10. What were the key benefits resulting from this initiative?

The proactive service delivery Malaria program were integrated and collaborated among network organization. Monitoring and evaluation for the results according to the operation plan showed that there are many impacts found as following;

1) People in the remote area accepted and had access to the malaria prevention and control that covered all people. The numbers of people who received the service were 20,267 and 5,028 people also received other health care such as surveillance and prevention of Elephantiasis, Dengue fever, worm infection surveillance and 13 people received other kinds of medical service and transferred to received advanced medical treatment in time.

2) Numbers of malaria patients each year reduced in the areas of Ta Song Yang District from 2010 to 2012 as follows: Thai malaria patients reduced from 2,800 to 1,391 cases, the foreign malaria patients reduced from 3,296 to 1,817 cases.

3) People participated in solving the problem of malaria and other health problems in their community as 110 health care volunteers were trained to advocate and to surveillance the vector borne disease prevention and control. Distribution of insecticide-coated mosquito nets and insecticide residual spray was done for 250 families. These trained volunteers help to coordinate between the government staff and community population and worked as change agent in their community to make people adopt in malaria prevention and treatment. These volunteers still operate all over in the service areas.

4) People were satisfied with the integrated proactive service delivery for malaria control in the high-risk areas with the satisfaction rate of 80% before the program, which increased to 95% after the program.

5) Collaborative networks were created among people, civic society and government organizations. These participating partners consisted of six organizations such as village health care volunteers, local administration organizations, one Border patrol police unit and seven Border land police schools, District Health Office of Ta Song Yang District, Ta Song Yang hospital and three Sub-districts Health Centers, joined into the inspection process, opinion exchanges as well as suggestions for malaria prevention and treatment service.

6) Health education media was integrated between the medical knowledge and lay knowledge of the people in order to fit with the ways of life, society, and culture of community. This led to one set of knowledge, which was compiled with posters to share knowledge about malaria and mottos to raise awareness about malaria in lay people's

language. Tools for prevention which are proper for their lifestyle and culture were provided such as insecticide impregnated mosquito nets, hammock covering nets for the local people who lived by collecting non-timber forest products, and hunting at night time. These were distributed through many channels include government staff, forest rangers, and border patrol police.

7) A management information system by computer technology and Internet network was introduced into this remote area to improve the health of all citizens.

In conclusion, the most profound benefit resulting from the ICD/CIM initiative was the ability in providing ‘equitable’ malaria health care services to the nine indigenous race/ethnic minorities, migrant workers from Myanmar, and Thais living in the high-risk area. 57,052 residents living in 12,866 households became immediate beneficiaries. They now have access to malaria health care services encompassing all five stages of the malaria health care chain with on-site and at-location convenience delivered to a uniform high standard by a consortium of health care providers.

On the economic aspect, since 2010, the CD/CIM initiative conducted 545,361 malaria blood tests on-site with 30,578 positive cases found. If each of these positive cases had to travel to the nearest malaria center, it would cost the residents US\$1,009,074 (US\$ 33/trip X 30,578 trips) in travelling expenses and 214,046 travelling hours (7 hours/trip X 30,578 trips) - equivalent to 26,755 working days wasted. Most important of all, more than 30,000 human lives were saved.

On the consortium level, all stakeholders/providers experimented and adopted the people-centered approach in providing integrated malaria health care services. The success of the initiative demonstrated that the Public Health Ministry’s long conceived people-centered approach is truly workable. It provided reinforcing evidence and hands on experience on how best to deploy a people-centered approach.

11. Is the initiative sustainable and transferable?

The characteristic of the integrated proactive service delivery for malaria control in the high risk area was the collaborative work participated by networking team in the area who integrated health care activities together by staff from Provincial Public health office, district public health office, local health care staff, health care volunteers, local administration organizations, people network, border patrol police and Vector Borne Disease Control Center. All had the same final aim that was the health of people. Holistic care with

true understanding of differences in social, economic, cultures, belief, and the living styles that affected to the illness, which would be better, solved with participation and opinion from the community and affected population.

To create sustainability for the program, four methods were adopted:

1) Creating the change agents continuously to cover more service areas. The local volunteers and their network help in coordination, communicate for people's acceptance of the service more easily since they were locally from the communities. They are our public relations staff, peer educator, and sometimes handing the services to the people in community. If there are continuations, improvement of coverage of service areas, the program could be carried on.

2) Better networking management through promoting the participatory among the partners and expand network to cover all service area. Mutual interest and benefits for each organization were managed equally and fairly.

3) Improving of the supportive mechanism and resource allocation with the principle of transparency, fairness, accountability and empowerment. The program allowed the people and related partners to take part in all implementation steps from planning, implementing which allowed the people and partners to know and learn the results as well as opened up for their opinions and suggestions to adjust the implementation. With this way, people would be empowered to do the self-care for themselves, learn basic health care, and share this knowledge with other people for better self-protection. The people's behavior would reflect in sustainable healthy practices that could help in reducing expenditure on health, by disease prevention.

4) Managing of related knowledge through encouraging knowledge exchange. Providing knowledge for personnel in the organization and in the network, they would be enabled to use the knowledge in the implementation and transferring of knowledge from one generation to another with non-stop. So the program would have been equipped with the knowledge staff to continue working sustainably.

The characteristics of the integrated proactive service delivery for malaria control in high-risk areas had fruitful concrete results such as standard service, accessibility to the service, reduction of disease, and reduction of expenditure. The model can be applied in areas that were encountering similar problems. It promotes horizontal integration and coordination to provide holistic service to citizens by personnel from different organizations, different cultures and different styles but with the same vision to serve people.

12. What are the lessons learned?

The lessons learned from the program operation are:

1. The solutions for health problem and quality of life of people should be relied on the local context. The solutions must be based on the understanding of people's lives, different living styles under different cultures. The success of public health and health care services started from trust and acceptance from the people in the community.

2. The participatory action of organizations in the same local district were coordinated horizontally, the integration of works give the services to people that fit their true needs and produced highly effective and efficient jobs for the government.

3. Using the actual facts and information of the implemented areas, so it would lead to the right decision making at the right point.

4. Transferring the knowledge about malaria disease treatment, prevention and control not only to the people in village in the program area, but also the other government organization personnel, so that they could hand on the knowledge and practices concerning malaria to the others very well.

The lessons learned from the people are:

1. The participatory from family, community in health care management made people understand better about basic self-care, such as how to prevent malaria when they were in high-risk areas.

2. The integrated proactive service delivery for malaria control in the high risk areas was the working approach that encouraged people to reach the malaria prevention and control services widely and covered all target groups, as well as people would get the other basic health care services at the same time.

3. The integrated proactive service delivery for malaria control in the high-risk areas could create a way to exchange and mix health care with medical knowledge and lay knowledge perfectly.

4. People could receive better services according to their needs, from all partners, e.g. local administration organizations, and other related government organizations. Thus, using people-centered practices to improve the working process gave better results for the people.

5. To open up for people participation in the government sector helped reduce conflict and increase the quality of service.

สาขา : Promoting gender-responsive delivery of public services

ชื่อผลงาน : One Stop Crisis Centre

ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลขอนแก่น

ปีที่ได้รับรางวัล : 2014

1. What was the problem before the implementation of the initiative?

Public awareness of the problem of violence against women (VAW) in Thailand began in late 1980's when health providers and child protection services established a link between the causes of child abuse and the abuse of women in the family. Prior to 2007, most cases of VAW went unreported to the authorities because they did not respond effectively to complaints. A Thai NGO, 'The Friends of Women Foundation', reported that of 27,000 women who sought medical treatment for sexual harassment (20%) and domestic violence (80%) in 2011, only 1,300 of them reported the incidents to the authorities. The combination of underreporting of cases and poor data collection has limited the awareness of VAW in Thai society.

A study of women's health and violence published in 2003 revealed that 23 percent of women in Bangkok and 34 percent in one other province admitted to having been physically abused by their intimate partners, while 30 percent of women in Bangkok, and 29 percent in the provincial area had been sexually abused. The number of rape cases and indecent acts reported increased between 2003 and 2007. Statistics from the Ministry of Public Health showed that cases of violence against women who sought medical treatment were reported to the One-Stop Crisis Centers or OSCC in 2008-2011 were also increasing. The majority of offenders were either husbands or intimate partners. In 2009, the National Survey on Reproductive Health reported that married women aged 15-19 years suffered violence perpetrated by their husbands twice as often as women from older age groups. The majority of these women had only received a basic level of education. Some of them are migrant workers from neighbouring countries.

Research has indicated that women who experience violence in Thailand suffer multiple consequences which lead to them having a poor quality of life, which in turn results in them feeling uncomfortable and frustrated. In Thai society women are expected to be loyal stay with their husbands even if they mistreat them. This can lead to repeated abuse. Divorced women have difficulty finding a new husband because of the social stigma

which blames the woman for the failure of a marriage. Women are forced to have sex against their will and do not feel able to object. Husbands may refuse to wear condoms and force them to bring up their children alone while denying them a divorce. Women are either forcefully prevented from getting married or forced into marriage.

2. Who proposed the solution and how did the initiative solve the problem?

Khon Kaen Hospital was the first hospital in Thailand to develop a service center dedicated to providing support for women and girls who experience violence. The center is supported by gender experts and is known as the One Stop Service Crisis Center (OSCC). It is operated by an multidisciplinary team of medical personnel, nurses, social workers and other multidisciplinary networks outside the hospital. The center functions as a separate unit specially designed for women and girls who experience violence or have unwanted pregnancies. The objectives of the center are to:

1) educate personnel in order to change attitudes, 2) create networks and foster cooperation, 3) create practice guidelines to facilitate cooperation between members of the networks, 4) provide a learning space for those involved and 5) systematically manage information.

The work of Khon Kaen Hospital's OSCC includes multiple levels of cooperation. At the hospital level, the center has its own multidisciplinary team who act as case managers and seek support from networks in both the government and private sectors e.g. police, prosecutors, Ministry of Social Development and Human Security officials and public health personnel. The most important networks which help women access the service faster are the public health network and the community network. Community volunteers in sub-district and district hospitals provide primary care for women and girls, while provincial hospitals, like Khon Kaen Hospital, provide secondary care. University hospitals and specialist medical centers provide tertiary care. The networks operate in 76 districts of 4 provinces—Khon Kaen, Mahasarakhan, Kalasin and Roi Et. Khon Kaen Hospital serves as the core coordinator and supervisor for the other 3 provinces. The OSCC also provides training for public health volunteers in communities and schools so that they can care effectively for women and girls who experience violence and so that the volunteers can monitor violence against women and girls in their communities and schools.

OSCC has pinpointed 4 issues for urgent attention:

- 1) violence against girls, women, disabled women and the elderly,
- 2) unwanted pregnancy, 3) prevention of violence in schools and 4) shared database development.

In addition, the OSCC has sought to establish a cooperative working system, both in service provision and data synchronization, with a view to establishing networks and trainings for schools and communities to create proactive leaders in the prevention of VAW. The aim is to solve the problem of violence against women and girls by taking into account all perspectives. As a result of 14 years' worth of work, the OSCC of Khon Kaen Hospital has become an example of best practice for other hospitals in Thailand.

3. In which ways is the initiative creative and innovative?

1. Since the establishment of the OSCC, there has been gender sensitivity training for officers and medical personnel, as women and girls who experience violence need special care and case management which requires a multidisciplinary approach.

2. The hospital has also created a clinical practice guideline for women and girls who experience violence. The guideline addresses gender sensitivity and provides standards for easy access to services for women, such as confidentiality of patient record cards with access limited to those managing the cases and those working in shelters for women and girls.

3. A telephone hotline has been set up to provide easy access to the service.

4. A website has been established to help disseminate relevant information (<http://mx.kkpho.go.th/oscc-rkks/oscc-rkks/>)

5. The hospital also cooperates with other agencies including government, government enterprise, the private sector, women's business groups and community leaders to help women and girls in the 4 provinces. The networks not only cooperate but also share resources and co-ordinate activities. 6. The Roi Kaen Sara Sin Information Center, covering four provinces (5 million people), was established to provide information about VAW and operation guidelines for each related field.

4. How was the strategy implemented?

The work of Khon Kaen Hospital's OSCC started with an effort to change attitudes and increase the knowledge of relevant personnel, both within and outside the hospital. Training was provided to personnel who were directly involved, covering gender issues and the causes of violence against women and girls, unwanted pregnancy, support and care, empowerment, counseling and relevant laws. There are frequent meetings between personnel from different disciplines—including public health, police prosecutors, the Ministry of Social Development and Human Security, local administrators, relevant public and private agencies, schools and the media, to brainstorm methods of working together and monthly meetings to expand the networks within Khon Kaen and nearby provinces. Nowadays, in the 4 provinces there are 260 agencies working to protect women and girls and eliminate violence against them. Khon Kaen Hospital acts as the core agency for cooperation and is now supporting units at Roi Et Provincial Hospital, Mahasarakham Provincial Hospital and Kalasin Provincial Hospital. Khon Kaen Hospital is responsible for information technology support to monitor information about violated women and girls, while Roi Et Hospital is responsible for knowledge management. Mahasarakham Hospital manages the services for women and girls who experience violence in communities and schools. Kalasin Hospital is responsible for network service development. There is also cooperation with government agencies in four main Ministries—Ministry of Public Health, Ministry of Social Development and Human Security, Ministry of Education and Ministry of Justice.

The four main strategies of Khon Kaen Hospital's OSCC are as follows:

Strategy 1 | Development of networks of support for women and girls who experience violence in medical services, law, social service, education, etc. The rights of women and girls, such as their rights to have protection, rights to be developed and rights to participate and be heard, are considered to be the most important factors in giving support.

Strategy 2 | Development of networks in schools and communities. There have been 38 activities relating to the establishment of monitoring systems, awareness building and establishment of prevention measures in the communities in the four provinces. Students and volunteers in the communities are trained to be able to take roles in rights protection. One of the results of this strategy is that women and girls are empowered and understand their own value.

Strategy 3 | Development of information systems for service provision to women and girls who experience violence and to facilitate the elimination of domestic violence. Khon Kaen Hospital has established a cooperative information center at the hospital. The center is managed and maintained by a team of academics, service providers and media personnel. The data is collected from both within and outside the hospital. The information gathered is compiled and presented in the form of guideline manuals, articles and news published both in print and online and broadcasted on radio and television. Khon Kaen Hospital has a website for OSCC which also publishes this information which has had 1.1 million hits and 4159 document downloads (<http://mx.kkpho.go.th/oscc-rkks/oscc-rkks/>). Furthermore, the center has also developed a computer application for data collection and analysis.

Strategy 4 | Development of knowledge management among networks. Each of the 260 organizations in the network for prevention of VAW have monthly meetings which have been held for the last 8 years. There are many examples of cooperation in qualitative research, multi-case studies, lesson-learned forums, knowledge management and published stories told by practitioners and service providers from the various disciplines. There are memorandums of understanding between 22 organizations in Khon Kaen province about the protection, prevention and elimination of violence against women, girls, disabled people and the elderly, domestic violence, unwanted pregnancy, child exploitation and human trafficking.

5. Who were the stakeholders involved in the implementation?

There are 260 organizations working together in the networks. Operations are carried out at 5 levels:

At community level, there are 1,249 volunteers, including community leaders and youth and women's organizations. Young people are particularly important to the initiative because they can help their school mates who have problems. At sub-district level, there are 709 sub-district hospitals and 705 local administrative offices and police officials in the networks. At district level, there are 76 district hospitals and sheriffs and police captains in each district police station participating. At provincial level, there is cooperation from the Provincial Administrative Office, Khon Kaen Municipality Administration, prosecutors, police, the Provincial Office of Social Development and Human Security, the Provincial Office of

Culture, private agencies, women entrepreneurs, mass media, lawyers, teachers, youth leaders, universities and colleges. At the national level, the network receives cooperation and support from the Office of Women's Affairs and Family Development, the Ministry of Social Development and Human Security and the Friends of Women Foundation. The network has received support from international organizations, such as Plan International Thailand, the Ford Foundation and the British Embassy.

All organizations in the network take part in defining strategies for operations. Each organization has different roles and responsibilities. Community leaders monitor violence situations in communities, provide primary care and refer the women and girls for further support and care. The public health sector provides treatment, care and rehabilitation for women and girls and collects information for dissemination. The Provincial Office of Social Security and Human Development provides temporary shelters, such as emergency homes, and follow-up systems to improve the women's life quality. The research committee of Khon Kaen University has an important role in carrying out research. Information is managed systematically by the "Roi Kaen Sara Sin Network". Law experts provide legal counseling and law services. The monitoring and evaluation committee provides evaluation of activities in the projects.

6. What resources were used for the initiative and how were they mobilized?

The OSCC of Khon Kaen Hospital receives funding from both government and the private sector. Medical services provided by Khon Kaen Hospital need 1.2 million baht each year for management and maintenance. The hospital has sought and received further funding from the Thai Health Promotion Foundation for meetings of committees and working groups, training, counseling and capacity building e.g. in data collection and management, public forums, school and community leader training, guideline and manual publication, qualitative research, monitoring and evaluation.

The services of OSCC are mainly funded by the National Health Security Office. The OSCC also receives other funding from the Office of the Attorney General, the Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University (together with the Ford Foundation), local administrative offices, the Provincial Office of Social Development and Human Security (2010-2013), the Department of Health Service Support, the Ministry of Public Health,

Sirinthorn Hospital (together with UNICEF), Khon Kean Province, 25 community hospitals, and Khon Kaen Municipality Administration.

The OSCC also receives funding from the private sector and international organizations. The Ford Foundation funded the research for the service system and a Visiting Personnel Program to Malaysia (1999-2004). Plan International funds OSCC's unwanted pregnancy program. Other organizations who gave financial support to OSCC include the British Embassy, Osotspa Co., Ltd. (2013) and the Friends of Women Foundation, Thailand.

Furthermore, OSCC's campaigns to eliminate VAW in Khon Kaen Province have been financially supported by 40 other organizations. As a result of this, a fund and a foundation were created to help girls and women who experience violence, in terms of their travel expenses and food provision during the referral process or when they return to their home towns and when they need to seek work.

Operative personnel in Khon Kaen Hospital's OSCC include people from government and the private sector and civil society. Core personnel for each woman include 1 physician, 1 nurse, 1 social worker, who is the case manager, and 22 personnel from other disciplines (psychiatrists, psychologists, medical technicians, lawyers, etc.). The team work together to provide treatment, support and counseling and continuous follow-up of violated women and women who have unwanted pregnancies. The personnel in this team also develop the working system and expand the network, provide training on care for women and girls who experience violence or have unwanted pregnancies. The Hospital's administrative committee also provides policy consultation and supervision. Other relevant participants include the committee and working groups from 78 districts in the 3 provinces, the research and knowledge management team of "Roi Kaen San Sin Network", Child Protection Committee representatives, officers from the Ministry of Health, Ministry of Education, Ministry of Social Development and Human Security, youth leaders, local administrative officers, academic groups, community leaders, private organizations, lawyer groups, mass media, the Office of Provincial Culture, the OSCC community committee (composed of community leaders, volunteers and government representatives) and the OSCC school committee (teachers, students and parents).

7. What were the most successful outputs?

1. Women and girls now receive prompt and sensitive treatment and are supported mentally and legally by the work of the multidisciplinary support team. Their physical and mental health is improved. They are empowered and can go back to live in their communities sooner.

2. Service providers' attitudes have been changed. They provide their services with sensitivity, focusing on the needs of the girls and women without judging or imposing social values on them. The service system facilitates fast and systematic support for them while providing ample privacy and confidentiality. The feeling of safety encourages women and girls to seek services and complete the treatment and support process. Multiple exposures of victims to their violation experience through repeated questioning are minimized because the women's stories are systematically recorded, filed and made available to authorized personnel involved in the case.

3. Through the service provided by Khon Kaen Hospital's OSCC and the network system, we have established a standard and example of a model system for services for women and girls who experience violence or have unwanted pregnancies for Thailand as a whole.

4. Cooperation and integration of different sectors in government, medicine, public health (all sizes of hospitals in 4 provinces work together), education, social welfare, justice, local municipality, NGOs and communities has been achieved. The result of this is that the communities are aware of many forms of VAW. They come up with their own methods of preventing unwanted pregnancy in girls, human trafficking and violence against women and girls. Sub-district municipal offices develop core operation plans for the sub-district using money from district health funds.

5. Khon Kaen Hospital's OSCC has also successfully developed a database of women and girls who are abused and violated. The database has since grown with our growing networks, presently covering data from 4 provinces. There are computer programs designed for violence data input which allow fast analysis of available assistance and support to women and girls. The database is accessible in provincial hospitals and district hospitals. The information from the database is also used in other One Stop Crisis Centers in other provinces. The database and data collection system developed by Khon Kaen Hospital's One Stop Crisis Center has been used by the Ministry of Public Health as the model for similar systems all over the country.

8. What systems were put in place to monitor progress and to evaluate the activities?

Monitoring and evaluation is done by the multidisciplinary teams. The aspects monitored and evaluated include the knowledge and attitude of and the services provided by service providers, officers and other personnel operating in the networks of the OSCC. Also, policies and operations of all agencies involved in the support network of women's and girls' protection are evaluated. The four main areas which are closely monitored and evaluated are:

1. The Network of Support for Women and Girls Who Suffer from Violence Development Project
2. The One Stop Crisis Centers, Roi Kaen San Sin, in Schools and Communities Network Development Project
3. The Information System of Services for Women and Girls who Suffered from Violence and Elimination of Violence against Women and Girls Development Project
4. The Support for Women and Girls who Suffered from Violence Network's Knowledge Management Project

Evaluation processes include both qualitative and quantitative assessments. Methods used in evaluation include questioning, observation, group dialogs and in-depth interviews. Evaluation is done across different levels of the operation, including hospitals, communities and database and information systems. Indicators are determined for evaluation of medical, social welfare, social service and legal service systems.

The work of Khon Kaen Hospital's OSCC in particular is monitored and evaluated by a team of evaluators which includes hospital executives who are from multidisciplinary backgrounds. As for evaluation of the projects, the monitoring and evaluation teams comprise 10 representatives from various sectors and 9 academics from Khon Kaen University. Furthermore, there is an independent evaluation committee which monitors and evaluates the work of networks. They comprise representatives from 11 organizations, including the Child Protection Committee, the Public Health Working Group, education, social welfare and social work, youth leaders, local administrative offices, academia, community leaders, lawyers, mass media and provincial culture work.

Evaluation suggests that the networks have a systematic structure with a high level of integration of multidisciplinary knowledge and effective cooperation and that the work is geared towards a more proactive approach. Services are provided to victims of violence without redundancy and delay. People express their satisfaction with the services of the network.

9. What were the main obstacles encountered and how were they overcome?

The main obstacle to the work of OSCC is the patriarchal attitude in Thai society which criticizes and blames women and girls who suffer from violence or have unwanted pregnancies, that is women and girls are held responsible for the violence they fall victims to. The patriarchal perspectives are the result of a cultural construct which involves the interplay of social education on gender tradition and beliefs from multiple sources. Unfortunately, they present themselves in subtle ways in service providers, medical personnel and social workers who provide services for women and girls suffering from violence. For example, medical personnel are reluctant, if not unwilling, to provide abortion services to women. Women are viewed as irresponsible and are accused of improper sexual behavior. Often, women will be referred to other service providers. This causes both mental and financial distress for women. Furthermore, violence issues are not a priority in many hospitals. Consequently, they overlook the sensitivity required in dealing with women and girls who are victims to violence. The mental impact of abuse is often overlooked even though it is very important in care provision for victims. This leads to the denial of access to healthcare and legal support in cases of violence and unwanted pregnancy.

However, gradually we have seen improvement in the attitudes of personnel in the network. Presently, agencies from various sectors are willing to provide gender-sensitive services to women and girls who have unwanted pregnancy or are victims to violence and women and girls are now cared for physically and mentally. They are empowered and equipped with skills to continue a healthy life.

10. What were the key benefits resulting from this initiative?

The establishment of the first One Stop Crisis Center in Thailand and the development of its services by integrating the work of all stake holders have helped many abused women and children, enabling them to have access to services, medication, physical and psychological support, and better quality of life. Across the four provinces, 3699 individuals have used the service in the last three years. Many women who have been treated violently have been able to start their life anew with more strength. By allowing all parts of the network to participate in solving problems and working together collaboratively, society as a whole has become more aware of the problem of VAW and has become more willing to participate in the process of monitoring, prevention, and problem solving at every level. Khon Kaen has made “Women Abuse Free” as an important indicator of quality of life of people in the province and included it in the policy called “Peaceful Khon Kean.”

From its success at the provincial and regional level, the OSCC and its associated networks have become a model for the establishment and operation of OSCCs in other hospitals. In the year 1999, the Thai Cabinet ordered the Public Health Ministry to set up help centers for women and children who have been abused or treated with violence in every hospital in Thailand. Such centers were established in 20 pilot hospitals during the year 2001-2002. The target group has been extended to cover teenagers with unwanted pregnancy, beginning in 5 pilot hospitals in Thailand. Khon Kaen Hospital plays an important role in supporting other hospitals in the development of these services. Later, the concept was adopted by other agencies that are related to providing help for women and children treated with violence, such as the Ministry of Social Development and Human Security, the Royal Thai Police, the Office of the Attorney General, and Provincial offices of the Ministry of Labour. Officers from these ministries and offices have been sent to observe and study the work and exchange opinions and experiences with the members of the OSCC of Khon Kaen Hospital in order to adapt what they have learned to their own sectors. Today, Thailand has established 21,553 One Stop Crisis Centers or OSCCs in hospitals all over the country. A total of 31,755 women and children have been rescued and given assistance. Besides developing the services and supporting the dissemination of information and knowledge to other hospitals, Khon Kaen Hospital and the Khon Kaen Public Health Office have also created an information-recording internet program that connects to all related offices everywhere in Thailand. This was started in 2008 and has continued to the present.

With regard to laws and policies, the experience at Khon Kaen Hospital provided the impetus and the necessary information to support the development of three new laws:

- (1) The Criminal Procedure Code of Thailand
- (2) The Child Protection Act BE 2003
- (3) The Domestic Violence Victim Protection Act BE 2007.

The support for these laws has given rise to many positive changes in Thai society. There is more awareness and acknowledgement of domestic violence and more concrete assistance is now given to the victims. The Office of the Permanent Secretary and the Cabinet has established policies and plans to free the country from violence against women and children, and in the year 2013 they became part of the national policy that enabled government sector and private sector to work together collaboratively in preventing and solving this problem.

11. Is the initiative sustainable and transferable?

The One Stop Crisis Center of Khon Kaen Hospital was the first center in Thailand to provide protection and give assistance to abused children and women, as well as young women with unwanted pregnancies. It has operated from 1999 to the present. It does not only function as a model for the national service for providing assistance to women and children who are the victims of violence, but has also played an important role in making Thai society more aware of the problem. Fourteen years of working collaboratively with many different groups in various sectors of society has convinced us that to solve the problem of violence toward women and children, it is necessary to receive cooperation from many parties and the work needs to be done at different levels (eg. community, provincial, regional, and national level.) and in various dimensions (eg. medication service, assistance, transfer, public health, laws, social welfare, education, empowerment, database making, information providing for the establishment of policies, operation, etc.) Furthermore, Khon Kaen Hospital also decided that providing assistance to women and children who are victims of violence and those with unwanted pregnancy should be a priority, so that resources, personnel, and budget can be directly provided for the work, enabling the center to respond quickly to the problem. This also reduces redundancy of procedures and the chances that the victims are further abused by the process (For example, a violence victim being investigated and interviewed repeatedly by officers in different sections). This

contributes to the continuity and sustainability of the project and has led to the setting up of many other One Stop Crisis Centers in other parts of the country. The hospital also provides necessary information to push forward this matter in terms of policy, so that prevention and suppression of violence toward women and children has been adopted as a national policy. Khon Kaen Hospital has become the learning center and source of information for many related organizations and institutes both in and outside of Thailand. Many have sent their representatives to observe and study the operation of the center here.

In addition, the OSCC also gives importance to the collection and analysis of information, research, and the use of different kinds of media, such as books that talk about the experience of those who work for the center, as well as guidebooks and guidelines, which provide opportunities for people and organizations to learn and adapt the knowledge to their own workplace or transfer and disseminate it to others. Because of the effective operation of the OSCC in Khon Kaen Hospital, many public and private organizations have provided it with financial support. Some institutions such as “Path 2 Health” have granted a fund for the expanding of the network at the regional level, and in 2013 the Thai Health Promotion Foundation provided financial assistance for the center for 3 consecutive years for the project the offer help to teenagers with unwanted pregnancy.

12. What are the lessons learned?

Providing assistance for women and children who have suffered violence is work that needs understanding, sensitivity and cooperation from many sectors and organizations. The subject of sexuality and violence toward women and children is sensitive and complicated, especially when it involves changing the attitudes and values that a person has been taught over many years. One of the lessons that the OSCC of Khon Kaen Hospital has learned is that many obstacles and challenges can still be found, even though we have integrated and placed the needs of the victims at the center of the endeavour. We still need to draw in more elements of society to cooperate with us, as well as to adjust their attitude and increase their sensitivity towards the problem. These include judges, attorneys, lawyers, police, social workers and public health offices and medical personnel, such as doctors, nurses, and psychologists. This is necessary in order to close the gaps that become obstacles to the work process and prevent more violence toward the victims, partiality, and social stigma. These institutions still need to develop their work proactively in cooperation with

other organizations, such as schools and communities. There must be true equality and impartiality in individual level and organizational level. None should consider themselves as higher or more powerful institutions.

There are also lessons learned from working with the network of schools and communities that protect women and children in their own areas. Most of them do not have a specific method of working and operate on a case-by-case basis. Although their past work has been successful up to a point, they still need a more specific format and more integration with the multi-occupational network. At the same time, the network of schools and communities is not the only one that needs to learn, understand, and develop a specific system for working, people in professions that are related to the problem of violence toward women and children need to study and develop their own body of knowledge as well. This knowledge must come from direct experience with the victims as well as training. It is important for them to understand sexual inequality in a patriarchal society like Thailand. The accumulated knowledge must be interpreted and synthesized into guidelines for good practice. The most important goal is not just giving help to the victims, because that is not the root of the problem. We need to understand the true cause of the problem in this society, which is the social values that see men as more important than women. That is why violence toward women and children is not a personal problem but a social one that involves everybody. This realization can lead to the ultimate solution for the problem.

สาขา : Improving the delivery of services

ชื่อผลงาน : Child First – Work Together (CF-WT)

ชื่อหน่วยงาน : สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

ปีที่ได้รับรางวัล : 2013

1. What was the situation before the initiative began?

The Rajanagarindra Institute of Child Development (RICD) is an Institute under the supervision of the Department of Mental Health and The Ministry of Public Health. The RICD is located in northern Thailand. It is responsible for providing treatment and rehabilitation for children with delayed development. The number of children with delayed development who came for treatment at the RICD, increased year by year, from 22,576 patients in 2007 to 35,153 patients in 2011.

The World Health Organization reported that every year more than 200 million children aged from birth to 5 years are still neglected and cannot develop to reach their potential. From the survey done by the Department of Health, Thailand, in the year 1999, 2004, and 2007, it was found that 28.3%, 28.0%, and 32.3% of Thai children respectively had delayed development. In the year 2007, it is estimated that there were 1,269,483 Thai children who needed to promote their development, and 209,393 of these children were in the northern part of Thailand. However, 57.20% of children with delayed development had no chance to access screening services from health care facilities.

Before the project started, Thailand health care services focused only on giving vaccination to prevent communicable diseases, but the health personnel had little knowledge and skills on screening or assessing child development. Another problem was that the screening and assessment tools for child development were imported from western countries with no specific focus for Thai children's development. So the tools often gave incorrect results and led to improper treatment. Other problems were the lack of skilled health personnel, too many patients at the health care facilities that led to limited treatment time, and the referral system for children with delayed development was not effective.

Treating and rehabilitating children with delayed development needed cooperation from parents in the long term. Looking after children with delayed development caused many problems to the family, such as high expenses, loss of daily payments when the

parents have to bring the child to see the doctor; some families have to leave their jobs in order to look after their child full time. Many parents feel stressed, discouraged, tired, worried, and also have interpersonal problems with other family members.

Therefore, if the children with delayed development can be identified as early as possible, they will be treated properly and will not become a burden to their family, if not, they will become chronically disabled and need more time for treatment, which means the family will have to spend more time and money, and it also results in a loss of the children's opportunity to develop their potential and the loss of human resources to develop the country in the future as well.

2. What is the initiative about?

The project's name is "Child First – Work together" or CF-WT. It began by enhancing awareness of health personnel; the personnel who work with children, such as nursery care takers, kindergarten teachers and parents, on how important to screen or assess child development and promote their development properly since early childhood.

Then the RICD developed screening and assessment tools on child development named "Thai Development Skills Inventory for Children from Birth to Five Years – TDSI". The TDSI was developed for three different target groups that were, 70 item tools for parents, village health volunteers, nursery care takers, kindergarten teachers and health personnel at the well baby clinic of the sub-district health promotion hospitals; 286 item tools for general medical doctors, nurses at baby clinics of the community (district) hospitals and the general (provincial) hospitals; and 654 item tools for medical doctors, nurses, special personnel on child development at baby clinic of the central or special hospitals respectively.

The norm for normal Thai children's development was found through research study. Many materials and the manual on child development promotion were developed. The training courses on how to screen and assess child development and how to promote child development were also developed. Knowledge and information on this issue were distributed by a website and through a variety of media. So the general public, health personnel, personnel that work with children and parents can access these issues easily. For the minority group who cannot understand the Thai language, village health volunteers will advise them.

After the development of the screening tools, materials, and training courses, the RICD integrated them into the public health service system, including, the Department of Health, other health care facilities both public and private sectors, and community facilities. Many public health personnel and personnel that work with children were trained to use the screening and assessment tools, and how to promote child development effectively. Thus, they are certain to provide services to their clients. Parents can now bring their children to the health care facilities near their home; they can save a lot of money and time for transportation. And the delayed development children can be promoted to reach their potential at an early stage, and they are not a burden on their families as before. It is estimated that the government can save 1,217,980,074 Thai Baht (around US\$39,289,679.81) treating delayed development children in 2007.

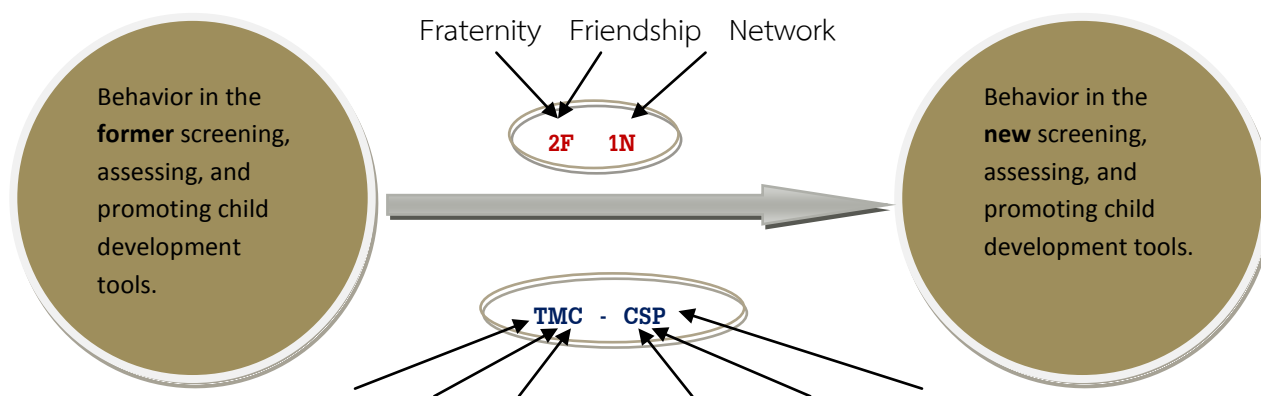
In conclusion, delayed development children can get the most benefit from this project. They can develop their high potential and not to become a burden on their families. Their parents also be happier and live an easier life because their children can help themselves much more than before. The personnel that work with children have more confidence to screen, assess, and help the children because they were trained in professional skills. Then the country will have active human resources to develop the country in the future.

3. What were the strategies used to implement the initiative?

In 2009, the RICD developed the TDSI. In 2010, the RICD conducted a research study to find the norm of normal Thai child development in Chiangmai Province where the RICD is located.

In 2011, the RICD expanded this research study in all provinces of Thailand. After that there was an evaluation on the effectiveness of the manual for parents and health personnel on promoting child development. The RICD also developed materials, computer programs, and a website for screening and assessing child development as well. The parents, health personnel, nursery caretakers and kindergarten teachers were educated and trained on this issue.

The strategy used in this project is called TMC-CSP together with 2F 1N as a driver, motivator and behavior changer, as illustrated below:



Tools Man Communication Cooperation System Policy

TMC-CSP stands for:

T = Tools that are standard, safe, interesting, up to date, easily to use, and can be accessed by everybody.

M = Men who are empowered with knowledge, attitude, and skills. They are students, general public, personnel that work with children, and experts.

C = Communication through various channels, such as printed media, radio programs, TV programs, internet, online radio, Facebook, websites, conferences, journal articles, VDO conferences, VDO presentation, e-books, computer programs that can be downloaded to mobile phones and tablets, etc. which are up to date and can be accessed by everybody.

C = Cooperation in every issue, such as, human resources, places, materials, budget, and management, among various groups of people, such as, parents, village health volunteers, nursery care takers, kindergarten teachers, personnel from local administrative authorities, health personnel in the hospitals and health care facilities, provincial public health offices, National Health Security Office, foundations and international organizations.

S = Screening and assessment systems, early intervention systems, referral systems, treatment and rehabilitation systems, data and information report systems that connect public health services systems, other services systems, and communities to cover all children groups; normal groups, risk groups, and delayed development groups in every area of the country.

P= Policy that supports this project to expand widely by providing manpower, budget, equipment, and new technology. Bottom-up policy can solve the local problems and can sustain the project in the long term.

2F 1 N

F = Fraternity

F = Friendship

N = Network

The RICD works as the coordinator among these groups of people and provides them with knowledge, tools, and materials, then supports them to work together and help each other solve child development problems.

4. Who proposed the solution, who implemented it and who were the stakeholders?

The RICD's multidisciplinary team, who are medical doctors, nurses, dentists, educators, activity therapists, occupational therapists, psychologists, and speech therapists; together with many university technical staff, began to develop screening and assessment tools with the cooperation on data collection from medical and public health personnel in 50 hospitals across Thailand. The National Research Council of Thailand supported the project budget.

The RICD's team developed human resources, communication channels, services systems, and networks. The RICD's team worked closely with parents' clubs, village health volunteers, local administrative authorities at a sub-district level, nursery care takers, kindergarten teachers, primary school teachers, special disabilities school teachers, hospital staff, philanthropic foundations, provincial public health offices, the Department of Mental Health (DMH), and the Department of Health (DH), Ministry of Public Health. The DMH, the National Research Council of Thailand and the Thai National Health Security Office supported the budget for this part of the project.

The RICD's team cooperated with the DMH, and DH developed the tools to use in the public health system. The DMH supported the budget. Later, the tools were expanded to use in public health facilities all over Thailand.

The RICD's team, the local administrative authorities at sub-district level, and university staff worked together to screen, assess, and promote child development in other public facilities outside the public health system, such as child development centers and received budgetary support from the Thai Health Promotion Foundation.

The RICD's team cooperated with health supervisors of the Ministry of Public Health, hospital staff, and the DH developed an online database system. The Center for surveillance and care for the risk group of children on Oxygen Deficiency at birth (Lanna Birth Asphyxia

Center – L-BAC) was established to follow up this group of children aged from birth to 5 years. Screening and assessment tools were used and this project was launched in the northern part of Thailand and will be expanded nationwide at a later date.

The RICD's team cooperated with schools that provide the opportunity for the delayed development children to study with normal children to promote child development in school. The RICD's team trained the delayed development children to prepare them before going to school.

The RICD's team also worked with local administrative authorities at sub-district level, special schools for disabled persons, clubs, foundations, Interact Center – USA, to develop disabled people by using drama-therapy.

5. What were the key benefits resulting from this initiative?

The key benefits from this project were as follows:

From 2002 – 2006 there were 11,065, 14,328, 16,456, 15,805, and 21,304 delayed development children respectively who were treated at the RICD. After the research project was launched, the number of children increased from 22,576 children in 2007 to 35,153 children in 2011. This is due to the effective result of the TDSI developed by RICD and the good cooperation among concerned personnel who were involved in this project.

From 2011 – 2012, there were 3,447 nurses being trained on how to screen, assess, and promote child development. In 2011, parents were trained to screen and promote their children development 35,153 times. From the parents' evaluation, it was found that 83.13% of these parents could train their children at home very well. From 2008 – 2011, it was found that 75% (2008) to 87% (2011) of children, who were discharged from the RICD had better development. The number of patients at the RICD decreased because parents can bring their children to get treatment at the health facilities near their home and many of them can promote their children development at home.

After the delayed development children were trained at the RICD, they will be sent to study at normal schools. From 2006 to 2010, 3,695 (2006) and 14,542 (2010) children were trained at the RICD before going to school. Before the project started, around 50% of these children were sent back for more training at the RICD. However, after the project had been launched, only one child had been sent back to the RICD. This number shows how effective this project is.

6. What were the key development and implementation steps and the chronology?

There were 3 key development and implementation steps as follows:

1) Tools development

In 2009, RICD did a research study to develop the TDSI. Later, in 2010, the norm for Thai normal children development was developed in Chiangmai Province where the RICD is located. Then in 2011, the norm for Thai normal children was developed at a national level. At the same time, the manuals for parents and health personnel for screening, assessment, and promoting child development were developed in a variety of forms such as printed media, electronic media, VDO presentation, computer program, and websites. In 2012, RICD did a research study to evaluate the effectiveness of the manual.

2) Human resources development

Before 2002, training courses and printed media did human resource development. The trainers were the experts in this area.

From 2002–2010, training courses, printed media, and VDO presentation did human resource development. The trainers were the experts or trainees from former courses.

From 2011 to the present, human resource development was done by training courses, printed media, VDO presentation, e-books, and computer programs both online and offline. The trainers were experts and the trainees from former courses. The general public can self-learn by accessing the materials mentioned above.

3) Communication, cooperation, system, and policy advocacy development

Before 2002, communication was delivered through printed media, radio programs, and meetings. The RICD also cooperated with health stations, hospitals, provincial public health offices, the Department of Health and foundations.

From 2002 to 2009, there were more channels for communication, such as conferences, online radio, etc. RICD cooperated with more target groups such as, parents groups, village health volunteers, community leaders, local administrative authorities, childcare centers, kindergartens, schools, DH, the National Health Security Office, the Ministry of Social Development and Human Security and international organizations.

From 2011 to 2012, more communication channels were developed such as, internet, Facebook, web-sites, journal articles, VDO conference, e-book and computer programs that can be downloaded to mobile phone and tablets. Communication was in

Thai and English. The Minister of Public Health was invited to participate in this program and help develop the policy on child development at a national level.

7. What were the main obstacles encountered? How were they overcome?

There were 3 main obstacles and the RICD can overcome them as follows:

The first main obstacle was the lack of awareness among parents and concerned health personnel of the importance of finding children with delayed development as soon as possible in order to treat and promote their development properly and help them learn to help themselves and not be a burden on their family. This obstacle can be overcome by educating parents and health personnel on child development, together with information about the situation, problems and impact that may occur if the children's problems cannot be solved in early childhood, also informing them about the benefits they will get if the children with delayed development are found as early as possible. When they knew exactly what would happen to the children with delayed development, they had more awareness of this problem.

The second obstacle was the lack of acceptance, cooperation, and trust from parents and health personnel. RICD had to overcome this obstacle by developing good and sincere interaction, fraternity, friendship, and creating a co-operation network with them through frequent meetings and various kinds of communication channels. It was found that two-way communication with reliable information that can be proved by scientific research and development that can make parents and health personnel accept and cooperate in this project and develop a good relationship with RICD staff.

The last obstacle was the lack of formal connection between medical and public health service systems and other organizations outside the Ministry of Public Health that are responsible for children's quality of life and education, such as local administrative authorities, child care centers, nurseries, schools, NGOs, foundations, etc. Each of these organizations have their own policies, missions, objectives, budget and they work in their own style. However, RICD tried to approach and integrate its work with these organizations by encouraging them to focus on the common and ultimate goal that is "healthy children". All the major obstacles can be overcome with a proactive approach, two-way communication, regular meetings, accurate information, repeated practice, good personal relationships, persuasion and devotion to the betterment of our children's development.

8. What resources were used for the initiative?

RICD received financial support from three main organizations. The first one was the Department of Mental Health (DMH). The DMH supported the budget for RICD to print the tools, publish printed media, and train health personnel, other personnel that work with children and parents. The second organization was the National Research Council that provided budget for doing a research study on TDSI and for developing a website www.childdevelopment.com. The third organization was the Thai Health Promotion Foundation that supported training childcare takers and publishing media to use in the Child Development Centers.

There were many organizations involved in this project, such as, hospitals under the Ministry of Public Health, Child Care Centers under the Ministry of Interior, kindergartens under the Ministry of Education, and nurseries under the local administrative authorities. There were also many groups of people involved in this project, such as the DMH's personnel, health personnel, teachers, childcare takers, and parents. All of these people can help screen, assess, and promote child development in their settings and support this project until it's goal is achieved.

9. Is the initiative sustainable and transferable?

This project can be sustainable and transferable by many factors. Firstly, with love and care from parents with delayed development children, they agree and are happy to become involved with screening, assessing, and promoting children's development. The health personnel and other personnel that work with children are aware of the importance of child development and are happy to be empowered by the RICD project.

Secondly, the screening, assessment tools and other materials are easy to use, and can be accessed by everybody easily. So it is convenient for parents and other personnel to use whenever they want.

Thirdly, the Ministry of Public Health, Thailand, has launched a project to screen, assess, and promote children's development on the auspicious occasion of H.M. Queen Sirikit's 80th Birthday Anniversary in 2012. The goal of this project is to screen at least 400,000 children all over the country on their development. There are more than 10,000 baby clinics in general hospitals that are involved, 400,000 copies of the manual on child rearing have been distributed to parents to use to promote their children's development.

Fourthly, the Ministry of Public Health, Thailand realized the importance of child development, and initiated a policy to provide child development services in every

baby clinic in all hospitals nationwide. The Department of Mental Health, the Department of Health, and the Thai Health Promotion Foundation cooperated to promote activities in all child development centers, kindergartens, and hospitals in the country and empower all the personnel to be able to screen, assess, and promote child development properly and effectively.

Lastly, the Lanna Birth Asphyxia Center (L-BAC) was established. This Center is responsible for surveillance and following up children with L-BAC or oxygen deficiency at birth. This center will follow up these children from birth to five years of age and use screening and assessment tools developed by the RICD.

At present, the training courses developed by the RICD are widely used by many organizations that work with children and the materials developed by the RICD have been translated from Thai into English in order to provide an opportunity for other ASEAN countries to use for the benefit of their children.

10. What are the impacts of your initiative and the lessons learned?

The main impacts of this project are on children, parents, and our country. Firstly, Thai children were screened and assessed on child development by TDSI since early childhood. When children with delayed development are identified, health personnel and their parents support them. They can study in school with other normal students and can develop like other students. After finishing school, they will find a job and can take care of themselves. In the future, this group of children will not be a burden on their family as before.

Secondly, parents of delayed development children began to realize that it was their responsibility to observe and screen their own children on child development from early childhood. After being empowered by the training course, they were confident to promote their children by themselves. Now, they do not totally depend on health personnel, but they can work together to promote their child development. They also felt relieved when their children can help themselves in school and in daily life. Parents also saved a lot of money and time looking after their children. They had more money and more time to spend with other family members that help develop better relationships and happiness in the family.

Lastly, our country can save a lot of money providing treatment and rehabilitation for delayed development children. Before the project started, children with delayed development could not be easily found during early childhood. This group of children often had chronic disabilities and needed more finance for treatment and more time for rehabilitation. However, when the TDSI was developed and many personnel and parents are trained to use it to screen and assess children since early childhood. Children with delayed development were identified earlier. Thus, the cost of treatment and rehabilitation and the lost of productivity from this group of children was decreased.

The main lessons learned from this project are the emphasis on interpersonal relationships, and parent and community involvement. When the project first started, official contact was made between the RICD and other concerned organizations. It was found that official contacts didn't work well, unofficial personal relationships worked much better. Improved co-operation came from personal rather than official contact. For parents and community involvement, we found that if we had to do a project like this again, we would invite parents, community leaders, care takers, and kindergarten teachers to become involved in the project from they beginning, in order to plan, work and evaluate the project with us, because all these people are key success factors in the project. If they feel that they are the owner of the project, they will do their best to make the project successful. They are in the community, so it is convenient for them to promote child development in the long run. They can do better than us, as we are a small institute and located far away from rural communities.

สาขา :	Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms
ชื่อผลงาน :	การป้องกันและบรรเทาภัยแล้งแบบบูรณาการ โครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาแม่ยม จังหวัดแพร่ (Integrated Drought Prevention and Mitigation: The Mae Yom Operation and Maintenance Office)
ชื่อหน่วยงาน :	กรมชลประทาน
ปีที่ได้รับรางวัล :	2012

1. What was the situation before the initiative? (the problem)

Yom Basin is one basin out of 25 basins of Thailand. Its catchment area is 5.8 million acres which Yom River, 459 miles long, serves as the main river of the basin. The Yom River has no reservoir to supply water resulted in lacking of water for domestic use and agriculture, as well as causing flash flood. To relieve drought, the Mae Yom Operation and Maintenance (O&M) Office under the Royal Irrigation Department (RID) built a 350 m-long concrete weir in the Yom River to raise water level in order to irrigate water for 88,538 acres. During a rainy season, the average maximum flow of the Yom River is 1,042 m³/sec or daily runoff 90 million m³ while the average maximum flow in a dry season is 3 m³/sec or daily runoff 0.3 million m³. The dry season runoff can only supply water for agriculture of 6,917 acres, however, farmers tend to extend their plots in a dry season every year. The agricultural areas for the dry season in 2011, for example, are 36,364 acres.

As a result, water shortages for the second crop season were common in the areas, especially from January to February. A series of crop failures were repeated, thus causing the inevitably rural poor. The water shortages ignited water fight among local farmers. Individual farmer either destroyed irrigation structures or pumped water for one's own benefits. Related public agencies did practice passive response to the problems. Lacking of participation and communication among stakeholders further boosted the loss of faith in public governance.

According to the 1992 - 2011 statistics, the agricultural areas in dry seasons have increased from 12,846 acres to 36,364 acres. The water shortages have been escalated to eventually affect to the agricultural areas of approximately 7,905 acres and lead to be the complete crop failures of 2,767 acres.

คำแปล :

ลุ่มน้ำยมเป็นลุ่มน้ำลำดับที่ 8 ในจำนวน 25 ลุ่มน้ำของประเทศไทย มีพื้นที่รับน้ำฝนทั้งหมดประมาณ 23,616 ตร.กม. มีแม่น้ำยมเป็นลำน้ำสายหลักความยาว 735 กม.ไม่มีแหล่งกักเก็บน้ำเพื่อเป็นแหล่งน้ำต้นทุนทำให้เกิดปัญหาน้ำใช้เพื่อการอุปโภคบริโภคปัญหา การขาดแคลนน้ำและปัญหาน้ำท่วมกรมชลประทานได้ก่อสร้าง โครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาแม่ยม มีฝายคอนกรีตเป็นอาคารขวางกั้นลำน้ำแม่ยม เพื่อส่งน้ำให้แก่พื้นที่ชลประทานจำนวน 224,000 ไร่ โดยในฤดูฝนจะมีปริมาณน้ำสูงสุดเฉลี่ย 1,042 ลูกบาศก์เมตร/วินาทีหรือวันละ 90 ล้านลูกบาศก์เมตร แต่ในฤดูแล้งปริมาณน้ำเพียง 3 ลูกบาศก์เมตร/วินาที หรือวันละ 0.259 ล้านลูกบาศก์เมตร สามารถส่งน้ำเพื่อการเพาะปลูกพืชฤดูแล้งได้เพียง 17,500 ไร่ แต่ความต้องการเพาะปลูกของเกษตรกรมีความต้องการเพาะปลูกถึง 92,000 ไร่ จึงเกิดปัญหาการขาดแคลนน้ำเป็นประจำ ทุกปี ทั้งที่ปริมาณน้ำ ในฤดูแล้งมีน้อยและไม่เพียงพอแต่พื้นที่เพาะปลูกกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังนั้นปัญหาที่สำคัญ คือ การขาดแคลนน้ำเพื่อการเพาะปลูกพืชฤดูแล้งเป็นประจำทุกปี ในช่วงระหว่างเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งของเกษตรกรเรื่องการใช้น้ำการแย่งชิงน้ำตั้งแต่ต้นน้ำกลางน้ำและปลายน้ำ การปิดกั้นลำน้ำ ตลอดจนการแย่งชิงน้ำในระบบชลประทานและการสูบน้ำจากคลองชลประทานโดยไม่สามารถควบคุมได้ส่งผลให้การกระจายน้ำไม่ทั่วถึง ทำให้เกิดปัญหาความขัดแย้งของประชาชนในพื้นที่ เกิดการปะทะกันของกลุ่มมวลชน การทำลายอาคารชลประทานและทรัพย์สินของทางราชการ การแก้ไขปัญหาลำน้ำที่เกี่ยวข้อและเกษตรกรจะแก้ไขปัญหาลำน้ำเฉพาะหน้า ขาดการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วน ทำให้ประชาชนขาดความเชื่อมั่นและศรัทธาในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ส่งผลให้เกิดความเสียหายในพื้นที่เพาะปลูกเป็นจำนวนมาก ก่อให้เกิดปัญหาความยากจนในพื้นที่ จากสถิติข้อมูลตั้งแต่ปี 2535-2554 พื้นที่เพาะปลูกฤดูแล้งจาก 32,500 ไร่เพิ่มเป็น 92,000 ไร่ ปัญหาต่างๆ จึงทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อเกษตรกรในพื้นที่โดยตรงเฉลี่ยประมาณ 20,000 ไร่ ผลผลิตตกต่ำ และเสียหายโดยสิ้นเชิงประมาณ 7,000 ไร่

2. What is the initiative about? (the solution)

The initiative which was established in 2005 provided substantial benefits to various parties from an individual level to a global level, that is, farmers, local administrative organizations, relevant public agencies, Thailand, and the world. At an individual level, there were 16,700 and 370 households of farmers who live in inside and outside of the irrigation areas, respectively. Farmers gained opportunities in joint water management decision-making, water delivery scheduling, and water-taking rules specifying, thus encouraging a sense of ownership of farmers and enabling two-week quicker plot preparation. Farmers, moreover, cooperatively monitored work procedures with related public agencies, thus promoting transparency. The joint water management facilitated water delivery to farmers in a fair and equal manner, thus decreasing water conflicts and complaints from farmers.

Furthermore, the initiative helped farmers to extend their dry-season agricultural areas from 12,846 acres in 1993 (before the initiative) to 36,364 acres in 2010 (after the initiative), thus generating agricultural income from US\$5.1 million to US\$18.4 million. As a result, the seasonal migration of local farmers in the areas was minimal.

The benefits for individual public agencies, including local administrative organizations, Department of Agricultural Extension (DOAE), and the Mae Yom O&M Office, can be summarized in the followings. The more farmers' income, the greater purchasing power that helped boost the economy in the areas. The local administrative organizations were able to collect more taxes to develop local communities. The DOAE claimed that the drought prevention by the initiative, in turn, the increased income opportunity was estimated to be 24,901 acres or US\$10.1 million in 2010. Even though the manpower of the Mae Yom O&M Office has been continuously decreased from 282 persons in 2004 to be 166 persons in 2011, the operation and maintenance service is more effective, thus saving staff salary US\$620,000 per year. Instilling a sense of ownership among farmers made them take a better care of an irrigation system, thus saving a maintenance budget of the RID. The fair and equal water delivery resulted from the initiative, moreover, minimized conflicts between farmers and the staff of the Mae Yom O&M Office.

At the national level, the initiative led to ease water conflicts in Thai society. The increase of farmers' income helped alleviate the standard of living of farmers. This helped maintain agricultural careers, which accounted for 34% of the country, conserved the irrigation areas, and enhanced the food and energy security of the nation. The agricultural export served as one of the main contribution of the GDP.

At the global level, the initiative promoted the food security of the world. The security was built on the food availability and food access through the Thai agricultural export.

คำแปล :

ผู้ได้รับประโยชน์จากนวัตกรรมนี้เป็นเกษตรกรผู้ใช้น้ำ ชลประทานในเขตโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาแม่ยม จำนวน 16,700 ครัวเรือน และเกษตรกรนอกพื้นที่ชลประทานจำนวน 370 ครัวเรือน

2.1 ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

1. เพิ่มพื้นที่เพาะปลูกพืชฤดูแล้งจาก 32,500 ไร่ เป็น 92,000 ไร่ สร้างรายได้จากการขายผลผลิตทางการเกษตรจาก 154 ล้านบาท เป็น 553 ล้านบาท

2. ในปี 2553/2554 นวัตกรรมนี้ป้องกันความเสียหายจากภัยแล้งในพื้นที่เพาะปลูกประมาณ 63,000 ไร่ คิดเป็นมูลค่า 302.054 ล้านบาท เฉลี่ย 4,792.61 บาท /ไร่
3. สามารถลดเวลาการส่งเครื่องสูบน้ำ เข้าช่วยเหลือพื้นที่เพาะปลูกฤดูแล้งได้เร็วขึ้น 40 วัน
4. อัตรากำลังของโครงการส่งน้ำฯ ลดลง จากปี 2547 มีจำนวน 282 อัตรา และปี 2554 เหลือเพียง 166 อัตรา ลดลง 116 อัตรา แต่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประหยัดงบประมาณค่าเงินเดือนได้ปีละประมาณ 18.64 ล้านบาท

2.2 ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานในเชิงคุณภาพ

1. ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเกษตรกร ตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการน้ำ การกำหนดรอบเวรการส่งน้ำ และการทำ ข้อตกลงกฎระเบียบในการใช้น้ำ
2. เกษตรกรสามารถรับน้ำ ได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยมีการแบ่งปันน้ำ และสูบน้ำ ตามรอบเวรที่กำหนด ทำให้การใช้น้ำ เป็นไปอย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพ
3. ทำให้เกษตรกรสามารถเตรียมแปลงการเพาะปลูกได้เร็วขึ้น 2 สัปดาห์ จากการบริหารจัดการน้ำ แบบมีส่วนร่วม
4. ลดปัญหาความขัดแย้งของประชาชนในพื้นที่ซึ่งเป็นผลจากความร่วมมือในการบูรณาการป้องกันบรรเทาปัญหาภัยแล้ง
5. เกษตรกรมีความพึงพอใจต่อการให้บริการจากภาครัฐมากขึ้น
6. เพิ่มโอกาสในการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในการตัดสินใจกับหน่วยงานภาครัฐ
7. องค์กรภาคประชาชนมีโอกาสเข้ามาร่วมตรวจสอบการดำเนินงานในกิจกรรมภาครัฐ ซึ่งทำให้ลดการรั่วไหลของเงินงบประมาณ
8. ลดการย้ายแรงงานของเกษตรกรในพื้นที่ประสบภัยแล้งไปยังท้องถิ่นอื่น ทำให้ครอบครัวมีความมั่นคง

3. Who proposed the solution, who implemented it and who were the stakeholders?

Having been repeatedly encountered water shortages for the second crop season in the areas, the Mae Yom O&M Office developed the initiative in 2005 to solve the problem. There were five key players contributed to the implementation of the initiative. Five key players included the director of the Mae Yom O&M Office, staff of the Mae Yom O&M Office, farmers in the irrigation areas, Disaster Relief Committee at district and provincial levels, and local administrative organizations.

The director of the Mae Yom O&M Office fully supported the initiative by determining it into one of the Office's missions and allocating a budget. Staff of the Mae Yom O&M Office introduced the initiative to prospective parties and coordinated with relevant agencies and farmers in order to reach a mutual agreement on policy, implementation plan, and working procedures of participatory water management. Farmers in the irrigation areas cooperatively identified water-taking rules and followed those rules whenever taking water. Farmers additionally served as committee members to tracking and auditing fuel and lubricant budgets for pumps. The Disaster Relief Committee at district and provincial levels were made up of representatives from relevant public agencies at the district and province. The chairman of the district and provincial Disaster Relief Committees were sheriff and governor, respectively. The Committee took part in specifying strategies for integrated drought prevention and mitigation plan and driving related public agencies to implement accordingly. The Committee, moreover, supported budgets to drive the integrated drought plan in the areas. The local administrative organizations acted as representatives of local people to coordinate with water user groups in order to supervise rotational water taking conforming to the mutual agreement.

คำแปล :

โครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาแม่ยม สังกัดกรมชลประทาน เป็นผู้คิดค้นและริเริ่มการกำหนดรูปแบบของแนวทางการแก้ปัญหา และเป็นผู้ออกแบบกระบวนการ 3 ประสานเพื่อนำไปดำเนินการให้สำเร็จ โดยมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมในการจัดการ ได้แก่

1. บุคลากรของโครงการ เป็นผู้นำ รูปการป้อนกันและบรรเทาภัยแล้งแบบกับหน่วยงานต่างๆ และเกษตรกร ผู้ใช้น้ำในพื้นที่ เพื่อกำหนดนโยบาย แนวทางในการทำงาน การประสานงาน เพื่อบริหารจัดการน้ำเป็นไปตามแผนที่วางไว้และเกิดผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงาน
2. ผู้อำนวยการโครงการ เป็นผู้สนับสนุนการนำ นวัตกรรมไปใช้และกำหนดเป็นนโยบายในการดำเนินงานของโครงการ
3. เกษตรกรในเขตโครงการฯ เป็นผู้ร่วมกำหนดข้อตกลงและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามข้อตกลง ตลอดจนติดตามและตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณในการจัดซื้อน้ำมันเชื้อเพลิงและน้ำมันหล่อลื่นของเครื่องสูบน้ำ
4. คณะกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติกรณีฉุกเฉินระดับอำเภอและระดับจังหวัด เป็นผู้มีส่วนในการกำหนดและขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การทำงานของส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณมาใช้ในการป้องกันและบรรเทาภัยแล้งแบบบูรณาการในพื้นที่

5. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้แทนประชาชนและประสานกับกลุ่มเกษตรกรผู้ใช้น้ำ ทำหน้าที่ควบคุมและกำกับดูแลให้เป็นไปตามข้อตกลงรอบเวรการส่งน้ำ

4. What were the strategies used to implement the initiative? In no more than 500 words, provide a summary of the main objectives and strategies of the initiative, how they were established and by whom.

The initiative was launched to cope with the following concerns: to prevent and mitigate drought in the irrigation areas of the Mae Yom O&M Office; to effectively manage water in a fair, equal, and sustainable manner; and, to promote stakeholder involvement in every process of integrated water management.

Two main strategies were used to implement the initiative, that is, (1) knowledge management and data dissemination; and, (2) three-coherent task mechanisms. The first strategy, knowledge management and data dissemination, constituted three steps as follows: (1) collecting data: the Mae Yom O&M Office gathered data on meteorology, hydrology, engineering, economy, social, and local wisdom to study the current situation, potential of dry-season cultivation, and factors that affected the cropping pattern, as well as applying the SWOT analysis in order to lessen water conflicts among tail-end users; (2) using information technology: the Mae Yom O&M Office utilized various information technologies including the Remote Sensing, Geographic Information System (GIS), and Global Positioning System to analyze drought risk areas, to provide a geographical database, and to prepare maps of zoning water management; and, (3) transferring knowledge and data dissemination: the Mae Yom O&M Office disseminated the comprehensive water information, geographical database, and agreed rules via different means, for example, the National Broadcasting of Thailand / Phrae Province Branch, local radio stations, village loudspeakers, and farmer meetings. The publicized data made the local administrative organizations and water user groups understand the irrigation regulations and water saving campaign.

The second strategy, three-coherent task mechanisms, consisted of three tasks as the followings: (1) water subsidy for agriculture: the Phrae Province Disaster Relief Committee, the Mae Yom O&M Office, the Phrae Provincial Irrigation Office, and local administrative organizations cooperatively identified the water management and pumping control plans, as well as allocating budgets to supply either fuels or electricity for pumps at different locations; (2) participatory irrigation management: it was the cooperation between the Mae Yom O&M Office, district agricultural officers, local administrative organizations, and water

user groups to determine a water management plan, to establish a temporary dike, to reach a mutual agreement, to arrange a rotational water delivery, to maintain irrigation canals, to locate a pumping station, and to mediate water conflicts in the areas; and, (3) acting upon agreement and supervision: it was the coordination between the Mae Yom O&M Office, district, local administrative organizations, and water user groups to supervise and audit water management, rotational water delivery, mutual agreement, fuel use and provision, and electricity cost for pumping, as well as adjusting the operation schedule according to the present situation.

คำแปล :

4.1 วัตถุประสงค์หลัก

1. เพื่อบริหารจัดการน้ำอย่างมีประสิทธิภาพ ทัวถึง เป็นธรรมและยั่งยืน
2. เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาและบริหารจัดการน้ำทุกระดับอย่างบูรณาการ
3. เพื่อดำเนินการป้องกันและบรรเทาภัยแล้งในเขตโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาแม่ยม

4.2 กลยุทธ์ที่นำมาใช้ กลยุทธ์ที่นำ มาใช้แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การจัดการความรู้และการเผยแพร่ข้อมูล

1.1 การรวบรวมข้อมูลด้านอุตุนิยมวิทยา อุทกวิทยา วิศวกรรม เศรษฐกิจ สังคม ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อทำการศึกษาศักยภาพและสถานภาพของระบบการบริหารจัดการการเพาะปลูกพืชฤดูแล้ง ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเพาะปลูกของเกษตรกรทั้งชนิดพืชและพื้นที่ที่เพาะปลูก เพื่อลดข้อขัดแย้งของพื้นที่ทำน้ำตลอดจน การนำข้อมูลประกอบเพื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและภายนอก (SWOT Analysis) โดยโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาแม่ยม

1.2 การนำเทคโนโลยีภูมิสารสนเทศมาจัดทำ ฐานข้อมูลเชิงพื้นที่ โดยโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาแม่ยม ประกอบด้วยการใช้ข้อมูลจากการสำรวจระยะไกล (Remote Sensing :RS) การใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์ (Geographic Information System : GIS) และระบบสำรวจค่าพิกัดโลกด้วยดาวเทียม (Global Positioning System :GPS) นำมาศึกษาวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงภัยแล้ง การจัดทำฐานข้อมูลเชิงพื้นที่และการจัดทำแผนที่การบริหารจัดการน้ำ แบบ Zoning Area

1.3 การถ่ายทอดความรู้ การประชาสัมพันธ์ และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจากการดำเนินงาน โดยโครงการส่งน้ำ และบำรุงรักษาแม่ยม เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มเกษตรกร ผู้ใช้น้ำ รับรู้ภาวะเปียบด้านการชลประทาน และการรณรงค์การใช้น้ำอย่างประหยัดผ่านทางสื่อต่างๆ ของหมู่บ้าน อำเภอ จังหวัด สถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทยจังหวัดแพร่ และการประชุมพบปะเกษตรกร

2. กลยุทธ์การใช้รูปแบบ 3 ประสาน (ภารกิจ) ประกอบด้วย

2.1 การสนับสนุนด้านน้ำ เพื่อการเพาะปลูก โดยคณะกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติกรณีฉุกเฉินจังหวัดแพร่ (ก.ช.ภ.จ.) โครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาแม่ยม โครงการชลประทานจังหวัดแพร่ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินการวางแผนการบริหารจัดการน้ำ วางแผนและควบคุมการสูบน้ำ ตลอดจนสนับสนุนงบประมาณ ในการจัดทำนํ้ามันเชื้อเพลิงและค่ากระแสไฟฟ้า

2.2 การบริหารจัดการน้ำ แบบมีส่วนร่วม ซึ่งดำเนินการในรูปแบบการประสานงานระหว่างโครงการส่งน้ำ บำรุงรักษาแม่ยม เกษตรอำเภอกองการปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้ใช้น้ำและเกษตรกรในพื้นที่ เพื่อดำเนินการร่วมกันในการ วางแผนการบริหารจัดการน้ำ การทำทํานบชั่วคราวปิดกั้นลำน้ำ การจัดทำข้อตกลงการจัดทำรอบเวรการส่งน้ำ การบำรุงรักษาคลองส่งน้ำ การกำหนดจุดติดตั้งเครื่องสูบน้ำ และการใกล้เคียงกรณีพิพาทข้อขัดแย้งปัญหาเรื่องน้ำในพื้นที่

2.3 การควบคุมดูแล และการปฏิบัติตามข้อตกลงดำเนินการ ในรูปแบบการประสานงานระหว่างโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาแม่ยม โครงการชลประทานจังหวัดแพร่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกษตรจังหวัด เกษตรอำเภอ และเกษตรกรกลุ่มผู้ใช้น้ำ เพื่อทำหน้าที่ควบคุม กำกับดูแล และตรวจสอบการบริหารจัดการน้ำ รอบเวรการส่งน้ำ การปฏิบัติตามข้อตกลงการจัดทำและการใช้น้ำ นํ้ามันเชื้อเพลิง ค่ากระแสไฟฟ้าในการสูบน้ำให้เป็นไปตามข้อตกลง และปรับแผนการบริหารจัดการน้ำให้เป็นไปตามสถานการณ์ปัจจุบัน

5. What were the key development and implementation steps and the chronology?

The chronology of the initiative was portrayed as follows. Before 1998, farmers blocked and pumped water from irrigation canals at will. During 1998-2003, the Mae Yom O&M Office continually collected public opinions from farmer's meetings and personal communication at field trips. The farmer's meetings served as forums to notify farmers about irrigation regulations, to recommend crop types for dry-season agriculture, and to inform drought risk areas. The public irrigation staff together with farmers removed a barrier before water delivery for the second crop season of the year 1998. In 2003, the Mae Yom O&M Office made the maps of dry-season agricultural areas from the scale map 1:10,000 of the RID. In 2004, the Mae Yom O&M Office gathered Landsat images to arrange a database on water resources and irrigation systems in the areas. Also, Phrae Province firstly announced a drought zone and installed the mobile pumping stations to pump water into irrigation canals in order to ease dry-season agriculture. The budgets were granted by the Phrae Province Disaster Relief Committee. In 2005, the Mae Yom O&M Office introduced three-coherent task mechanisms to the Phrae Province Disaster Relief Committee. The mechanisms were then implemented in the areas for the first time. The Office, moreover, studied factors that influenced farmers in the areas to do farming. During 2006-2011, the

Mae Yom O&M Office incorporated up-to-date geographical information technologies including Landsat images, Orthophotos, images from the national satellite called THEOS and Asia-Pacific satellite called SMMS, and GIS to arrange a number of maps and database regarding irrigation areas, dry-season agricultural areas, drought risk areas, and mobile pumping stations. As a result, zoning water management was adopted to best suit water supply. The progress of dry-season agriculture at zoning and district levels was mapped to prepare drought relief, as well as evaluating the next dry-season agricultural areas.

The Phrae Province Disaster Relief Committee adopted and embedded the initiative into its working procedures. The annual implementation steps of the initiative were composed of five steps as the followings. Step 1) data collection and analysis for supporting decision-making (October-November): assembling data on knowledge management, appropriate information technologies, and public opinions to analyze and then propose to the Committee and farmers to jointly making decisions on water management plan. Step 2) data utilization for planning and participatory irrigation management (December): participatory meetings between relating public agencies and farmers were arranged to specify rotational water delivery and water-taking rules, as well as inquiring local wisdom to provide extra water supply. Step 3) converting plans into actions (December-March): the mentioned plans and meeting resolutions were informed to all stakeholders and acted upon accordingly. Step 4) plan monitoring and evaluation (December-March): the three-coherent task mechanisms were the key to tracking and promoting transparency of the initiative. Step 5) learning from the initiative (April-May): the arisen problems during water delivery were brought to a meeting to seek a mutual solution. When the second crop season completed, the After Action Review (AAR) was regularly held to conclude all lessons learned.

คำแปล :

5.1 ลำดับขั้นตอนในการพัฒนาการปี องค์กรและบรรเทาภัยแล้งแบบบูรณาการมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ก่อนปี 2541 - เกษตรกรปิดกั้นน้ำ และสูบน้ำ ในคลองชลประทาน เข้าพื้นที่เพาะปลูกอย่างไม่มี การควบคุม

ปี 2541-2546 - รับฟังความคิดเห็นประชาชน เกษตรกร จากการติดตามงาน การตรวจงาน การประชุมชลประทาน พบปะเกษตรกร

- ถ่ายทอดความรู้ กฎ ระเบียบ ด้านการชลประทาน การเพาะปลูกพืชที่เหมาะสมและใช้น้ำน้อย งดการเพาะปลูกพืชในพื้นที่ที่ไม่มีแหล่งน้ำสำรองและเคยได้รับความเสียหาย

- จัดตั้งกลุ่มผู้ใช้น้ำระดับพื้นฐาน ในพื้นที่กลางน้ำ และท้ายน้ำ
- ฤดูแล้งปี 2541/42 เริ่มดำเนินการรื้อสิ่งกีดขวางในคลองชลประทานเพื่อเปิดทางน้ำ ก่อนการส่งน้ำ โดยเจ้าหน้าที่ชลประทานร่วมกับเกษตรกร

ปี 2546 - จัดทำแผนที่พื้นที่เพาะปลูกพืชฤดูแล้ง จากแผนที่ 1:10,000 ของกรมชลประทาน

ปี 2547 - เริ่มจัดทำฐานข้อมูลด้านแหล่งน้ำ และระบบชลประทาน และรวบรวมข้อมูลภาพถ่ายดาวเทียม LANSAT

- จังหวัดแพร่ ประกาศพื้นที่ประสบภัยแล้งเป็นครั้งแรก และติดตั้งเครื่องสูบน้ำเคลื่อนที่สูบน้ำ เข้าคลองชลประทาน เพื่อช่วยเหลือการเพาะปลูกพืชฤดูแล้ง โดยคณะกรรมการ ก.ช.ภ.จ.แพร่ อนุมัติงบประมาณ

ปี 2548 - เริ่มนำกระบวนการบริหารจัดการน้ำ ในรูปแบบ 3 ประสาน (ภารกิจ) เสนอต่อคณะกรรมการ ก.ช.ภ.จ. แพร่ และนำไปดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม

- ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเพาะปลูกของเกษตรกรในพื้นที่โครงการ

ปี 2549 -2554 เป็นการพัฒนาระบบภูมิสารสนเทศ ตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ดังนี้

- นำรูปแบบการบริหารจัดการน้ำ เชิงพื้นที่ในรูปแบบ Zoning Area มาใช้ในการวางแผนการส่งน้ำ การบริหารจัดการน้ำ เชิงพื้นที่

- จัดทำแผนที่เพาะปลูกพืชฤดูแล้งจากภาพถ่ายดาวเทียม LANDSAT โดยระบบภูมิสารสนเทศ (GIS)

- จัดทำฐานข้อมูลเชิงพื้นที่จุดสูบน้ำ เคลื่อนที่ของกรมชลประทาน สถานีสูบน้ำ ด้วยไฟฟ้าในเขตโครงการ

- จัดทำข้อมูลพื้นที่ชลประทานโดยใช้ระบบสารสนเทศภูมิศาสตร์และภาพถ่ายทางอากาศออร์โธรีซิเชิงเลข

- ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีภูมิสารสนเทศประเมินพื้นที่เสี่ยงภัยแล้ง ในเขตโครงการ โดยใช้ภาพถ่ายดาวเทียม THEOS

- ประยุกต์ใช้ประโยชน์จากดาวเทียมมอนิเตอร์ขนาดเล็ก (SMMS) ในการติดตามการเพาะปลูกพืชฤดูแล้งในเขตโครงการ

- จัดทำแผนที่ความก้าวหน้าการเพาะปลูกพืชฤดูแล้ง ในระดับโซนและระดับตำบล เพื่อใช้ในการประมาณการพื้นที่เพาะปลูกพืชฤดูแล้งปีต่อไป เป็นเครื่องมือในการติดตามและรายงานการให้ความช่วยเหลือภัยแล้ง

5.2 ลำดับขั้นตอนในการนำ ไปปฏิบัติการปี งบกันและบรรเทาภัยแล้งแบบบูรณาการมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ (เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน) การนำข้อมูลจากการจัดการความรู้ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เหมาะสม และการได้รับข้อมูลจากการรับฟังความคิดเห็นของประชาชน นำมาสังเคราะห์และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจเสนอต่อ

คณะกรรมการ (ก.ช.ภ.จ.) แพร่ และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ในการวางแผนการบริหารจัดการน้ำ การจัดสรรงบประมาณ ค่าน้ำมัน ค่าไฟฟ้าและการกำหนดจุดสูบน้ำ ตลอดจนการปิดกั้นลำน้ำยม

ขั้นตอนที่ 2. การนำข้อมูลเพื่อการวางแผนและเข้าสู่กระบวนการบริหารจัดการน้ำ แบบมีส่วนร่วม (เดือนธันวาคม)

นำแนวทางในการตัดสินใจของคณะกรรมการ (ก.ช.ภ.จ.) แพร่ ปฏิทินในการทำงานและการสนับสนุนงบประมาณ จัดการประชุมแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชน กำหนดรอบเวลาการส่งน้ำ กำหนดกติกาและข้อตกลงในการบริหารจัดการน้ำ ในแต่ละพื้นที่ และการรับฟังข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการนำ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการจัดทำแหล่งน้ำสำรอง

ขั้นตอนที่ 3. การนำแผนงานและหลักเกณฑ์สู่การปฏิบัติ (เดือนธันวาคม - มีนาคม) นำแผนงานที่ผ่านคณะกรรมการฯ และผลการประชุม แจ้งให้กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทราบและไปดำเนินการในพื้นที่ตามข้อตกลงที่กำหนด โดยนำเงินงบประมาณรายจ่ายมาจัดสรรเพื่อเป็นค่าน้ำ มันเชื้อเพลิงและค่าไฟฟ้าเครื่องสูบน้ำ ตามจุดที่คณะกรรมการกำหนด เพื่อส่งน้ำให้กับพื้นที่เพาะปลูกตามแผนงานและเป้าหมาย และการร่วมแรงร่วมใจในการเสียสละแรงงานเพื่อปิดกั้นลำน้ำทำนบชั่วคราวในลำน้ำแม่ยม และลำน้ำสาขา

ขั้นตอนที่ 4. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามแผน (เดือนธันวาคม - มีนาคม) กลไก 3 ประสาน ทำหน้าที่เชื่อมโยงการปฏิบัติงานติดตามและประเมินผลตามแผนงาน งบประมาณและตรวจสอบความโปร่งใสของการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนงานและงบประมาณที่กำหนด

ขั้นตอนที่ 5. การเรียนรู้จากการดำเนินงาน (เดือนเมษายน - พฤษภาคม) การดำเนินงานตามขั้นตอน 1-4 ถ้ามีปัญหาจะนำเข้าสู่การทบทวนเพื่อแก้ไขปัญหาในระหว่างการส่งน้ำ เพื่อให้เกิดความเสียหายน้อยที่สุด และเมื่อสิ้นสุดฤดูการเพาะปลูกจะนำเข้าสู่การสรุปทบทวน เพื่อเป็นข้อมูลในการแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานในปีถัดไป

6. What were the main obstacles encountered? How were they overcome?

Three main obstacles were encountered during the implementation of the initiative. First, head-end farmers dissatisfied with water sharing due to their habitual water taking all the time. The Mae Yom O&M Office regularly arranged meetings with farmers to inform water supply and demand in the dry season. The meetings also served as forums for head-end and tail-end farmers to exchange their problems. This helped facilitate better understanding in one's situation, which in turn, created compassionate communication and the spirit of water sharing among farmers.

Second, farmers did not follow the water-taking rules. Water stealing was common in the areas. The tail-end areas therefore did not get water in a sufficient and timely manner. The Mae Yom O&M Office set a series of meetings with all stakeholders including representatives of farmers and relevant public agencies, community leaders, and district

agricultural officers to mutually adjust water delivery schedule in accordance with water supply and catchment areas, as well as identifying water-taking rules and penalties. The meeting resolutions were broadcasted via village loudspeakers, as well as sending official letters to related agencies for further dissemination. Additionally, there was a committee, which was made up of representatives from water user groups and community leaders in related areas, to control farmers to follow the agreed water delivery schedule and water-taking rules.

Third, farmers grew the second rice crop more than a dry-season agricultural plan. The price of paddy had been continuously escalated from US\$333 per ton to be US\$500 per ton in 2010. This urged farmers to increase their dry-season agricultural areas from 6,081 acres in 2009 to be 9,477 acres in 2010. A meeting was arranged for all stakeholders to seek a mutual solution. The meeting participants agreed to request the Mae Yom O&M Office to extend a period of water delivery ten more days to supply water for the increased second rice crop. The extended water delivery additionally challenged the Mae Yom O&M Office to balance water supply for the field crops in the same areas.

คำแปล :

ปัญหาอุปสรรคในการนำนวัตกรรมไปใช้เพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการและวิธีการจัดการกับอุปสรรคมีดังนี้

6.1 ความไม่พึงพอใจของเกษตรกรต้นน้ำ ในการแบ่งปันน้ำ เนื่องจากมีความเคยชินต่อการรับน้ำตลอดเวลาแนวทางการแก้ไข เจ้าหน้าที่ทำการจัดประชุมชี้แจงอย่างสม่ำเสมอถึงข้อมูลน้ำต้นทุนและปริมาณการใช้น้ำของเกษตรกร รวมถึงเปิดโอกาสให้เกษตรกรต้นน้ำและท้ายน้ำแลกเปลี่ยนปัญหาที่ตนเองประสบ เพื่อสร้างความเห็นใจและจิตสำนึกในการแบ่งปัน

6.2 การไม่ปฏิบัติตามรอบเวรการส่งน้ำ และการลักน้ำ เข้าสู่พื้นที่เพาะปลูกในช่วงที่ไม่ใช่รอบเวรของตน เป็นเหตุให้ปริมาณน้ำ ไม่เพียงพอต่อพื้นที่ท้ายน้ำ แนวทางการแก้ไข โครงการได้จัดประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับผู้แทนเกษตรกร ผู้นำ ชุมชน ผู้แทนจากอำเภอ และเกษตรอำเภอ เพื่อปรับรอบเวรให้เหมาะสมกับปริมาณน้ำ และพื้นที่รับน้ำ เพื่อหลีกเลี่ยงความขัดแย้งและปัญหามวลชน โดยกำหนดข้อตกลงการปฏิบัติต่อผู้ฝืนร่วมกัน เมื่อได้ข้อสรุปแล้วท้องถิ่นดำเนินการประชาสัมพันธ์ออกเสียงตามสายในแต่ละหมู่บ้านให้เกษตรกรได้รับทราบตลอดจนจัดทำ หนังสือเวียนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบเพื่อประชาสัมพันธ์ต่อไป นอกจากนี้ ยังมีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมให้เกษตรกรปฏิบัติตามรอบเวรการส่งน้ำ และข้อตกลง ซึ่งคณะกรรมการประกอบด้วยตัวแทนกลุ่มผู้ใช้น้ำ และผู้นำ ชุมชนในแต่ละพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง

6.3 เกษตรกรเพาะปลูกข้าวนาปรังเพิ่มขึ้นมากกว่าแผน เนื่องจากจากราคาผลผลิตข้าวที่มีราคาสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2553 มีราคาสูงถึง 15,000 บาท/ตัน ทำให้เกษตรกรในพื้นที่เพาะปลูกข้าวนาปรังเพิ่มขึ้นจากฤดูแล้งปี 2552/53 จาก 15,384 ไร่ เพิ่มขึ้นเป็น 23,977 ไร่ ในฤดูแล้งปี 2553/54 จึงเป็นปัญหาที่ต้อง

ได้รับการช่วยเหลือ แนวทางแก้ไข ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนได้ร่วมประชุมกัน และตกลงให้โครงการส่งน้ำ และบำรุงรักษาแม่ยมปรับแผนการส่งน้ำ โดยขยายระยะเวลาส่งน้ำ เพื่อลดปัญหาการขาดแคลนน้ำ เพื่อการเพาะปลูกเพิ่มขึ้นจาก 15 มีนาคม 2554 เป็น 25 มีนาคม 2554 เพื่อเพิ่มระยะเวลาการได้รับน้ำของข้าวนาปรัง และติดตามควบคุมการส่งน้ำ ไม่ให้กระทบต่อพืชไร่ ซึ่งอยู่ระหว่างการไม่ต้องการน้ำเพื่อการเพาะปลูก

7. What resources were used for the initiative and what were its key benefits?

There were four resources contributed to mobilize the initiative. First, financial resources: the budgets, US\$265,867, for buying fuel, lubricant oil, and electricity of pumps as well as dike construction came from a provincial emergency budget allocated by the Phrae Province Disaster Relief Committee. In addition, the regular budgets, US\$8,000, of the Mae Yom O&M Office were allocated for transportation and staff allowances to control the 21 mobile pumping stations. The mentioned budgets helped provide more pumps to supply water amounted to 10 million m³ for dry-season agricultural areas of 24,911 acres yearly.

Second, information technology resources: the Mae Yom O&M Office was keen on engaging GIS to organize a geographical database. At the first stage, the Office got Landsat images from the Royal Forest Department of Thailand and the Phrae Province Information and Communication Technology Center during the year 2000-2006. At the second stage, the Office was granted a research fund totaling US\$18,800 from the Royal Irrigation Department. The research titled “Drought Risk Areas Evaluation by Using THEOS Images” was carried out during the year 2009-2010. At the third stage, the Office got satellite (SMMS) images from the Ministry of Information and Communication Technology during the year 2010-2011. The geographical database was brought to create the dry-season agricultural areas and drought risk areas to facilitate water management planning.

Third, human resources: main staff were taken from relevant agencies, that is, 28 persons from the Mae Yom O&M Office, 10 persons from district and provincial agricultural office, and 5 persons from provincial administrative office. The staff were responsible for managing water and overseeing the water operation according to a water allocation plan. Furthermore, about two thousand farmers volunteered to build temporary dikes in the Yom River and tributaries as well as installing the mobile pumping stations.

Fourth, resources management: all resources were blended to create an approach to reach the initiative’s goals. The principal approaches involved: (1) encourage participation from allied public agencies at every level from districts to province; (2) incorporate data, information technologies, and knowledge management to provide a database for water

management and zoning agricultural areas; (3) introduce the three-coherent task mechanisms to help conduct the initiative; (4) invite local wisdom for locating temporary dikes in the Yom River; and, (5) take full responsibilities by relevant public officers and get sacrifices from farmers.

คำแปล :

7.1 ด้านการเงิน

ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากคณะกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติกรณีฉุกเฉิน เป็นค่าน้ำมันเชื้อเพลิง หล่อลื่น กระแสไฟฟ้า และค่าทำนบชั่วคราว เป็นเงิน 7,976 ล้านบาท ช่วยเหลือพื้นที่เพาะปลูกพืชฤดูแล้ง 63,025 ไร่ และได้รับสนับสนุนงบประมาณปกติจากกรมชลประทาน ในการใช้เครื่องสูบน้ำเคลื่อนที่จำนวน 19 เครื่อง และสูบน้ำด้วยไฟฟ้า จำนวน 1 เครื่อง สูบน้ำช่วยเหลือ 10 ล้านลูกบาศก์เมตร เป็นค่าขนส่งและค่าเบี้ยเลี้ยงเจ้าหน้าที่ควบคุมเครื่องสูบน้ำ เป็นเงิน 240,000 บาท

7.2 ด้านเทคนิค

การจัดทำฐานข้อมูลเชิงพื้นที่ โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีภูมิสารสนเทศโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษาแม่ยม ในระยะแรกได้รับการสนับสนุนข้อมูลภาพถ่ายดาวเทียม Landsat 5 และ 7 จำนวน 7 ช่วงเวลา ตั้งแต่ปี 2543 - 2549 จากหน่วยงานกรมป่าไม้และศูนย์สารสนเทศและการสื่อสาร จังหวัดแพร่ ระยะที่ 2 ได้รับการสนับสนุนจากกรมชลประทานศึกษาวิจัยการประเมินพื้นที่เสี่ยงภัยแล้ง โดยใช้ภาพถ่ายดาวเทียม THEOS ในปี 2552-2553 เป็นงบประมาณ 564,000 บาท ระยะที่ 3 ได้รับการสนับสนุนข้อมูลภาพถ่ายดาวเทียมอเนกประสงค์ขนาดเล็ก (SMMS) ปี 2553 -2554 จำนวน 10 ช่วงเวลา จากกระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร เพื่อนำมาจัดทำแผนที่พื้นที่เพาะปลูกพืชฤดูแล้ง และพื้นที่เสี่ยงภัยแล้งมาใช้ในการวางแผนการบริหารจัดการน้ำ

7.3 ด้านทรัพยากรบุคคล

เจ้าหน้าที่ของส่วนราชการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีหน่วยงานหลักได้แก่ โครงการส่งน้ำ และบำรุงรักษาแม่ยม 28 อัตรา เกษตรอำเภอและเกษตรจังหวัดแพร่ 10 อัตรา ฝ่ายปกครองท้องที่ 5 อัตรา ทำหน้าที่บริหารจัดการน้ำ ประสานงาน ควบคุมกำกับดูแล ให้เป็นไปตามแผนการจัดสรรน้ำ นอกจากนี้ ยังมีเกษตรกรที่ร่วมแรงร่วมใจปิดกั้นทำนบชั่วคราว ในลำน้ำ แม่ยม และสาขา พร้อมทั้งติดตั้งเครื่องสูบน้ำ โดยเสียสละแรงงานประมาณ 2,000 คน

7.4 ด้านการจัดการใช้ทรัพยากร

1.ใช้หลักการมีส่วนร่วมในการทำงานกับส่วนราชการต่าง ๆ ในทุกระดับ ได้แก่ ระดับท้องถิ่น อำเภอ และจังหวัด

2. ได้รับการสนับสนุนข้อมูล และการจัดการความรู้ เพื่อจัดทำฐานข้อมูลในการบริหารจัดการน้ำ และจัดทำ Zoning Area ของพื้นที่เพาะปลูก
3. รูปแบบ 3 ประสาน มีคณะกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติกรณีฉุกเฉินจังหวัดแพร่เป็นหน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ และมีส่วนร่วมรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน
4. การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการเสนอการก่อสร้างทำนบชั่วคราว ปิดกั้นลำน้ำ
5. ความร่วมแรงร่วมใจและเสียสละแรงงานจากเกษตรกรผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

8. Is the initiative sustainable and transferable?

The initiative, integrated drought prevention and mitigation, has been continuously operated since 2005. It calls for participation from all stakeholders and related public agencies. The three-coherent task mechanisms are designed by drawing the current jobs of relating agencies to link with the happening problems and needs in the areas. The arising problems and needs facilitate learning to seek greater water administration and zoning agricultural areas management. The mutual learning assists in joint-problem solving among stakeholders. The mechanisms are approved and implemented by every stakeholder including public agencies, local administrative organizations, the district and provincial Disaster Relief Committees, and farmers. The mechanisms have been embedded in regular jobs of the responsible public agencies since 2008. The initiative is, therefore, sustainable.

At present, the provincial offices recognize the initiative's accomplishment and promote to be the Best Practice in integrating drought prevention and mitigation. The initiative is then extended to other provinces to cope with drought in the areas through the function of their Disaster Relief Committee at district and provincial levels.

คำแปล :

รูปแบบของการป้องกันและบรรเทาภัยแล้งแบบบูรณาการ เป็นการทำงานอย่างผสมผสานของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2548 จนถึงปัจจุบัน การดำเนินงานในรูปแบบ 3 ประสาน เป็นการนำบทบาทหน้าที่ที่มีอยู่ในองค์กร มาเชื่อมโยงกับการปฏิบัติงานอย่างสอดคล้องกับสถานการณ์ความต้องการ และช่วงเวลา มีการเรียนรู้พัฒนาการบริหารจัดการน้ำ และจัดการระดับพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระบวนการทำงานเป็นที่ยอมรับของส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง เกษตรกรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จึงได้มีการเรียนรู้ร่วมกันในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาภัยแล้งในรูปแบบ 3 ประสาน จนทำให้ทุกส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับวิธีการทำงานจนเป็นงานประจำ ทำให้กระบวนการนี้ถูกฝังไว้ในระบบการดำเนินงานการป้องกัน

และบรรเทาภัยแล้งแบบบูรณาการซึ่งในปัจจุบันการดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวกลายเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2551 ปัจจุบันส่วนราชการระดับจังหวัดได้เห็นความสำคัญและนำไปตัวอย่าง Best Practice ในการบูรณาการการแก้ไขปัญหายากภัยแล้งในพื้นที่ ซึ่งจะดำเนินการขยายผลไปยังจังหวัดอื่น ๆ ต่อไป

9. What are the impact of your initiative and the lessons learned?

The key elements to success are the followings: (1) to understand the existing problems in the areas by inquiring stakeholders' needs and expectation to relevant public agencies; (2) to compile the updated information technologies along with the lessons learned to provide a reliable database for problem solving; (3) to create a participatory irrigation management system by arranging a series of community meetings to brainstorm and listen to farmers' recommendations, thus reaching a sustainable solution; (4) to learn past water management failures and farmers' needs in order to improve working procedures and optimally response to farmers' needs; (5) to cooperatively make a rotational water delivery schedule and water-taking rules between public irrigation staff and farmers, thus encouraging farmers to follow the schedule and rules; (6) to adopt a risk management concept by providing extra water resources for farming, thus ensuring water security for dry-season agriculture; (7) to apply the three-coherent task mechanisms that specify clear responsible parties in each task and urge relating public agencies, local administrative organizations, and farmers to work harmoniously; (8) to incorporate indigenous knowledge of local farmers in finding spare water resources and locating temporary dikes in the Yom River, thus acknowledging area expertise of marginalized farmers; and, (9) to be sincere in problem solving, persevere, and continue providing information to farmers, thus instilling a sense of sharing and water saving that leads to acting upon an agreement.

คำแปล :

ผู้ได้รับประโยชน์จากนวัตกรรม ดังนี้

1. ระดับบุคคลหรือองค์กร

1.1. ผู้รับบริการ (เกษตรกร)

1.1.1. เกษตรกรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการบริหารจัดการน้ำกับภาครัฐ

1.1.2. มีการแบ่งปันน้ำกันอย่างเป็นธรรม ทั่วถึง รวดเร็ว

1.1.3. ลดปัญหาการขัดแย้งและการร้องเรียน

1.1.4. ทำให้สามารถทำการเกษตรในฤดูแล้ง ทำให้มีผลผลิตเพิ่มขึ้นและรายได้เพิ่มขึ้น โดยสร้างโอกาสในการเพาะปลูกจาก 32,500 ไร่ เป็น 92,000 ไร่ คิดเป็นรายได้ที่เพิ่มขึ้น 302.054 ล้านบาท

1.1.5. ลดการเคลื่อนย้ายของแรงงานภาคการเกษตร

1.1.6. ทำให้เกิดความสามัคคีระหว่างเกษตรกรกับเกษตรกร เจ้าหน้าที่ชลประทาน และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.1.7. เกษตรกรเริ่มมีทัศนคติที่ดีต่อการการดำเนินงานของภาครัฐ

1.1.8. มีความพึงพอใจในการได้รับการติดตั้งเครื่องสูบน้ำมากขึ้น โดยลดระยะเวลาได้ถึง 40 วัน

1.2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.2.1. ได้รับความเชื่อมั่นจากเกษตรกรในพื้นที่

1.2.2. เก็บภาษีในพื้นที่ได้เพิ่มขึ้น

1.2.3. เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

1.3. ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง

1.3.1. ลดความขัดแย้งของสังคมในพื้นที่

1.3.2. สร้างโอกาสให้ประชาชนในการเสริมสร้างรายได้

1.3.3. มีการทำงานแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงาน

1.4. กรมชลประทาน

1.4.1. มีการบริการที่ดีขึ้นในขณะที่อัตรากำลังลดลงโดยในปี 2547 มีอัตรากำลัง 282 คน ปัจจุบันปี 2554 มีอัตรากำลังเพียง 166 คน สามารถประหยัดงบประมาณค่าเงินเดือนได้ปีละ 18.6 ล้านบาท

1.4.2. ประหยัดค่าซ่อมแซมและบำรุงรักษาระบบชลประทาน

1.4.3. ลดความขัดแย้งระหว่างเกษตรกรและเจ้าหน้าที่ชลประทาน

2. ระดับประเทศ

2.1. ลดความขัดแย้งของสังคมและชุมชน

2.2. เกษตรกรมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

2.3. ส่งออกสินค้าทางการเกษตรได้เพิ่มขึ้น

2.4. มีความมั่นคงด้านอาหารของประเทศ

3. ระดับโลก

3.1. มีความมั่นคงทางด้านอาหาร

บทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินงาน สามารถแยกเป็นหัวข้อได้ดังนี้

1. การเข้าใจถึงสภาพปัญหาที่แท้จริง ซึ่งได้มาจากการสอบถามความต้องการของเกษตรกร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง ต่อความคาดหวังในหน่วยงานภาครัฐ

2. การใช้ข้อมูลสารสนเทศที่เป็นปัจจุบัน และการเรียนรู้จากการดำเนินงานเพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาในพื้นที่
 3. การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการน้ำอย่างเป็นระบบ โดยการจัดเวทีประชาคมเพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากเกษตรกรผู้ใช้น้ำ เพื่อแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน และตรงต่อความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและเกษตรกรในพื้นที่
 4. ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องได้เรียนรู้ความต้องการของเกษตรกร และข้อผิดพลาดในอดีตของการบริหารจัดการน้ำในพื้นที่ ซึ่งนำมาสู่การพัฒนากระบวนการทำงานให้ตอบสนองต่อความต้องการของเกษตรกรในพื้นที่
 5. การร่วมกันจัดทำข้อตกลงในการใช้น้ำ และการจัดทำรอบเวรการส่งน้ำ
 6. การบริหารความเสี่ยงโดยการจัดหาแหล่งน้ำสำรองเพื่อการเพาะปลูก
 7. การใช้ระบบการทำงานรูปแบบ 3 ประสาน ทำให้เกิดการบูรณาการบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกษตรกร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อย่างสอดคล้องเชื่อมโยง จนประสบความสำเร็จและได้รับการยอมรับให้เป็นมาตรฐานในการทำงานการป้องกันและบรรเทาภัยแล้งแบบบูรณาการ
 8. การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการจัดหาแหล่งน้ำสำรองและการทำท่อนบชั่วคราวจากความชำนาญพื้นที่ของเกษตรกร เพื่อปิดกั้นลำน้ำแม่ยมและลำน้ำสาขา นอกจากนี้ ยังร่วมแรงร่วมใจ เสียสละแรงงานในการดำเนินการโดยไม่ต้องจัดทำงบประมาณด้านแรงงานแต่ประการใด
 9. การถ่ายทอดความรู้ และความตั้งใจในการแก้ไขปัญหาของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ความเพียรพยายามอย่างค่อยเป็นค่อยไป และการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการซึมซับจนยอมรับในกฎระเบียบและการปฏิบัติตามข้อตกลง เกิดการเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกัน การแบ่งปันน้ำและการใช้น้ำอย่างประหยัด
-

สาขา : Fostering participation in policy-making decisions through innovative mechanisms

ชื่อผลงาน : การบริหารจัดการชลประทานแบบมีส่วนร่วม โดยคณะกรรมการภาคประชาชนและองค์กร
ผู้ใช้น้ำ ของโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียว อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี
(Participatory Irrigation Management by Civil Society Committee and Water User
Organizations : The Kra Seaw Operation and Maintenance Office, Dan Chang District,
Suphan Buri Province, Thailand Management)

ชื่อหน่วยงาน : กรมชลประทาน

ปีที่ได้รับรางวัล : 2011

1) What was the situation before the initiative? (The problem)

Several factors had contributed to irrigation management frustration. Initially, the senses of ownership of the irrigation system among farmers were low since public irrigation staff failed to encourage public participation in every process of reservoir development, that is, planning, design, operation, maintenance, and monitoring. The public irrigation staff customarily held decision-making power on water allocation and distribution and maintenance needs and did not provide opportunities for farmers to share in the decision making. Farmers perceived the management of irrigation system as state-initiated and state-oriented without the benefit of providing better access to water since upstream farmers usually got surplus irrigation water, resulting in downstream farmers being left in need. The public irrigation staff was simply unable to provide irrigated water in a sufficient and timely manner creating further frustration. The diversification of public interest beyond farming activities, moreover, distracted them from participating in agricultural career.

Despite the best efforts and under detailed and demanding responsibilities, the Royal Irrigation Department (RID) generally struggled to achieve two of its missions, Le. allocating water to every stakeholder in the equitable and sufficient manner and promoting public participation process under water development projects and irrigation management. The specific problems faced by the RID were the following issues. The RID's manpower was continuously downsized according to the 2003 Good Governance Reform Royal Decree. The retired RID staff were minimal replaced. Thus, the number of civil servants and permanent employees of the RID remained only 6,000 (previously 9,000 persons) and 20,000 (previously 50,000 persons), respectively. Irrigation structures were destroyed by farmers because they lacked senses of ownership of the irrigation system. Farmers did not cooperate in water

operation and maintenance. Local politicians frequently interfered irrigation management. Irrigation management did not immediately respond to farmers' needs. There were no incentives for water saving, thus leading to water shortages and water fight among farmers.

A demonstration was organized by farmers whenever farmers faced water shortages. Farmers lacked understanding of their roles in irrigation management. Water decision-making by public irrigation staff did not completely serve the public needs. Farmers had no access to updated water information. Water conflicts were usually occurred among farmers as well as between farmers and public irrigation staff.

คำแปลโดยสรุป :

การจัดสรรน้ำให้แก่ผู้ใช้น้ำได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม เป็นหน้าที่หลักที่สำคัญของกรมชลประทาน ซึ่งมีแหล่งน้ำที่ต้องดูแลทั่วประเทศ ทำให้จำเป็นต้องมีบุคลากรปฏิบัติงานจำนวนมาก แต่จากการปฏิรูประบบราชการ กรมชลประทานมีนโยบายในการลดอัตรากำลังคน จึงส่งผลให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานลดลงในปี พ.ศ. 2546 จาก 9,000 คน เหลือ 6,000 คน และลูกจ้างจาก 50,000 คน เหลือ 20,000 คน ทำให้ขาดบุคลากรในการดูแลการชลประทานให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ที่สำคัญ โครงสร้างการบริหารชลประทานได้ล้มเหลวลงเนื่องจากประชาชนขาดความศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ชลประทาน โดยประชาชนผู้ใช้น้ำไม่มีสิทธิหรือโอกาสในการเข้าไปร่วมดูแล ตัดสินใจในการบริหารการใช้น้ำของโครงการ การจัดสรรน้ำอุทยานการเมืองท้องถิ่นแทรกแซงทำให้เกิดปัญหาในการแย่งน้ำระหว่างเกษตรกรด้วยกันเอง ประกอบกับชาวบ้านขาดจิตสำนึกของการเป็นเจ้าของ และความไม่เข้าใจในการบริหารจัดการส่งน้ำ การไม่ให้ความร่วมมือในการบำรุงรักษา การใช้น้ำอย่างไม่ประหยัด ความไม่เข้าใจกันระหว่างภาครัฐและเกษตรกรจนเกิดการชุมนุมร้องเรียนของเกษตรกรผู้ใช้น้ำ รวมถึงความขัดแย้งระหว่างเกษตรกรด้วยกันเอง

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น กรมชลประทานจึงได้มีแนวคิดในการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการน้ำในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเก็บกักน้ำไว้ใช้ จนกระทั่งแบ่งปันด้วยความเป็นธรรม และเป็นประโยชน์ต่อกลุ่มที่เกี่ยวข้อง มาใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยเริ่มต้นที่โครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียว อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี

2) What were the key benefits resulting from the initiative? (The solution)

The initiative provided tremendous benefits to various parties from an individual level to a global level, that is, farmers, RID, Thailand, and the ultimate world. At an individual level, farmers gained an understanding of water demand and supply in the areas, thus saving water for the next crop season. In 2009, farmers helped save water about 10 million m³ in the dryseason.

Farmers were able to do farming activities more than one time per year as well as to apply the crop diversification. Farmers' income grew from US\$3,900 per household/year to be US\$5,233 per household/year (US\$1 = 30 Thailand Baht). The yield of main crops in the area, i.e. rice and sugar cane, rose significantly. The rice yield of the first and second crops increased from 2,000 kg/acre to be 2,530 kg/acre and from 2,125 kg/acre to be 2,635 kg/acre, respectively. The sugar cane yield was 25 ton/acre and then turned to be 35.4 ton/acre after implementing the initiative. The plot preparation of tail-end farmers was reduced from six weeks to be four weeks because the initiative made the irrigated water flow faster through the end of a canal. The water conflicts between farmers and farmers and between farmers and public irrigation staff were dramatically decreased. Farmers were able to resume their relationships in the community. Farmers got great satisfaction in water service delivery supported by the initiative because they received water in a sufficient and timely manner. Finally, the initiative was a forum to devolve the water management decision-making to farmers, either through representatives or committee bodies, thus reinforcing the democratic society.

The initiative also assisted the RID in better maintaining the irrigation structures although its manpower was continuously downsized according to the 2003 Good Governance Reform Royal Decree. The manpower of the Kra Seaw Operation and Maintenance Office, for example, was 110 and 58 persons in 2001 and 2010, respectively. This helped save the salary about US\$312,000 per year. The annual budget for canal and ditch maintenance was considerably saved US\$53,333. The service satisfaction evaluated by farmers in the areas soared to 90% in the year 2008. The initiative helped the Kra Seaw Operation and Maintenance Office completely serve at least 6,740 farmers under the irrigation areas of 52,000 acres. The saving water allowed the Kra Seaw Operation and Maintenance Office to further supply water for domestic use of farmers outside of the irrigation areas of 28,000 acres during wet and dry seasons.

At the national level, the initiative led to ease water conflicts in Thai society. The increase of farmers' income helped alleviate the standard of living of farmers. This helped maintain agricultural careers, which accounted for 34% of the country, conserved the irrigation areas, and enhanced the food and energy security of the nation. The agricultural export served as one of the main contribution of the GOP.

At the global level, the initiative promoted the food security of the world. The security was built on the food availability and food access through the Thai agricultural export.

คำแปลโดยสรุป :

การจัดการระบบของกรมชลประทานที่ไม่มีประสิทธิภาพในด้านการแบ่งสรรน้ำที่ไม่เท่าเทียมกันและกำลังคนที่ลดลง ส่งผลให้กรมชลประทานมีแนวคิดที่จะพัฒนาการจัดการระบบชลประทานให้ดีขึ้น โดยเริ่มจากการร่วมมือกับเกษตรกรในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ลักษณะของการมีส่วนร่วมในการจัดการชลประทาน (PIM) คือ การจัดตั้งกลุ่มผู้ใช้น้ำชลประทานตามท้องน้ำแฉกส่งน้ำต่าง ๆ ไปให้ครอบคลุมพื้นที่ รวมกลุ่มผู้ใช้น้ำชลประทานหลาย ๆ กลุ่มในคลองซอย หรือคลองแยกของซอยเดียวกัน โดยยกระดับเป็นกลุ่มบริหารการใช้น้ำชลประทาน จัดตั้งอาสาสมัครชลประทานเพื่อทำหน้าที่ประสานงานระหว่างองค์กรผู้ใช้น้ำชลประทานกับโครงการชลประทานในการส่งน้ำและบำรุงรักษา ร่วมกันบริหารจัดการน้ำระดับโครงการฯ ตั้งแต่อ่างเก็บน้ำจนถึงระบบส่งน้ำ ระดับคลองส่งน้ำเพื่อนำไปสู่ระบบแปลงนา โดยมีสำนักงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมสาธารณะเป็นผู้รับผิดชอบ พร้อมกับการฝึกฝนและพัฒนาเจ้าหน้าที่ชลประทานไปพร้อม ๆ กัน อีกทั้งยังมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อนำไปใช้ในโครงการด้วย ซึ่งโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียวมีผู้ร่วมโครงการทั้งหมด 4 ฝ่าย คือ ผู้บริหารของกรมชลประทาน สำนักงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมสาธารณะ สำนักงานดูแลรักษากระเสียวและผู้ใช้น้ำ โดยผู้ใช้น้ำที่อ่างเก็บน้ำกระเสียว ประกอบด้วย เกษตรกรทั้งหมด 6,740 คน รวมถึงองค์กรโรงงานน้ำตาล และโรงงานเอทานอล

โครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียว เป็นโครงการที่ดำเนินการเพื่อร่วมกันสร้างและพัฒนาเครือข่ายของผู้ใช้น้ำภายในโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการจัดการชลประทาน (JMC) ร่วมกันประชุมและศึกษาเพื่อการพัฒนา โดยมีกฎของผู้ใช้น้ำ คือ ต้องเข้ามาร่วมมือและเป็นสมาชิกกลุ่มเกษตรกรองค์กรผู้ใช้น้ำ และ JMC เพื่อทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการภาคประชาชน มีหน้าที่ตัดสินใจในการบริหารจัดการชลประทาน ให้องค์กรส่วนท้องถิ่นเป็นตัวแทนในการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงการจัดสรรงบประมาณ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดการชลประทานระหว่างเจ้าหน้าที่และเกษตรกร โดยมีการวางแผนกลยุทธ์จัดตั้งสำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน พัฒนาบุคลากรและเครือข่ายการปฏิบัติงานการมีส่วนร่วม พัฒนาทักษะอาสาสมัครชลประทาน ในการผลิตสื่อและเอกสารต่าง ๆ เช่น คู่มือ หนังสือ วิดีทัศน์ แผ่นพับ และโปสเตอร์ เป็นต้น คัดเลือกสถาบันเกษตรกรผู้ใช้น้ำชลประทานดีเด่น และให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถาบันเกษตรกรผู้ใช้น้ำชลประทานมากขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจในกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน และใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนในการปฏิบัติงานของบุคลากรในกรมชลประทาน เกษตรกรผู้ใช้น้ำและประชาชนทั่วไป

นอกจากนี้ สำนักงานดูแลรักษาโครงการกระเสียว ยังจัดให้มีการมอบรางวัลกับองค์กรผู้ใช้น้ำ (วิธีการจัดการน้ำ) ที่มีความโดดเด่นในระดับภูมิภาคและระดับชาติ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 การจัดการแหล่งน้ำจากคลองชลประทานของคณะกรรมการบริหารร่วมกันของกรมชลประทาน (JMC) ระดับที่ 2 การจัดการแหล่งน้ำจากคลองชลประทานของกลุ่มผู้ใช้น้ำ และระดับที่ 3 การจัดการแหล่งน้ำจากคลองชลประทานของกลุ่มผู้ใช้น้ำทุกคนที่ได้รับสิทธิในการจัดสรรน้ำ

3) Who proposed the solution, who implemented it and who were the stakeholders?

There were four key players contributed to the design and implementation of the initiative. Four key players included the RID's executives, the Office of Public Participatory Promotion, the Kra Seaw Operation and Maintenance Office, and water users. The water users at the Kra Seaw Reservoir were comprised of 6,740 farmers, including a district waterworks authority, a sugar factory, and an ethanol factory.

The RID had long faced the struggle with irrigation management. The struggle caused continuous conflicts between public irrigation staff and water users because the sole water management decision-making hold by the public staff did not deliver water in a sufficient and timely manner. The RID's executives then specified a strategic plan regarding the initiative so called participatory irrigation management (PIM), allocated budgets, and identified a key performance indicator, the percentage of established water user organizations in an irrigation area, to monitor the initiative. The Office of Public Participatory Promotion was responsible for implementing the initiative, preparing the PIM manuals and guidelines, developing the PIM facilitators, arranging relevant training sessions for related public irrigation staff, and allocating budgets for implementation and monitoring. The responsibilities of the Kra Seaw Operation and Maintenance Office involved establishing and developing water user organizations and Joint Management Committee for Irrigation (JMC), selecting irrigation volunteers, and facilitating the meetings, training sessions, and study tours for farmers. The roles of water users were: to be engaged in establishing and being committee members of water user organizations and JMC; to serve as irrigation volunteers; to attend the capacity building sessions provided by public irrigation staff; and, to collaborate in water sharing and maintaining irrigation structures.

คำแปลโดยสรุป :

โครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียว อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี มีพื้นที่ชลประทานในการดูแลกว่า 130,000 ไร่ และมีลำห้วยกระเสียว เป็นแหล่งน้ำที่สำคัญของชาวบ้านหลายร้อยชีวิต และเป็นแหล่งพึ่งพาทางการเกษตร ซึ่งหลายสิบปีที่ผ่านมา การบริหารจัดการน้ำมีการประสบปัญหาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะความขัดแย้งที่เกิดขึ้นระหว่างกรมชลประทานกับชาวบ้าน และเกษตรกรด้วยตนเอง ดังนั้น กรมชลประทานจึงนำหลักการ “การมีส่วนร่วมของประชาชน” เข้ามาบริหารจัดการชลประทาน โดยให้ภาคประชาชนและภาคองค์กรผู้ใช้น้ำเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งการร่วมคิดและเสนอความเห็น ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์ และร่วมติดตามผลในทุกขั้นตอนของการส่งน้ำ ด้วยรูปแบบการจัดตั้ง “คณะกรรมการจัดการชลประทาน” (Joint Management Committee for Irrigation: JMC) ซึ่งเป็น

คณะกรรมการภาคประชาชน ที่ประกอบด้วยผู้แทนจาก 4 ส่วน คือ กลุ่มเกษตรกร องค์กรผู้ใช้น้ำ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่กรมชลประทาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยเกษตรอำเภอ การประปาส่วนท้องถิ่น และบริษัทเอกชน คณะกรรมการฯ ที่จัดตั้งขึ้นมีหน้าที่ตัดสินใจในการบริหารจัดการชลประทาน ดังนี้

1. พิจารณากำหนดความเหมาะสมในการบริหารจัดการน้ำในอ่างเก็บน้ำกระเสียวจนถึงแปลงนา ในแต่ละฤดูกาล เพื่อแพร่กระจายน้ำตรงต่อความต้องการของเกษตรกรเป็นไปอย่างทั่วถึง เป็นธรรม และประหยัด อันได้แก่ การกำหนดฤดูกาลส่งน้ำแผนการปิด-เปิดน้ำ วิธีการส่งน้ำ เป็นต้น

2. การบำรุงรักษาระบบชลประทาน อันได้แก่ การกำหนดปฏิทินการบำรุงรักษา วิธีการบำรุงรักษา แผนการบำรุงรักษาและการประชาสัมพันธ์

3. การดำเนินกิจกรรมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดประโยชน์จากน้ำชลประทานมีผลสูงสุด

รูปแบบการบริหารจัดการน้ำแบบประชาชนมีส่วนร่วม ของโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียว ก่อให้เกิดประโยชน์ในทุกระดับ โดยเฉพาะเกษตรกรและผู้ใช้น้ำต่าง ๆ อาทิ

- ในปี พ.ศ. 2552 เกษตรกรสามารถลดปริมาณการใช้น้ำลงไปได้ 10 ล้านลูกบาศก์เมตร และในหน้าแล้งยังสามารถทำการเกษตรได้มากกว่า 1 ครั้งต่อปี นอกจากนี้ ยังสามารถปลูกพืชได้หลายชนิด ทำให้เกษตรกรมีรายได้เพิ่มมากขึ้นจากเดิมปีละ 117,000 บาท เป็น 156,990 บาท และยังเพิ่มผลผลิตของข้าวและอ้อยจาก 2,000 กิโลกรัม/ไร่ เป็น 2,530 กิโลกรัม/ไร่ และ จาก 2,125 กิโลกรัมต่อไร่ เป็น 2,635 กิโลกรัมต่อไร่ตามลำดับ ส่วนอ้อยได้เพิ่มขึ้นจาก 25 ตัน/เอเคอร์ เป็น 35.4 ตัน/เอเคอร์ เกษตรกรสามารถลดเวลาการเตรียมแปลงเกษตรจาก 6 สัปดาห์เหลือเพียง 4 สัปดาห์ เพราะการทำชลประทานที่รวดเร็วขึ้น ซึ่งมาจากการลดความขัดแย้งในการใช้น้ำระหว่างเกษตรกรและเกษตรกร เกษตรกรและกรมชลประทาน เกษตรกรมีความพึงพอใจ และสามารถบริหารจัดการน้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- จำนวนเจ้าหน้าที่ของสำนักงานดูแลรักษาโครงการกระเสียวที่มี 110 คนในปี พ.ศ. 2544 และ 58 คน ในปี พ.ศ. 2553 ทำให้กรมชลประทานสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในส่วนของเงินเดือนลงได้ถึง 9,360,000 บาท และประหยัดงบประมาณประจำปีในการดูแลรักษาคลองได้ 1,599,990 บาท

- ช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในชุมชน และสามารถเพิ่มรายได้ รวมถึงความเป็นอยู่ที่ดีให้กับเกษตรกรที่มีจำนวนร้อยละ 34 ของประเทศไทย อีกทั้งช่วยสร้างความมั่นคงด้านอาหารด้วย

4) What were the strategies used to implement the initiative?

Two common problems of the RID were poorly maintained irrigation systems, thus providing low efficiency and inequitable water allocation. In addition, the RID's manpower was continuously decreased due to the 2003 Good Governance Reform Royal Decree. The RID then tried to seek cooperation from farmers in operation and maintenance to ease difficulties in irrigation management. The initiative served as a forum to exchange water information and concerns between farmers and public irrigation staff.

The RID characterized PIM as the involvement of both water user organizations and local administrative organizations in planning, making decisions in irrigation management and operation, receiving benefits, and monitoring at all levels of an irrigation system including a reservoir or water resource, irrigation canals (Le. primary, secondary, and tertiary canals), and on-farm irrigation system (Le. ditch). The water user organizations and JMC got involved in irrigation co-management while local administrative organizations were target agencies to be transferred the ownership of a small irrigation project situated within their areas. The local administrative organizations assisted in allocating maintenance budgets.

The implementation strategies used by the RID included: proclaiming the PIM policy to relevant agencies by the RID's Director General; incorporating PIM into the Department's Strategic Plan; establishing the Office of Public Participatory Promotion; specifying a key performance indicator to evaluate the implementation; and, allocating budgets for public participation process. The attitude of public irrigation staff regarding PIM implementation was crucial for success. Therefore, the Office of Public Participatory Promotion mainly dealt with building a PIM understanding and developing skills among public irrigation staff and farmers. The approaches to building a PIM understanding and developing skills consisted of: arranging the training sessions, workshops, seminars, and study tours; preparing PIM manuals and guidelines, pamphlets, posters, and videos; and, organizing PIM network. Awarding an outstanding water user organization at regional and national levels was a means to stimulate incorporation of the initiative.

The Kra Seaw Operation and Maintenance Office was a principal agency to implement the initiative in the field. There were three approaches of water management in the field planned by the Kra Seaw Operation and Maintenance Office. Level 1, water management at a reservoir or water resource, the JMC assisted in managing water from the reservoir to irrigation canals. Level 2, water management at an irrigation canal, water was administered within each irrigation canal by an integrated water user group. Level 3, water management at a ditch, a water user group held the right to allocate water to every plot.

คำแปลโดยสรุป :

การจัดการระบบของกรมชลประทานที่ไม่มีประสิทธิภาพในด้านการแบ่งสรรน้ำที่ไม่เท่าเทียมกันและกำลังคนที่ลดลง ส่งผลให้กรมชลประทานมีแนวคิดที่จะพัฒนาการจัดการระบบชลประทานให้ดีขึ้น โดยเริ่มจากการร่วมมือกับเกษตรกรในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน ลักษณะของการมีส่วนร่วมการจัดการชลประทาน (PIM) คือ การจัดตั้งกลุ่มผู้ใช้น้ำชลประทานตามท่อส่งน้ำแยกส่งน้ำต่าง ๆ ให้ครอบคลุมพื้นที่ รวมกลุ่มผู้ใช้น้ำ

ชลประทานหลาย ๆ กลุ่มในคลองซอย หรือคลองแยกซอยเดียวกัน โดยยกระดับเป็นกลุ่มบริหารการใช้น้ำชลประทาน จัดตั้งอาสาสมัครชลประทานเพื่อทำหน้าที่ประสานงานระหว่างองค์กรผู้ใช้น้ำชลประทานกับโครงการชลประทานในการส่งน้ำและบำรุงรักษา ร่วมกันบริหารจัดการน้ำระดับโครงการฯ ตั้งแต่อ่างเก็บน้ำจนถึงระบบส่งน้ำ ระดับคลองส่งน้ำเพื่อนำไปสู่ระบบแปลงนา โดยมีสำนักงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมสาธารณะเป็นผู้รับผิดชอบ พร้อมกับการฝึกฝนและพัฒนาเจ้าหน้าที่ชลประทานไปพร้อม ๆ กัน อีกทั้งยังมีการจัดสรรงบประมาณเพื่อนำไปใช้ในโครงการด้วย ซึ่งโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียวมีผู้ร่วมโครงการรวมทั้งหมด 4 ฝ่าย คือ ผู้บริหารของกรมชลประทาน สำนักงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมสาธารณะ สำนักงานดูแลรักษากระเสียวและผู้ใช้น้ำ โดยผู้ใช้น้ำที่อ่างเก็บน้ำกระเสียว ประกอบด้วย เกษตรกรทั้งหมด 6,740 คน รวมถึงองค์กรโรงงานน้ำตาล และโรงงานเอทานอล

โครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียว เป็นโครงการที่ดำเนินการเพื่อร่วมกันสร้างและพัฒนาเครือข่ายของผู้ใช้น้ำภายในโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ ภายใต้การบริหารจัดการของคณะกรรมการจัดการชลประทาน (JMC) ร่วมกันประชุมและศึกษาเพื่อการพัฒนา โดยมีกฎของผู้ใช้น้ำ คือ ต้องเข้ามาร่วมมือและเป็นสมาชิกกลุ่มเกษตรกรองค์กรผู้ใช้น้ำ และ JMC เพื่อทำหน้าที่เป็นคณะกรรมการภาคประชาชน มีหน้าที่ตัดสินใจในการบริหารจัดการชลประทาน ให้องค์กรส่วนท้องถิ่นเป็นตัวแทนในการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน รวมถึงการจัดสรรงบประมาณ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการจัดการชลประทานระหว่างเจ้าหน้าที่และเกษตรกร โดยมีการวางแผนกลยุทธ์จัดตั้งสำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน พัฒนาบุคลากรและเครือข่ายการปฏิบัติงานการมีส่วนร่วม พัฒนาทักษะอาสาสมัครชลประทาน ในการผลิตสื่อและเอกสารต่าง ๆ เช่น คู่มือ หนังสือ วิดีทัศน์ แผ่นพับ และโปสเตอร์ เป็นต้น คัดเลือกสถาบันเกษตรกรผู้ใช้น้ำชลประทานดีเด่น และให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสถาบันเกษตรกรผู้ใช้น้ำชลประทานมากขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจในกระบวนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน และใช้เป็นเครื่องมือสนับสนุนในการปฏิบัติงานของบุคลากรกรมชลประทาน เกษตรกรผู้ใช้น้ำและประชาชนทั่วไป

นอกจากนี้ สำนักงานดูแลรักษาโครงการกระเสียว ยังจัดให้มีการมอบรางวัลกับองค์กรผู้ใช้น้ำ (วิธีการจัดการน้ำ) ที่มีความโดดเด่นในระดับภูมิภาคและระดับชาติ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 การจัดการแหล่งน้ำจากคลองชลประทานของคณะกรรมการบริหารร่วมกันของกรมชลประทาน (JMC) ระดับที่ 2 การจัดการแหล่งน้ำจากคลองชลประทานของกลุ่มผู้ใช้น้ำ และระดับที่ 3 การจัดการแหล่งน้ำจากคลองชลประทานของกลุ่มผู้ใช้น้ำทุกคนที่ได้รับสิทธิในการจัดสรรน้ำ

5) What were the key development and implementation steps and the chronology?

The key development of the initiative was the establishment of water user organizations, JMC, and irrigation volunteers. This helped identify clear responsible persons at every level of an irrigation system. It should be noted that each development came separately based on the action learning.

At a ditch level, a water user group, which was a fundamental group of water user organizations, was organized to allocate water in a ditch, but area covered should be less than 400 acres. The administrative structure was comprised of an elected chief and members who use irrigated water from the same ditch.

At a canal level, an integrated water user group was united from several water user groups that used water from the same canal. It may take responsibility of a primary, secondary, or tertiary canal, but the area should be covered less than 8,000 acres. The administration was in a form of elected committee to manage irrigated water in a canal.

At a reservoir or water resource level, the JMC was responsible for reaching a mutual agreement on water allocation and delivery plan in each crop season. The JMC was made up of representatives from four sectors including water user organizations, local administrative organizations, the Kra Seaw Operation and Maintenance Office, and relevant public and private agencies.

An irrigation volunteer acted as a coordinator between the public irrigation staff and farmers regarding irrigation management. The volunteer was a farmer being a member of an integrated water user group. The coverage area of one volunteer was 1,000 - 1,200 acres. The Office of Public Participatory Promotion provided a training session for the elected volunteers before start working.

The implementation steps involved: first, to establish water user groups at every ditch all over the irrigation areas; second, to unite water user groups under the same primary or secondary canals to be integrated water user groups throughout the areas; third, to develop irrigation volunteers covering the irrigation areas; and, fourth, to organize the JMC who held absolute power to make final decision-making about irrigation management at the Kra Seaw Reservoir. During the year 2000 - 2001, the Kra Seaw Operation and Maintenance Office first established 278 water user groups throughout and provided a series of training sessions for farmers to introduce fundamental irrigation system, PIM concepts, and roles and responsibilities of relevant parties. After each water user group had a chance to practice working as a group, they were united to be nine integrated water user groups to manage water of the primary or secondary canals in 2002. Thus far, there were 29 irrigation volunteers in the irrigation areas of the Kra Seaw Reservoir. The JMC at the Kra Seaw Reservoir was organized in 2006. There were 51 committee members consisting of 29 representatives from integrated water user groups, 11 representatives from local administrative organizations, four representatives from the Kra Seaw Operation and

Maintenance Office, and seven representatives from relevant public and private agencies, including four district agricultural offices, a district waterworks authority, and two factories.

คำแปลโดยสรุป :

ปัจจัยสำคัญในการเริ่มต้นของการพัฒนาโครงการระบบชลประทานขององค์กรผู้ใช้น้ำคณะกรรมการจัดการชลประทาน (JMC) และอาสาสมัครชลประทาน คือ การแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนโดยให้อยู่บนพื้นฐานของการเรียนรู้ในการปฏิบัติงาน เช่น ในระดับคลองที่มีพื้นที่อย่างน้อย 400 เอเคอร์ ควรจะมีการบริหารจัดการและจัดสรรน้ำอย่างเป็นรูปธรรม โดยการจัดตั้งหัวหน้าและเกษตรกรผู้ร่วมใช้น้ำว่ามีการใช้ปริมาณน้ำอย่างไร เป็นต้น

คณะกรรมการจัดการชลประทาน (JMC) ได้ร่วมกันดูแลระดับน้ำและทรัพยากรในอ่างเก็บน้ำ โดยทำการวางแผนและจัดสรรน้ำ เพื่อใช้ในการทำเกษตรกรรมในฤดูต่าง ๆ ซึ่งมีอาสาสมัครที่เป็นเกษตรกรสมาชิกของกลุ่มผู้ใช้น้ำร่วมกัน ในพื้นที่ 1,000-2,000 เอเคอร์ ที่ได้รับการแต่งตั้ง ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ชลประทานให้ประชาชนและเกษตรกรเกี่ยวกับการจัดการน้ำชลประทาน

การปฏิบัติงานของโครงการ เริ่มจากการจัดตั้งกลุ่มผู้ใช้น้ำคลองในทุกพื้นที่และทำการรวมกลุ่มการใช้รูปแบบบูรณาการ โดยมีกรมชลประทานและอาสาสมัครเป็นผู้ร่วมดำเนินการ ซึ่งจะมีคณะกรรมการจัดการชลประทาน (JMC) เป็นผู้ตัดสินใจในการบริหารน้ำของเกษตรกร โดยในปี พ.ศ. 2543-2544 มีสำนักงานการบำรุงรักษากลุ่มผู้ใช้น้ำทั้งหมด 278 กลุ่ม มารับการฝึกอบรมตามแนวความคิดของการมีส่วนร่วมการจัดการชลประทาน (PIM) เพื่อให้เกิดการใช้น้ำอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 ได้มีการจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครทั้งหมด 29 กลุ่มอยู่ในโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียว และในปีต่อมาได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการทั้งหมด 51 คน ซึ่งมาจากตัวแทนจากกลุ่มผู้ใช้น้ำ 29 คน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลเทศบาลในพื้นที่รวม 11 คน ตัวแทนจากโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียว 4 คน และตัวแทนจากภาครัฐและเอกชน 7 คน ได้แก่ เกษตรอำเภอ 4 คน การประปาอำเภอด่านช้าง และตัวแทนจาก 2 โรงงาน มาดำเนินงานในโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียว

6) What were the main obstacles encountered? How were they overcome?

Five main obstacles were encountered during the implementation of the initiative. First, the public irrigation staff resisted implementing the initiative because they did not want to lose their sole power in water management decision-making. The RID arranged a series of training sessions to make the staff understand the PIM concepts and approaches. This helped change the staff's attitude. The RID also identified a key performance indicator to monitor the initiative implementation.

Second, farmers, as well, did not understand the PIM concepts and refuse to collaborate on the initiative. The Kra Seaw Operation and Maintenance Office continuously provided seminars and training sessions for farmers including PIM concepts, technical skills in

irrigation, administrative skills, and organic farming. However, the key success was the sincerity, determination, and continuity of the staff of the Kra Seaw Operation and Maintenance Office who worked closely with farmers during the implementation period.

Third, local administrative organizations did not collaborate on allocating maintenance budgets of the transferred irrigation projects. The RID continually provided the regional workshops to make clear about the budget source and how to use the budgets.

Fourth, the public irrigation staff lacked public participation skills. They were therefore reluctant to incorporate the initiative. The RID together with a non-government agency initiated a series of capacity development sessions to create the new spirit of public service among public irrigation staff. The entire capacity development for the staff took three years. The first year training constituted two, 5-day workshops. Each workshop was limited to 25 participants. The training was to introduce the concept and skills needed to be an effective facilitator of meaningful public participation activities. Only qualified participants moved on to the second year training. The second year training blended the best arts of finding oneself and living with others from western and oriental doctrines. It contained four consequent courses as follows: (1) Enneagram: nine basic personality types of human nature and their complex interrelationships; (2) tasks, power of groups, and happiness; (3) leadership that stressed power of water user organizations; and, (4) restorative conflict resolution mechanisms in a public meeting with water user organizations. Each course lasted about four days. The third year training focused on developing skills of being a facilitator. Each course was carefully designed for 30 participants from the second year training. The training comprised four sequential courses: be ginning facilitator for PIM; (2) intermediate facilitator for PIM; (3) advanced facilitator for PIM; and, (4) relaxation and consciousness building that helped generate management skills in a public meeting. Each course took about four days. The capacity development efforts had been periodically revised on trial and error basis.

Fifth, the areas of implementation were large. Thus it was hard to complete the initiative in a short period. The Office of Public Participatory Promotion in collaboration with the Kra Seaw Operation and Maintenance Office clearly specified an implementation plan and evaluated it regularly. The RID'S executives acknowledged the importance of the initiative and continually allocated budgets for this purpose.

คำแปลโดยสรุป:

การดำเนินงานโครงการส่งน้ำและบำรุงรักษากระเสียว พบว่ามีอุปสรรคที่สำคัญดังนี้

1. ทศนคติของเจ้าหน้าที่กรมชลประทาน ไม่ยอมปรับเปลี่ยนในการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการน้ำ ดังนั้น กรมชลประทานได้แก้ไขโดยจัดการฝึกอบรมตามแนวคิดของการมีส่วนร่วมในการจัดการชลประทาน (PIM) เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานและกำหนดตัวชี้วัดในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

2. เกษตรกรไม่เข้าใจและไม่ยอมรับรูปแบบการดำเนินงานแบบใหม่ จึงต้องสร้างให้เกษตรกรเข้าใจในแนวคิดของการมีส่วนร่วมในการจัดการชลประทาน (PIM) ด้วยการฝึกอบรมในเรื่องเทคนิคการบริหารจัดการน้ำและเกษตรอินทรีย์แก่เกษตรกร ซึ่งส่งผลให้เจ้าหน้าที่เกิดความใกล้ชิดกับเกษตรกรมากขึ้นด้วย

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้ทำงานร่วมกันในการจัดสรรงบประมาณ ดังนั้น กรมชลประทานจึงได้จัดให้มีการอบรมในระดับภูมิภาคอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งที่มาของงบประมาณและวิธีการใช้งบประมาณที่ถูกต้อง

4. เกษตรกรขาดทักษะและความเข้าใจในการมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการน้ำ จึงเกิดความลังเลในการร่วมมือกัน ดังนั้น กรมชลประทานจึงได้จัดหลักสูตรฝึกอบรม 3 ปี ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

- อบรมเชิงปฏิบัติการ 5 วัน กลุ่มละ 25 คน เกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของการจัดการและผู้ผ่านการอบรมในขั้นแรกจึงจะมีสิทธิ์ไปอบรมต่อไป

- อบรมตามหลักของการช่วยเหลือตนเองและการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นตามหลักทางตะวันตกและตะวันออก โดยแบ่งออกเป็น 4 หัวข้อ คือ บุคลิกขั้นพื้นฐานของธรรมชาติและความสัมพันธ์มนุษย์ ภาวะของการเป็นผู้นำ อำนาจต่อรองในการปฏิบัติงานและกลไกการแก้ปัญหาความขัดแย้ง ซึ่งจะใช้เวลาในการอบรม 4 วัน

- อบรมการพัฒนาทักษะการเป็นผู้อำนวยความสะดวก จากผู้ผ่านอบรมในปีที่ 2 จำนวน 30 คน ซึ่งประกอบด้วยหลักสูตรการมีส่วนร่วมในการจัดการชลประทาน (PIM) ซึ่งประกอบด้วย หลักสูตรเริ่มต้น หลักสูตรชั้นกลาง หลักสูตรชั้นสูงและหลักสูตรการสร้างจิตสำนึกที่ช่วยสร้างทักษะการบริหารจัดการในการประชุมสาธารณะ โดยใช้เวลาในการอบรมทั้งหมด 4 วัน

5. เนื่องจากพื้นที่ของการดำเนินงานมีขนาดใหญ่ จึงเป็นเรื่องยากที่โครงการจะสำเร็จในระยะเวลานานสั้น ดังนั้น สำนักงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนได้กำหนดแผนการปฏิบัติงานและประเมินผลขึ้นมา พร้อมกับทำการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและสมบูรณ์

7) What resources were used for the initiative?

The RID supported the initiative by using its regular budget. The budget for establishing a water user group was US\$116 per group or US\$32,248 for 278 water user groups under the initiative. The establishment of an integrated water user group was

budgeted US\$1,333 or US\$11,997 for nine integrated water user groups under the initiative. The allotted budget for JMC establishment was US\$1,723. The annual budget was approximately allocated US\$11,200 for strengthening the initiative. The activities that helped strengthen the initiative comprised meetings, training sessions, and study tours. The RID, moreover, provided a monthly allowance of US\$40 for an irrigation volunteer.

Awarding an outstanding water user organization at regional and national levels was a means to stimulate incorporation of the initiative.

The attitude of public irrigation staff was vital for success of the initiative. Therefore, the Office of Public Participatory Promotion was responsible for building a PIM understanding and developing skills among public irrigation staff. The approaches to building a PIM understanding and developing skills consisted of: arranging the training sessions, workshops, seminars, and study tours; preparing PIM manuals and guidelines, pamphlets, posters, and videos; and, organizing PIM network. Farmers in the irrigation areas attended a number of training sessions and study tours provided by staff at the Kra Seaw Operation and Maintenance Office.

คำแปลโดยสรุป :

กรมชลประทานได้จัดสรรงบประมาณเบื้องต้น ในการจัดตั้งกลุ่มผู้ใช้น้ำ จำนวน 3,480 บาทต่อกลุ่ม กลุ่มผู้ใช้น้ำ 278 หน่วย จำนวน 967,440 บาท สถานประกอบการของกลุ่มผู้ใช้น้ำแบบบูรณาการ จำนวน 39,990 บาท กลุ่มผู้ใช้น้ำแบบบูรณาการ 9 จำนวน 359,910 บาท การจัดตั้งคณะกรรมการบริหารร่วมกันของ กรมชลประทาน (JMC) จำนวน 51,690 บาท การจัดกิจกรรมฝึกอบรมและทัศนศึกษาของกรมชลประทาน จำนวน 336,000 บาท และเงินเดือนของอาสาสมัครจำนวน 1,200 บาท

ผู้บริหารของกรมชลประทานได้มีการกำหนดกลยุทธ์และจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงาน รวมถึงกำหนดตัวชี้วัดและเปอร์เซ็นต์ขององค์กรผู้ใช้น้ำของกรมชลประทานเพื่อเป็นการประเมินการปฏิบัติงานขององค์กรผู้ใช้ระดับภูมิภาคและระดับชาติ

ในเบื้องต้นการปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่ชลประทานเป็นสิ่งแรกที่ควรทำ โดยมอบหมายให้สำนักงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมสาธารณะเป็นผู้รับผิดชอบสำหรับการสร้างความเข้าใจในเรื่องการมีส่วนร่วมการจัดการชลประทาน (PIM) ผ่านการฝึกอบรมและทัศนศึกษาเชิงสัมมนา การจัดเตรียมคู่มือและแนวทางปฏิบัติ การมีส่วนร่วมการจัดการชลประทาน (PIM) ผ่านพบ โปสเตอร์ วิทยุ และจัดทำเครือข่ายการมีส่วนร่วมการจัดการชลประทาน (PIM) โดยให้เกษตรกรในพื้นที่เข้าร่วมด้วย

8) Is the initiative sustainable and transferable?

The initiative is definitely sustainable. Due to the population increase, the water demand of every sector has escalated and caused water fight among water users. The RID acknowledges the essence of water by clearly stating its missions, that is, allocating water to every stakeholder in the equitable and sufficient manner and promoting public participation process under water development projects and irrigation management. The initiative has incorporated in a strategic plan, thereby gaining a budget allocation since 2004. Moreover, the sustainable water management is practical because the final water management decision-making is based on a mutual agreement between every stakeholder. As of September 2009, there were 43,048 water user groups, 1,319 integrated water user groups, 35 water user associations, 45 water user cooperatives, 23 JMCs, and 1,057 irrigation volunteers throughout the country. The water user organizations established thus far cover approximately 54% of the entire irrigated areas of the nation and are associated with 829,563 members. The ultimate goal of the RID is to establish water user organizations and JMCs all over the irrigated areas, 9.6 million acres.

The establishment of the water user organizations and JMCs runs on a voluntary basis. The duty of public irrigation staff is to present possible benefits of the establishment. However, the final decision depends on farmers' readiness and consent. Once farmers agree to establish a water user organization or JMC, the public irrigation staff merely provide guidelines for the formation of those organizations. The chief or president and every member in those organizations are responsible for setting their own rules based on topographical, economic, and social constraints in each area. The number of members can vary from ten persons in a water user group up to more than 30,000 in a water user association or water user cooperatives. The coverage area ranges from less than 400 acres in a water user group to more than 48,000 acres in a water user association or water user cooperatives. A water fee to cover the expenses of operation and maintenance and organization administration is optional for a water user organization, but if such a fee is to be charged it must be based on mutual agreement of members. For example, a number of water user organizations set a one-time membership fee from US\$0.67 - 6.67 per member. A water user organization in northern Thailand acquires rice (about 19 kglacrelyear) from members as a water fee. Or, a number of water user organizations do not collect water fees, but sharing a maintenance cost on a case by case basis.

These flexible approaches applied by the RID make the initiative transferable to every topographical, financial, social and economic, cultural, environmental, institutional, and regulatory circumstance. The approaches also boost farmers' commitment which inspires a sense of ownership in the established water user organizations and JMCs, thus encouraging farmers to participate in activities of the organizations.

คำแปลโดยสรุป :

ประชากรที่เพิ่มขึ้นทำให้ความต้องการใช้น้ำของทุกภาคส่วนเพิ่มมากขึ้นด้วย ดังนั้น กรมชลประทาน จึงริเริ่มโครงการพัฒนาการจัดการน้ำและการชลประทานอย่างยั่งยืน โดยกำหนดเป็นภารกิจหลักในการจัดสรรน้ำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างเป็นธรรมและเพียงพอ และการส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยการจัดสรรงบประมาณมาดำเนินการในตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา และเป้าหมายสูงสุด คือ การจัดตั้งองค์กรผู้ใช้น้ำและมีคณะกรรมการจัดการชลประทาน (JMC) ทั่วทุกพื้นที่ของกรมชลประทาน ซึ่งเมื่อจัดตั้งคณะกรรมการแล้วสมาชิกทุกคนในองค์กรมีส่วนร่วมในการตั้งกฎ โดยหน้าที่รับผิดชอบจะขึ้นอยู่กับสภาพภูมิประเทศ ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละพื้นที่ จำนวนสมาชิกอาจมีตั้งแต่ 10 คน จนถึง 30,000 คน รวมถึงการกำหนดค่าใช้จ่ายในพื้นที่การใช้น้ำเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการและบำรุงรักษาตามข้อตกลงของสมาชิก ยกตัวอย่าง สมาชิกเพียงครั้งเดียว 20-37 บาท/คนต่อปี เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ

9) What are the impact initiatives and the lessons learned?

The initiative undoubtedly causes the great impact from an individual to a global level. At an individual level, marginalized Thai farmers, either by themselves or through representatives, hold absolute power in water management decision-making at every level of an irrigation scheme.

Attending the meetings gives opportunities for individual farmers to exercise . their rights in formulating an organization. The initiative, moreover, creates opportunities for farmers to access relevant and timely information regarding water and agriculture, to share water problems and concerns with public irrigation staff, to be treated as valuable personnel with a right to speak and be listened to, and to influence decision-making in irrigated water delivery, thus refining service accountability. Such opportunities for marginalized farmers are signals of empowerment. The water service accountability, furthermore, facilitates multi-farming activities, thus increasing crop production and farmer's income. This leads to improve the quality of life of Thai farmers.

At the global level, Thailand serves as the biggest exporter of the following agricultural products including rice, para rubber, cassava, sugar, poultry, shrimp, canned pineapple, and canned tuna. Thailand is recognized as the 8th rank of the world to occupy the big agricultural plots. In 2007, Thailand was the 13th rank of the world's agricultural product exporter. This shows that Thailand serves as one of the main food sources of the world. The initiative makes the water service accountable, thus ensuring multi-farming and crop diversification. It can be said that the initiative enhances the food security in relation to the food availability and food access to the world.

The key elements to success are the followings: (1) to build a sense of ownership among farmers by letting them commit to organization establishment; (2) to encourage compassionate communication among JMC members by helping them to get acquainted through an overnight study tour; (3) to build rapport with individual farmers by making frequent visits to meet farmers in the field in order to make them feel more comfortable sharing their opinions in a meeting setting; and, (4) to treat farmers as valuable persons by ensuring equal information distribution to every stakeholder, regularly updating information, greeting farmers first at a meeting, indicating that every opinion welcome in a meeting, and offering a caring response to farmers' problems.

It can be concluded that people learn from a real and meaningful project by engaging in an interactive action. The incorporation of the initiative in a local community provides more opportunities to advance learning among relevant parties. The lessons learned demonstrate the inherent potential of marginalized Thai farmers, who are capable of directing their own water service delivery. The lessons also illustrate the proper role of public irrigation staff as organizers who arrange the ideal conditions for promoting the authentic dialogue in PIM discussion, thus facilitating mutual learning among stakeholders. Opportunities from the initiative help reinforce the recognition of being valuable persons in the local communities of marginalized Thai farmers and, moreover, become the strengthened foundation of Thai society that is able to endure the growing challenge.

คำแปลโดยสรุป :

ประเทศไทยเป็นผู้ส่งออกสินค้าเกษตรที่ใหญ่ที่สุด เช่น ข้าว ยางพารา มันสำปะหลัง น้ำตาล เนื้อสัตว์ ปีก กุ้ง สับปะรดกระป๋องและทุ่นำกระป๋อง โดยมีที่ดินในการทำเกษตรเป็นอันดับ 8 ของโลก และในปี พ.ศ. 2550 ประเทศไทยนับเป็น 1 ใน 3 ของประเทศผู้ส่งออกสินค้าเกษตรมากที่สุด ทำให้การบริหารจัดการน้ำมีส่วนความสำคัญมากในการเพาะปลูกพืช

ความคิดริเริ่มในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของเกษตรกรไทย เริ่มมาจากการสร้างโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการน้ำ การแบ่งปันการใช้น้ำเพื่อการเกษตรและความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ของกรมชลประทาน เพื่อพัฒนาไปสู่การทำเกษตรที่ยั่งยืน

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในเรื่องการบริหารจัดการน้ำ คือ การสร้างความรู้สึกลึกถึงการเป็นเจ้าของร่วมกันของเกษตรกรผู้ใช้น้ำ ที่นำไปสู่การจัดตั้งองค์กรและมีคณะกรรมการจัดการชลประทาน (JMC) ผ่านการอบรมและสัมมนาต่าง ๆ ซึ่งจะทำให้เกษตรกรรู้สึกถึงคุณค่าและประโยชน์ของการใช้น้ำ รวมถึงความใกล้ชิดและเข้าใจปัญหาของเจ้าหน้าที่กรมชลประทานด้วย และสร้างรากฐานที่เข้มแข็งให้ยั่งยืนต่อไป

สาขา : Improving the delivery of public services
ชื่อผลงาน : การพัฒนาบริการทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายความร่วมมือ
(Improving Public Medical Care Service through Collaborative Networks)
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ปีที่ได้รับรางวัล : 2009

1) What was the situation before the initiative? (The problem)

A small country in Southeast Asia, The Kingdom of Thailand, home to more than 72 million populations, is surrounded by 4 neighboring countries: Myanmar, Laos, Cambodia, and Malaysia. The country is divided into 4 natural regions: mountains of the North, rice fields of the Central Plains, semi-arid farm lands of the Northeast, and coastlines along the South China Sea and the Andaman Sea of the South. Around 80% of its inhabitants work in agricultural sector.

The Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Faculty of Medicine, Chiang Mai University, also known to the locals as “Suandok Hospital”, is a 1,400-bed university hospital. It was founded in 1958 to provide modern medical care for the people in northern region of Thailand and to serve as a medical education and research center. In addition to providing primary health care services, the hospital also serves as a referral center for hospitals in 17 provinces of Northern Thailand with over 10,471,276 people. A large segment of population lives in remote rural area. Superstitious beliefs, lack of financial means and of basic health education cause the people to delay seeking modern medical care and this oftentimes produces detrimental results.

The hospital serves more than 980,000 out-patients and 48,000 in-patients annually. About 30% of the patients are referred from hospitals in Chiang Mai and about 70%, from hospitals in other northern provinces. Without an efficient communication and referring system, patients waste valuable time and money finding a hospital that is available to admit them. Among the 48,000 in-patients, almost half are critically-ill and suffer from late-stage conditions including rheumatic heart disease with heart failure, chronic renal failure, tuberculosis, meningitis, cancer, and AIDS. Most of them require long-term palliative care.

For people in the remote rural area who are often poor, seeking timely medical care from Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital is a costly and challenging task. Even when they eventually arrive at the hospital, it often takes long time to receive medical care due to shortage of medical personnel and a large number of patients requiring treatment. In

certain medical conditions such as acute myocardial infarction with ST elevation who should receive thrombolytic therapy within 6 hours after the attack and 30 minutes after arriving at the hospital (door-to-needle time < 30 minutes), the delay in treatment can be fatal and can cause serious complications.

In the past, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital was the only hospital in the Northern region that is equipped to provide service such as thrombolytic therapy mentioned above. Patients in 17 Northern provinces who suffered from acute myocardial infarction with ST elevation patients would need to be referred to the hospital for the treatment. Thus, few patients received the appropriate standard management because of the delay in referral process or of complicated internal administrative procedures.

คำแปลโดยสรุป :

เนื่องจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่อยู่ในสังกัดของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จุดประสงค์หลักคือผลิตแพทย์ที่รับใช้สังคม ขณะเดียวกันก็ให้บริการแก่ประชาชนผู้เจ็บป่วย อีกทั้งโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นแหล่งเรียนรู้ อาจารย์ซึ่งเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้เชิญโรงพยาบาลทั่วภาคเหนือ ทั้ง 17 จังหวัด มาแลกเปลี่ยนความรู้และจัดตั้งเครือข่ายโรงพยาบาลเพื่อการรักษา โดยเฉพาะโรคที่มีอัตราเสี่ยงสูง เช่น โรคหัวใจ อุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งมักเสียชีวิต หรือพิการ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ถึง 1,400 เตียง แต่ละวันจะมีผู้ป่วยมารับการรักษา 2,500 – 3,000 คน มีแพทย์ประมาณ 800 คน และบุคลากรสาขาอื่น ๆ อีกกว่า 4,000 คน ในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพการรักษายาบาลของโรงพยาบาลนั้น จะมีสำนักพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเข้ามาตรวจสอบเป็น ระยะ ๆ โรงพยาบาลจึงต้องพัฒนาปรับปรุงงานตลอดเวลาอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลานานกว่า 10 ปีแล้ว

2) What were the key benefits resulting from the initiative? (The solution)

The solutions for the problem are to increase accessibility of patients to quality health care by streamlining hospital administrative processes and by forming health care network with community hospitals. Reducing the amount of paper work and simplifying patient referring process are used to improve the hospital efficiency. Through health care network, the hospital provides consultations and training courses for community, district, and provincial hospital to improve medical personnel's skills and knowledge in managing complicated conditions by themselves before deciding to refer patients. The trainings help to reduce costs for patients seeking medical care from the Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and to improve patients' access to quality health care from their local hospitals.

Patients who require life-saving medical care or are critically ill or have complicated conditions are the most affected by the initiatives. After implementing the solution, the average service time in the out-patient department decreases from 140 minutes in 2005 to 78 minutes in 2008. Especially, the waiting time in the emergency department decreases from 4 minutes in 2002 to no waiting in 2008.

Under the new “Fast Track” program, the average door-to-needle time for patients with acute myocardial infarction with ST-elevation decreases from 70 minutes in 2005 to 40 minutes in 2007. The number is better than the national average of 85 minutes. Moreover, 40% of patients received therapy within 30 minutes in 2007 compared with 27% in 2005. This number is comparable to that of the United States.

Under the new health care network, pre-hospital death rate decreases from 0.70% to 0.34% in 2007 especially for patients with cardiac problems. Through knowledge transfer and academic support from the Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, many community and provincial hospitals both in Chiang Mai and other provinces are able to develop their own Fast Track programs. At Nan provincial hospital, the program significantly reduces the mean door-to-needle time for thrombolytic therapy in patients with acute myocardial infarction with ST elevation. Thus, the number of patients needed to be referred to the Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital is reduced, unless the patients have complications.

After the initiatives, patient satisfaction survey conducted at emergency department of the Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital found that 96.5% of patients and relatives are satisfied with services. Surveys of hospitals in cardiac disease network found 100% of hospitals are satisfied with the collaboration.

คำแปลโดยสรุป :

ในพื้นที่ภาคเหนือ ประชาชนที่อยู่ห่างไกลและเข้าถึงการรักษาของโรงพยาบาลได้ยาก ทางโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จึงได้มีการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย การจัดระบบดูแลโรควิกฤตแบบเร่งด่วน (Fast Track) และสร้างระบบส่งต่ออย่างรวดเร็วเพื่อให้ประชาชนที่อยู่ห่างไกลสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวกและรวดเร็วมากขึ้น โดยผ่านโรงพยาบาลในจังหวัดและโรงพยาบาลชุมชนนั้น ๆ

หลังจากการสร้างเครือข่ายความร่วมมือพบว่า การบริการในแผนกผู้ป่วยนอกใช้ระยะเวลาลดลงจากเดิม 140 นาที ในปี 2548 เหลือ 78 นาที ในปี 2551 และในแผนกฉุกเฉินจากเดิม 4 นาที ในปี 2545 โดยไม่ต้องรอคอยเลยในปี 2551 และในด้านการเข้าถึงการรักษาและเพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลในชุมชน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้เข้ามามีบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย และมีการจัดระบบดูแลโรควิกฤตแบบเร่งด่วน (Fast Track) ด้วยการพัฒนาบริการทางการแพทย์ผ่านเครือข่ายความ

ร่วมมือที่เรียกว่า Collaborative Networks นอกจากนี้ทางโรงพยาบาลยังได้นำเทคโนโลยีสารสนเทศหลากหลายรูปแบบเข้ามามีใช้ในการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลเครือข่ายต่าง ๆ ในการนัดหมายวันตรวจของผู้ป่วย ตลอดจนการวินิจฉัยโรค และส่งต่อผู้ป่วย เพื่อความสะดวกรวดเร็ว และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานมากขึ้น

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่า 96.5% ของผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจกับบริการ และในโรงพยาบาลเครือข่ายโรคหัวใจพบว่ามีความพึงพอใจในการทำงานร่วมกัน 100%

3) Who proposed the solution, who implemented it and who were the stakeholders?

Under policy reformation by new hospital administration to improve quality of service at all levels, teams of specialists who took care of patients with complicated diseases acknowledged the problems and risks faced by the cardiac and trauma patients under previous hospital administrative procedures. Without change, the procedures would hinder the referring process from remote rural areas and may compound to the health problems and the spreading of diseases in those areas.

With this awareness and full support from the Faculty of Medicine's administration, the hospital administrators and heads of related departments such as Cardiac Center, Trauma Center, and Information Technology met to find a way to improve the work system, to streamline administrative processes, and to design a computer support system for the patients. Community leaders, community hospitals, and private health care providers with their expertise, knowledge and skills were also involved in developing a network to provide medical care for patients. Thus, knowledge sharing among different sectors to improve the quality of primary care for the patients at initial sites before referral can ensure patient safety and prevent disability and mortality.

คำแปลโดยสรุป :

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้ตั้งเป้าหมายในเรื่องการให้ความร่วมมือทางการแพทย์แบบบูรณาการของหน่วยงานต่าง ๆ ในการพัฒนาดูแลสุขภาพประชาชนที่อยู่ห่างไกลและขาดโอกาสเข้าถึงในการรับบริการ โดยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่รับทำหน้าที่บริการทั้งองค์ความรู้ในด้านต่าง ๆ เช่น การสนับสนุนเครื่องคอมพิวเตอร์สำหรับผู้ป่วย การฝึกอบรมผู้นำชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้และทักษะในการพยาบาลเบื้องต้น เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา และจัดระบบรับส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และโรคซับซ้อนจากโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อเป็นการลดอัตราการพิการและเสียชีวิตของผู้ป่วย เปรียบเสมือนการประสานงานในโรงพยาบาลเดียวกัน

4) What were the strategies used to implement the initiative?

Through the determination of hospital's administration to comply with the requirements of patients in remote rural area, it was dictated in the hospital policy that all patients are able to access medical care regardless of their medical conditions, ethnicity, social or financial status. A value system for the hospital personnel was created to promote personnel engagement and to foster a service mind for patients. The hospital director and administrative team lead by example to foster team work and innovation. Information technology is used throughout the hospital to improve internal work system and communication with collaborative hospitals.

The medical care network initiatives were established with the following objectives.

1. Raise current internal standard of care for patients to the level of best practice.
2. Improve access to medical care for underprivileged population in remote rural areas. (Improve referring system from remote community hospitals).
3. Promote medical care network among collaborative hospitals.
4. Increase community hospital's competency to manage complicated cases; thus, reducing the death-before-admission rate.

The strategies used to achieve the above objectives are as follows.

1. Promote personnel engagement by establishing core values, recognizing/rewarding system, and pride among the personnel.
2. Transform public health care network to include hospitals from different governmental agencies throughout Northern Thailand.
3. Establish and maintain direct and an effective two-way communication line among the collaborating hospitals using information technology.
4. Streamlining the referring process to accommodate patients from collaborative hospitals.
5. Empower community hospitals' staffs to provide medical services with quality comparable to those provided by the Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.
6. Build a tightly integrated network among 117 hospitals in northern Thailand in order to provide appropriate medical care and replicate this novel network system to other regions of the country.

คำแปลโดยสรุป :

การบริหารงานของโรงพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล โดยไม่คำนึงถึงเชื้อชาติ สังคมหรือฐานะทางการเงิน จึงได้มีการพัฒนาบริการทางการแพทย์ ผ่านเครือข่ายความร่วมมือขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ทำการยกระดับมาตรฐานงานภายในการดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในระดับการปฏิบัติที่ดี (Best Practices)
2. ปรับปรุงการเข้าถึงการรักษาพยาบาลสำหรับประชากรผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่ชนบทห่างไกล
3. ส่งเสริมเครือข่ายการดูแลทางการแพทย์ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล
4. เพิ่มขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนในการจัดการ ในกรณีของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต

กลยุทธ์ที่ใช้เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ มีดังนี้

1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากร โดยการสร้างค่านิยมหลักในการคำนึงถึงความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานและระบบการมอบรางวัล
2. ปรับรูปแบบเครือข่ายสุขภาพสาธารณสุข โดยรวมการดูแลรักษาในโรงพยาบาลจากหน่วยงานของรัฐต่าง ๆ ทั่วภาคเหนือของประเทศไทย
3. ส่งเสริมประสิทธิภาพการสื่อสารระหว่างการทำงานร่วมกันของโรงพยาบาลผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
4. ทำให้กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่ทำงานร่วมกันเร็วและสั้นที่สุด
5. กระจายอำนาจให้โรงพยาบาลชุมชนในการให้บริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพเทียบเท่าโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

5) What were the key development and implementation steps and the chronology?

In response to the policy of Office of the Public Sector Development Commission, the hospital implemented the quality improvement system in 1999 and has been accredited by the Institute of Hospital Quality Improvement and Accreditation since 2002. In order to build personal engagement and common goal in seeking high standard of care, it was necessary to promote understanding and build common core values: “Suandok People”. The core values are then communicated to all the personnel using every available channel.

The patient administration system was streamlined by taking the advantages of information technology. Patient screening and registration processes were reduced to a single step called “One-Stop Service”. Many processes such as patient appointment and referral could be done over the internet. Digital medical record also helped to reduce the amount of necessary paperwork and personnel’s workload.

Streamlining the referring process to accommodate patients from collaborative hospitals was accomplished by setting up a Referral Center. The Center coordinated different activities involved in providing appropriate medical care. These activities included doctor consultation, preliminary medical care including pre-referral treatment, and pre-arrival arrangements in order to provide immediate care. The hospital also provided Emergency Medical Service (EMS) to transfer patients from the site of incidence to the hospital.

In order to develop an effective medical service system, we have organized hands-on medical trainings including advanced trauma life support (ATLS), acute coronary syndrome (ACS), acute stroke, and palliative care for physicians, nurses, and health professionals at their working sites since 2007. Community hospitals were allowed access to the hospital's library.

Started in 2005, the Northern ACS Network was extended to cover most of Northern provinces by 2008. The medical team enabled regional hospitals to admit cardiac patients from their own network and had their own fast track. As a result, small networks proliferated and played a role in effectively reducing death and disability rate.

Northern ACS Network also educated and empowered the patients' family, community leaders and care takers to take care of patients at home after being discharged from the hospital and to encourage patients to exercise. Medications such as streptokinase (SK) and medical equipment are also provided for the collaborative hospitals. Problems and obstacles faced during the operation were discussed and rectified at monthly meetings.

คำแปลโดยสรุป :

เพื่อที่จะตอบสนองตามนโยบายของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ทางโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ได้เริ่มดำเนินการปรับปรุงคุณภาพในปี 2552 และได้รับการรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลโดยสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในปี 2545 เพื่อให้เกิดความผูกพันของบุคลากรและบรรลุเป้าหมายการรักษาพยาบาลอย่างมีมาตรฐานสูงจึงจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรในค่านิยมขององค์กร “คนสวนดอก: Suandok People” ด้วยการสื่อสารผ่านช่องทางต่าง ๆ ไปยังบุคลากรทั่วไป

ระบบการบริการผู้ป่วยได้ปรับเป็นการบริการ ณ จุดเดียวหน้า (On Stop Services) ทำให้ช่วยลดปริมาณขั้นตอนด้านเอกสารและปริมาณการใช้กระดาษลง และมีการตั้งศูนย์ส่งต่อ (Referral Center) ทำหน้าที่ประสานงานร่วมกันในเรื่องข้อมูลทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาทางการแพทย์ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นซึ่งรวมถึงการดูแลและการจัดการก่อนผู้ป่วยมาถึงเพื่อให้การได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที รวมถึงการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) มีหน้าที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากจุดที่เกิดอุบัติเหตุถึงโรงพยาบาลอีกด้วย

เพื่อที่จะพัฒนาระบบให้บริการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ ตั้งแต่ปี 2550 ได้จัดให้มีการร่วมมือทางการแพทย์ ในการ ฝึกอบรมหัวข้อต่าง ๆ ได้แก่ การสนับสนุนชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุขั้นสูง (Advance Trauma Life Support : ATLS) โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Acute Coronary Syndrome : ACS) โรคหลอดเลือดสมองตีบ (Acute Stroke) ให้กับแพทย์พยาบาลและผู้เชี่ยวชาญทางสาธารณสุข รวมถึงโรงพยาบาลชุมชนได้รับอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลของห้องสมุดโรงพยาบาลได้อีกด้วย

ในปี 2005 ได้มีการจัดตั้งเครือข่ายโรคหัวใจภาคเหนือตอนบน และได้ขยายให้ครอบคลุมทั่วจังหวัดในภาคเหนือ และในปี 2008 ทำให้ทีมแพทย์สามารถรับผู้ป่วยจากเครือข่ายของโรงพยาบาลไปถึงเครือข่ายโรงพยาบาลภูมิภาคได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ลดอัตราการความพิการและการตายของผู้ป่วยลงได้มาก และยังมีการให้ความรู้กับครอบครัวของผู้ป่วยหรือผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลแล้ว รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และยา (SK) ให้กับผู้ป่วยอีกด้วย

6) What were the main obstacles encountered? How were they overcome?

Although improving medical services increases patients' safety and satisfaction including health personnel's work satisfaction, 3 major obstacles exist.

Physicians, medical personnel, and medical equipment shortage are major problems faced by hospital administration. Although the salary rate is not high, the administration has provided other means to maintain personnel's satisfaction and engagement. The measures include providing opportunity for the personnel to bring their expertise and ideas into improving health care delivery, and encouraging two-way communication throughout the organization.

Limited funding from the government is subsidized by fund-raising activities at various charity events. This additional supply of funding allows the hospital to acquire necessary medical equipment.

Unfamiliarity of community hospitals' staffs with the management of patients with complicate conditions is rectified by training, education, and medical provisions from the Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

คำแปลโดยสรุป :

ถึงแม้ว่าการบริการทางการแพทย์จะเพิ่มความปลอดภัยและความพึงพอใจในการให้บริการต่อผู้ป่วยและความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข แต่ยังพบอุปสรรคสำคัญอีก 3 เรื่องคือ การขาดแคลนแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ และในด้านการบริหารของโรงพยาบาล จะพบว่าเจ้าหน้าที่ที่มีอัตราเงินเดือนที่ไม่ สูงมาก แต่ก็ยังเข้าถึงและสร้างความพึงพอใจในการบริการกับผู้ป่วยได้ผ่านการฝึกอบรมและให้ความรู้ของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และยังพบว่ามีข้อจำกัดในเรื่องของ

งบประมาณของรัฐบาล ซึ่งแก้ไขด้วยการจัดกิจกรรมการกุศลในการสนับสนุนเงินทุนของโรงพยาบาลในการหาอุปกรณ์ทางการแพทย์

7) What resources were used for the initiative?

Resources used to improve the medical service network include

- Interdisciplinary medical team including coordinators such as nurse managers and nurse coordinators
- Budget for medical equipment especially for used in emergency department, ambulance, and information technology equipment. The budget came from government through various agencies such as the National Health Security Office, Social Security Office, Thai Health Promotion Foundation and from donation through the Suandok Hospital Foundation.
- Donation from private sector and non-profit organizations such as the Rotary Foundation
- Computer programmers who understand the needs of medical service providers

คำแปลโดยสรุป :

หลักการที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ยึดถือปฏิบัติในการดำเนินการและปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ คือ การให้บริการโดยยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เขาพึงพอใจที่สุด โดยปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จนั้นมาจากส่วนสำคัญ 2 ประการอย่างแรก คือ ภายในโรงพยาบาลต้องมีความพร้อมในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นความพร้อมทางเครื่องมือ ความพร้อมของบุคลากร ความพร้อมทางเทคโนโลยีสารสนเทศ อย่างที่สอง คือ การสร้างความร่วมมือกับภายนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เองต้องมีความพร้อมในการเป็นที่ปรึกษาให้กับโรงพยาบาลในเครือข่าย และสนับสนุนให้โรงพยาบาลเหล่านั้นได้รับการพัฒนาเหมือน ๆ กัน

8) Is the initiative sustainable and transferable?

The Maharaj Nakorn Chiang Mai is dedicated to maintain functioning medical care networks by providing annual budget for quality improvement, medical training, and medical resources for each network. Performing customer satisfaction and loyalty survey, and monitoring Performance Indicators defined by individual network are also important functions to sustain medical care network.

Individual network plays an important role in maintaining its own function through continuous self improvement by knowledge sharing among different networks to determine and maintain Best Practice. Each network also acts as a learning center and a referral site for smaller sub-network.

External agencies such as the National Health Security and the Thai Health Promotion Foundation also provides an additional source of fund for acquiring sophisticated medical equipment and expanding medical care network to cover other diseases. The fund is allocated according to the performance of each hospital; thus, helps to facilitate continuous quality improvement, and to maintain effective networks.

It has been a policy of the Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital to promote knowledge sharing among different health care providers. For this reason, the hospital has organized annual Regional Forum on Hospital Accreditation and Health Promotion since 2000 to provide a platform for sharing best practices. To promote quality medical care, the hospital provides training courses and publishes pre-hospital medical care guidelines on advanced trauma life support and ambulatory trauma care for other hospitals in Northern region. Being recognized for its role in hospital quality improvement, the hospital is considered a role model and often visited by other hospitals from Thailand and abroad.

คำแปลโดยสรุป :

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีการสร้างเครือข่ายในการทำงานทางการแพทย์ จากการจัดสรรงบประมาณประจำปีมาทำการปรับปรุงคุณภาพการฝึกอบรมทางการแพทย์และทรัพยากรทางการแพทย์สำหรับแต่ละเครือข่าย โดยมีเครือข่ายส่วนบุคคลทำหน้าที่และบทบาทสำคัญเป็นศูนย์กลางในการแบ่งปันความรู้ระหว่างเครือข่ายและทำการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และมีหน่วยงานภายนอกเป็นแหล่งรวบรวมเงินทุนในการจัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนและขยายเครือข่ายการดูแลรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมถึงโรคอื่น ๆ กองทุนสำรองเลี้ยงชีพจะถูกจัดสรรไปตามประสิทธิภาพการทำงานของแต่ละโรงพยาบาล จึงจะช่วยให้เพื่อความสะดวกในการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องและเพื่อรักษาเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ

นโยบายในการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้มีการจัดเวทีในภูมิภาคประจำปีเกี่ยวกับการรับรองโรงพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพชุมชนเพื่อเป็นการส่งเสริมคุณภาพการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาล ผ่านการฝึกอบรมและเผยแพร่แนวทางการดูแลผู้ป่วยและการช่วยชีวิตขั้นสูงตามโรงพยาบาลต่างๆในภาคเหนือให้เป็นที่ยอมรับในประเทศไทยและต่างประเทศด้วย

9) What are the impact initiatives and the lessons learned?

After implementing the initiative, collaborative networks have expanded to cover many areas of health care services including acute coronary syndrome (ACS), trauma, acute stroke, palliative care, breast cancer and other cancers. Community hospitals' potential to provide quality patient care has improved to the level comparable to those provided by the Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Successful collaborative networks have also produced not only patients' satisfaction but medical personnel's satisfaction and pride in their work as well.

The Maharaj Nakorn Chiang Mai's dedication to quality improvement has won the organization many awards such as:

- "Best Hospital" 1st Prize from the Social Security Office of Thailand 2007, 2008
- Winner of "Claim Award" from the National Health Security Office of Thailand in 2007 and 2008
- Winner of "Outstanding Public Service Award" from Office of the Public Sector Development Commission in 2008
- "Quality Cycle Control for Innovation" from the Department of Industrial Promotion in 2005, 2006, 2007, and 2008
- Humanized Health Care Awards from the Institute of Hospital Quality Improvement and Accreditation of Thailand in 2008
- Role model in Tertiary care of Trauma Center from The Trauma Association of Thailand in 2008
- BUPA Clinical Excellence Award for Participatory and Integrate Medical Rehabilitation Service for Sustainable Improvement of Quality of Life of Persons with Disability in 2004, 2005
- Outstanding Emergency Medical Service Award from Chiang Mai Provincial Public Health Office in 2008
- Recognition from The Royal College of Surgeons of Thailand for significant contribution to Advanced Trauma Life Support training course in 2008
- In addition to winning awards from external organizations, the hospital is also accredited by the following organizations:
- The Institute of Hospital Quality Improvement and Accreditation of Thailand for quality improvement from 2002 to present

- ISO 15189 Laboratory system from 2006 to present
- Thailand Nursing and Midwifery Council in 2008

Lessons learned

1. Working as a collaborative network helps deliver quality service to underprivileged patients and improve public health in general.
2. Working towards a common goal to deliver an ever improving quality of service promotes teamwork and medical staff's commitment and engagement for future endeavors.
3. Hospital network provides means to ascertain patient's real needs and to organize the provided services effectively.
4. Hospital network helps the medical service providers to understand patients' real needs and serves as a basis for client-centered approach to medical care.
5. Successful collaborative network can serve as a model for providing medical services in other medical fields such as stroke and palliative end-of-life care.
6. Successful collaborative network can be replicated in other regions of Thailand.
- 7.

คำแปลโดยสรุป :

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีหลักการในการพัฒนาปรับปรุงคุณภาพต่าง ๆ เพื่อมุ่งสู่การเป็นที่รักและศรัทธาของประชาชน ในการให้บริการดูแลสุขภาพและรักษาโรคให้กับผู้ป่วย โดยมีปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จมาจาก หลายส่วนด้วยกัน ประการแรกคือ จากบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเองที่ได้ทุ่มเทและเสียสละเวลาในการรักษาพยาบาล การให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ตลอดจนออกไปเยี่ยมเยียนผู้ป่วยยังพื้นที่ รวมถึงไปอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่าง ๆ ในเครือข่าย ประการที่สองคือ การให้ความร่วมมือของโรงพยาบาลในเครือข่ายที่เห็นประโยชน์ของคนไข้เป็นสำคัญ ประการที่สามคือ การที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลมาโดยต่อเนื่อง ทำให้มีต้นทุนในการพัฒนาปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้นต่อไป ซึ่งจะเห็นได้จากรางวัลที่ได้รับมา เช่น รางวัล “Best Hospital” ของสำนักงานประกันสังคมในปี 2550 2551 และรางวัลผู้ชนะการประกวดรางวัลดีเด่นบริการสาธารณะ จากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ในปี 2551 เป็นต้น

สาขา : Improving the delivery of public services

ชื่อผลงาน : การให้บริการรักษาผู้ป่วย

ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลโสธร

ปีที่ได้รับรางวัล : 2008

1) What was the situation before the initiative? (The problem)

Yasothon General Hospital was established in 1965 initially as a 30 bed hospital. We now have 370 beds (with an average of 800 outpatient cases per day). Patient satisfaction levels were beginning to decline. The service had too many steps, each taking a long time, for example, 6-7 hours for some clients until the conclusion of the service process.. The service process depended on the patient's condition. For example, the patient needed to complete a new registration card and OPD card during their first visit. Their vital signs were then recorded along with their chief complaint and other information at the screening unit before seeing a physician. If the physician needed more information about the patient's illness, the patient needed to go to laboratory unit or X-ray unit and then come back to the physician's unit after he or she received the X-ray or lab results. After the physician wrote his prescription, the patient handed in the prescription to the Pharmacy Unit before the pharmacist dispensed the drug and provided drug counseling. Then the patient could go back home. Survey studies found that the total waiting time was 5 hours 58 minutes per case. Patient satisfaction was 72.3 percent in 2004.

There were 2-3 complaint letters per day saying that "The hospital was a slaughter house.", "The nurse should perform better service.", "Poor service", "Wishing the nurse would smile more.", "The hospital has only a few doctors and they come rather late, making the patient spend a long time in the hospital", "Patients need a quicker service. ", "There is untidy and dirty environment and especially the toilets - smell bad.", "The hospital should take better care at this stage." and "The hospital should cooperate with other care providers and not rely on patient self-help alone".

More and more, when people become ill, they like to buy medicine or see a doctor at a private hospital or private clinic. This increases patient expense unnecessarily and results in patients sometimes taking unnecessary drugs. People who take too much medicine have higher risk of getting sick from adverse drug reactions which can be life threatening.

Since 1976, we implemented a good front line system with multi-disciplinary care teams incorporating doctors, pharmacists, lab and X-ray staff, technicians, nurses, ward officials, psychologists, physical therapists and the others as required. All cooperate to develop continuous quality improvements and now we call this team Patient Care Team of OPD (PCT OPD).

คำแปลโดยสรุป :

โรงพยาบาลโสธรเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 370 เตียง มีผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 800 คน/วัน ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่ำมาก เนื่องจากสภาพความแออัดและการบริการล่าช้า ในบางกรณีใช้เวลาถึง 6-7 ชั่วโมง ยกตัวอย่าง เช่น กรณีผู้ป่วยมารับบริการครั้งแรกที่โรงพยาบาล จำเป็นที่จะต้องกรอกประวัติ และตรวจอาการเบื้องต้นให้เรียบร้อย เมื่อพบแพทย์แล้วหากแพทย์ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ผู้ป่วยจำเป็นต้องไป x-ray หรือเจาะเลือดเพิ่มเติม จึงจะกลับมาพบแพทย์อีกครั้งหนึ่ง หลังจากนั้นแพทย์จึงสั่งยา ผู้ป่วยจึงถือใบสั่งยาไป เพื่อนั่งรอเรียกกรับยา รวมเวลาทั้งหมดเกือบ 6-7 ชั่วโมง

นอกจากนี้ ยังได้รับข้อร้องเรียน 2-3 รายในแต่ละวัน เกี่ยวกับการได้รับการบริการที่แยจากเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่ไม่ยิ้ม โรงพยาบาลสกปรก ห้องน้ำส่งกลิ่นเหม็น จากปัญหาการบริการเช่นนี้ ทำให้ประชาชนหันไปใช้บริการคลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชนแทน ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นโดยไม่จำเป็น

ดังนั้น ในปี 2549 โรงพยาบาลโสธรจึงได้พัฒนาระบบการให้บริการด้านหน้า (Front line system) โดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่ห้องแล็บและ x-ray นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ห้องบัตร นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด และอื่น ๆ ร่วมกันพัฒนาระบบบริการอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเราเรียกทีมงานนี้ว่า “Patient Care Team of OPD : PCT OPD”

2) What were the key benefits resulting from the initiative? (The solution)

The key performance indicators include patient satisfaction, patient complaints, and OPD service timing. We use the assessment of patient satisfaction by Dusit poll and Thailand Hospital accreditation questionnaires.

The data was collected by randomly sampling 20 patients per day every morning for 30 days. Every day the data were summarized and analyzed. The Patient Satisfaction results after developing and implementing turnaround strategies were as follows:

Jan 2005 87.45%

Jan 2006 88.3%

Jan 2007 89.4%

July 2007 92.3%

The collection data OPD service timing is fixed by form. Each unit writes down the Time. The forms are included with the patient's history file. After one month each patient from the analyzed results found that the waiting time was only 56 minutes. (Standard waiting time is less than 1 hr 30 min.)

Patient comments included: "The hospital area environment is clean", "The service is impressive", "quick", "excellent", "the providers are giving service by smiling heartily.", "Nice talk", "Good service indeed". In 2004, the hospital received regional first prize for good quality public service.

คำแปลโดยสรุป :

ตัวชี้วัดที่ใช้ในการวัดความสำเร็จ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ร้อยละ ร้อยละ ร้อยละ 87.45 เป็นร้อยละ 92.3 ในปี 2550 ระยะเวลาในการรอคอยลดลงเหลือเพียง 56 นาที ซึ่งมาตรฐานการให้บริการกำหนดไว้ที่ภายใน 1 ชั่วโมง 30 นาที รวมทั้ง จำนวนข้อร้องเรียนลดลง และยังได้รับคำชมจากผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น เช่น โรงพยาบาลสะอาดขึ้น สภาพแวดล้อมดีขึ้น การให้บริการประทับใจ รวดเร็ว เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม พูดจาไพเราะ

3) Who proposed the solution, who implemented it and who were the stakeholders?

The solution is relevant to government policy. The PCT OPD include doctors, pharmacists, lab and X-ray staff, technicians, nurses, ward officials, psychologists, physical therapists and other professionals. The achievement came about through brainstorming, teamwork, and cooperation among the participants. The executive promotes budgeting. The hospital lets the winning team attend seminars focusing on good organization, gives special bonuses and rewards the team by declaring a job well done.

There is a budget for cleaning, tidiness, and improving the environment. The hospital won the first prize for the cleanest toilets in the Public Health region.

คำแปลโดยสรุป :

การพัฒนาระบบบริการด้านหน้าในครั้งนี้ สอดคล้องตามนโยบายรัฐบาล ทีมสหวิชาชีพได้มีการทำงานร่วมกันแบบมีส่วนร่วม มีการประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อการพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่องโดยผู้บริหารให้การสนับสนุนเรื่องงบประมาณในการนำมาพัฒนาคุณภาพการให้บริการ ปรับปรุงสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลให้สะอาด สวยงาม มีการปรับปรุงห้องน้ำให้สะอาด สวยงาม และมีการจัดสรรเงินจูงใจ และให้รางวัลแก่ทีมงานเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงานจนโรงพยาบาลได้รับรางวัล "สุดยอดส่วนระดับประเทศ" จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

4) What were the strategies used to implement the initiative?

Strategies to solve the problem:

1. Using one stop service in every unit where possible.
2. Reducing overcrowded services by changing the service hours from 8 am to 16 pm to 7 am to 16 pm every day. Increase service times from 16 to 21 pm on weekdays. On Saturday, Sunday and holidays service hours are from 9 am to 13 pm.
3. Doing the aggressive change by creating two primary care units. (A health care team from the hospital goes to the care unit outside the hospital. This team is responsible for medication refill and check ups for patients with chronic diseases.). The primary care unit cooperates with health centers and community hospitals by a coordinated referral system. Since patients with chronic illnesses such as DM and HT have frequent medication refills and check ups, they come to primary care unit rather than to the hospital. Therefore, the number of patients in the hospital is reduced.
4. Now waiting at the hospital is more enjoyable, similar to an entertainment complex, with volunteers playing Thai music and overall improvement to the hospital areas. The hospital now looks like a good hotel. There are reading corners, herbal drinking counters, and peaceful areas for worshipping Buddha images, Hindu Gods, etc.
5. There is Thai massage, herbal saunas, karaoke, and a meditation room. Fitness clubs for health promotion for officials and others. The Thai traditional medicine unit and health educators are responsible for this section.
6. The public toilets situation has changed from having not enough toilets and unclean toilets with a bad smell. From our survey, we found toilets in Yasothon Hospital were used by 822 persons per day. We improved the toilets by using HAS (Health Accessibility and Safety) standards until we received the national first prize for the most excellent toilets from the Department of Health.
7. Personnel developed excellent behavior through team training by customer service experts from Thai Airlines to work with hospital personnel.

คำแปลโดยสรุป :

1. กลยุทธ์ที่ทางโรงพยาบาลโยธธใช้ในการทำให้การพัฒนาระบบบริการครั้งนี้ประสบความสำเร็จ คือ
2. การให้บริการ ณ จุดเดียว (One Stop Service) ในทุกจุดบริการ
3. การลดความแออัด โดยขยายเพิ่มเวลาให้บริการในช่วงเช้าอีก 1 ชั่วโมง ในทุกวัน และให้บริการนอกเวลาราชการถึงสามทุ่มในวันจันทร์-ศุกร์ และสำหรับวันหยุดราชการให้บริการตั้งแต่ 09.00-13.00 น.
4. การทำงานเชิงรุก โดยการขยายการบริการออกสู่ชุมชนตามนโยบาย “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” โดยร่วมกับเทศบาลเมืองโยธธจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตเทศบาลเมืองโยธธ เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องมีการรักษาใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมา ที่โรงพยาบาล
5. การสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดีในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลารอคอยในการพบแพทย์อย่างมีคุณค่า เช่น มีดนตรีไทยไพเราะขับกล่อมโดยจิตอาสา มีมุมหนังสือให้อ่าน มีน้ำสมุนไพรคอยให้บริการ มีมุมสงบพบพระธรรม ฝึกปฏิบัติจิตสมาธิ เป็นต้น
6. การสร้างทางเลือกที่หลากหลายในการดูแลสุขภาพ เช่น นวดแผนไทย บริการหัตถบำบัด อบประคบและรักษาโดยใช้ยาสมุนไพร มีห้องคาราโอเกะ และฟิตเนสเซ็นเตอร์ สำหรับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยบริการเพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพ
7. การพัฒนาห้องน้ำในโรงพยาบาล เนื่องจากได้รับข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการว่า ห้องน้ำสกปรก กลิ่นเหม็น และมีจำนวนไม่เพียงพอ ซึ่งในแต่ละวันมีจำนวนผู้ใช้บริการมาก จึงได้มีการปรับปรุงโดยใช้แนวทาง HAS คือ Healthy Accessibility และ Safety จนได้รับรางวัลสุดยอดสิ่งแวดล้อมระดับประเทศ จากกรมอนามัย
8. การพัฒนาบุคลากรสู่บริการที่เป็นเลิศ โดยจัดอบรมเกี่ยวกับการให้บริการเพื่อความประทับใจแก่ผู้รับบริการให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกคน โดยผู้เชี่ยวชาญจากบริษัทการบินไทย

5) What were the key development and implementation steps and the chronology?

The key development and implementation steps are Continuous Quality Improvement (CQI). Use of the PDCA cycle (plan, do, check, act) to develop a service system. Improving the service by reducing steps, therefore, saving time at each service point.

Reducing steps are done as listed below.

1. The patient care team OPD paid attention to making all patient care most satisfactory. Client care was emphasized through the multidisciplinary participation of every one at every level. These include doctors, dentists,

pharmacists, nurses, technicians, physical therapists, health educators, psychologists, and social medicine practitioners.

2. Analyze the key performance index data by PCT OPD, reducing from seven steps to one stop service in the dental unit and specialization clinic. Clear steps are aimed at covering every dimension of patient care, including timing of service to ease the patient as needed. The clients are very happy. We monitor all data and take them to consult monthly with the other PCT teams, including Med PCT, Surg PCT, Ped PCT and ENV team.
3. Participation with local organizations, private sectors and other clubs can help us with activities such as campaigns for dengue fever, blood donations, and Heartfelt volunteers (Jit-asa).

คำแปลโดยสรุป :

กุญแจสำคัญในการพัฒนาโรงพยาบาลโยธธ คือ การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI) โดยใช้วงจร PDCA (Plan Do Check Act) ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ และการปรับปรุงการทำงานเพื่อลดขั้นตอน ดังนี้

1. การจัดตั้งทีมประสานการดูแลผู้ป่วยนอก PCT OPD โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้ผู้รับ บริการได้รับความพึงพอใจสูงสุด เน้นการทำงานแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทุกระดับ ในลักษณะสหวิชาชีพ
2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากตัวชี้วัด โดยทีมงาน PCT OPD และการลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน จากเดิม 7 ขั้นตอน ให้เหลือการบริการเพียงจุดเดียว (One Stop Service) โดยเริ่มปรับปรุง ในคลินิกทันตกรรม และคลินิกเฉพาะโรค รวมทั้งมีการตั้งเป้าในการทำงานที่ชัดเจนในการ พัฒนาบริการในทุกมิติ ได้แก่ มิติด้านเวลา ด้านบริการ และด้านการอำนวยความสะดวก ให้แก่ประชาชน เพื่อความพึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการ
3. การมีส่วนร่วมของทีมงานองค์กรท้องถิ่นในจังหวัดโยธธ เพื่อพัฒนาการบริการสู่ความประทับใจ

6) What were the main obstacles encountered? How were they overcome?

Even though the personnel already provide a highly efficient service and are admired by patients, the client's desire for endless quality service creates what appears to be a gap between patient and service system. To reduce this gap, PCT OPD is developing risk management strategies that recognize and assess risk, and develop strategies to protect and manage the risks that may be harmful. All of the service units are working on innovative ideas to increase patient satisfaction. They are setting strategies for achievement as follows.

1. Realizing service.

2. Defining service behavior to meet the client's need.
3. Categorizing the problems and obstacles.
4. Patient hearing.
5. Knowledge management and competency of Personnel Promoting continuous quality improvement.
6. Admiring and giving rewards to the personnel who do the best.

คำแปลโดยสรุป :

ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลโยธระจะพัฒนาคุณภาพการให้บริการได้เป็นอย่างดีอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้รับบริการก็มีความคาดหวังสูงต่อการได้รับบริการที่ดียิ่ง ๆ ขึ้นไปเรื่อย ทำให้เกิดช่องว่างในการให้บริการระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ ดังนั้น เพื่อเป็นการลดช่องว่างดังกล่าว ทีม PCT OPD ได้นำแนวทางการบริหารความเสี่ยงมาค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในทุกด้าน และหาแนวทางในการป้องกัน สร้างสรรค์นวัตกรรมบริการในทุกจุดบริการ โดยกำหนดกลยุทธ์ ดังนี้

1. สร้างความตระหนักในการให้บริการ แก่เจ้าหน้าที่ในทุกระดับ
2. กำหนดความต้องการของผู้รับบริการ และมาตรฐานพฤติกรรมบริการ
3. จำแนกและจัดการปัญหาและอุปสรรค
4. รับฟังความคิดเห็นผู้รับบริการ
5. จัดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะบุคลากร เพื่อสนับสนุนให้บุคลากรมีการปรับปรุงการบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อความพึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการ
6. ยกย่อง ชมเชย และให้รางวัล แก่บุคลากรที่ให้บริการดีเด่น

7) What resources were used for the initiative?

Computer used by Hos-XP program is adapted for use in the hospital by having cards record the time in queue automatically at both the card room and pharmaceutical room. The cost for this program was over 300,000 baht and was subsidized by local organizations and the public health ministry.

Human Resources: Volunteers come from the general population and retired persons who wish to help the patients without any wages. Heartfelt volunteers (Jit-ASA) is a group of retired people and patients with chronic disease who volunteer to help patients and service providers understand about the service system and even respond in some parts of service delivery. It seems that they enjoy helping the patients and the personnel

คำแปลโดยสรุป:

ได้มีการพัฒนาอุปกรณ์คอมพิวเตอร์เพื่ออำนวยความสะดวกในการทำงาน โดยนำเอาโปรแกรม Hos-XP มาปรับใช้ในโรงพยาบาล ทำให้มีระบบคิวอัตโนมัติที่ห้องยาและห้องบัตร โดยใช้งบประมาณ 3 ล้านบาท ในการพัฒนาต่าง ๆ โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และกระทรวงสาธารณสุข

ในส่วนของทรัพยากรบุคคล กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายโครงการ “จิตอาสา” ซึ่งรับสมัครประชาชนทั่วไป หรือข้าราชการบำนาญที่มีจิตกุศลสมัครเข้าร่วมโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยไม่หวังผลตอบแทนค่าจ้างในการทำงาน

8) Is the initiative sustainable and transferable?

There is a meeting held every month to monitor quality of service, including any problems, and then take the problems entering PDCA cycle. There will be continuous quality improvement. The Yasothon Hospital OPD can serve as a model which can adapted in the other hospitals in Thailand and even for Cambodia and Vietnam in 2003-2005.

คำแปลโดยสรุป:

มีการประชุมทุกเดือนโดยทีมพัฒนาแต่ละทีม รวมทั้ง รับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการ เพื่อนำประเด็นปัญหาหาแนวทางป้องกันแก้ไข โดยใช้วงจร PDCA ในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนได้รับความสนใจจากหน่วยงานโรงพยาบาลทั้งในแต่ต่างประเทศมาศึกษาดูงาน เช่น กัมพูชา เวียดนาม

9) What are the impact initiatives and the lessons learned?

We developed a good front line system with multi-disciplinary care teams that received awards. It took us a long time for us to brainstorm with all of the concerned units. It is clear that we must work as a team with heartfelt attention to provide satisfactory service to the patient. That has meant holding frequent meetings to evaluate all problems from patients who entered the PDCA cycle. CQI standards are established in order to develop service behavior standards leading to an improved system that reduces steps and waiting time for patient well-being and ease. Building a positive environment with Thai music, karaoke, and a meditation room, along with having a health club promotion has also contributed to our success. An equally important part of our success is the clear policies set by the higher executives as well as the budget motivations and continuous control. Most important however, is the service provider, and the continuous dedication and concern among themselves as well as the networking among communities and private sectors.

คำแปลโดยสรุป :

โรงพยาบาลโสธรได้พัฒนาระบบการบริการด้านหน้าด้วยทีมสหวิชาชีพ จนได้รับรางวัล นั้นแสดงให้เห็นว่าทีมงานได้ทำงานด้วยใจ ใส่ใจในการให้บริการเพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุด การประชุมร่วมกันอยู่เป็นประจำ เพื่อติดตามและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง เพื่อการยกระดับมาตรฐานการให้บริการ ปรับปรุงการให้ บริการ ลดระยะเวลาในการรอคอย การปรับปรุงสภาพแวดล้อมบรรยากาศโรงพยาบาลให้ดูเป็นกันเอง ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของความสำเร็จในการยกระดับการให้บริการ

ปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันให้การพัฒนาคุณภาพการให้บริการประสบความสำเร็จ นั่นคือการได้รับความสำคัญและการสนับสนุนงบประมาณจากผู้บริหาร และนอกเหนือจากนั้น การทำงานเป็นเครือข่ายระหว่างชุมชน ภาคเอกชน และท้องถิ่นในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการยังเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งด้วย



สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ
59/1 ถนนพิษณุโลก เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300
โทร. 0 2356 9999 สายด่วน 1785
www.opdc.go.th