

## Original Article

## นิพนธ์ตีพิมพ์

# การประเมินผลความร่วมมือในการบริหาร งบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

## อารี แวดวงธรรม

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

### บทคัดย่อ

การวิจัยเอกสารครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลคุณภาพของแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและแผนพัฒนาศักยภาพจังหวัด ซึ่งเป็นผลผลิตเบื้องต้น (immediate product) ของความร่วมมือในการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ 2551 ซึ่งเป็นปีแรกของโครงการด้วยรูปแบบชิปปี

จากการวิเคราะห์แผนงานที่รวบรวมได้จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัด 72 แห่ง (96%) ด้วยเกณฑ์ที่ผู้วิจัยสร้างภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและได้รับการตรวจสอบความครบถ้วนเชิงเนื้อหา (content validity) แล้ว พบว่า จังหวัดจัดทำแผนมีคุณภาพดี 19 จังหวัด (26.39%) ปานกลาง 46 จังหวัด (63.89%) และจำกัด 7 จังหวัด (9.72%) โดยพบว่าแผนมีความครอบคลุมนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเหมาะสม 56 จังหวัด (77.78%) ครอบคลุมแผนงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บริหารระดับประเทศ (vertical program) 70 จังหวัด (97.22%) และครอบคลุมการลดปัจจัยเสี่ยง 14 ข้อของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างเหมาะสม 69 จังหวัด (95.83%) มีการบูรณาการแผนร้อยละ 81.94 การจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพของจังหวัดมีความเหมาะสมร้อยละ 66.67 ทั้งนี้เพราะเพราะวัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลและผู้บริหารทุกระดับ และสภาพการของสังคมที่มีการกระจายอำนาจและการจัดสรรงบประมาณให้หน่วยงานในพื้นที่ โครงการมีการจัดทำกรอบแนวทางในการบริหารงบประมาณและการดำเนินการที่ชัดเจน มีการชี้แจงขั้นตอนการปฏิบัติและควบคุมกำกับที่ดี

การศึกษาด้วยการสอบถามกระบวนการจัดทำแผนของจังหวัดตัวอย่างที่มีผลการจัดทำแผนดี ปานกลาง และจำกัดพบข้อมูลที่สำคัญคือ จังหวัดที่มีผลการจัดทำแผนดีใช้เทคนิคหลายอย่างในกระบวนการวิเคราะห์เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์และการมีส่วนร่วมในการทำแผนของหลายหน่วยงาน ข้อดี ของโครงการนี้คือมีทิศทางการดำเนินงานและกลุ่มเป้าหมายชัดเจน พื้นที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น ข้อด้อย คือ ความล่าช้าของการชี้แจงนโยบายและการสั่งการที่ซ้ำซ้อนกันจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การใช้งบประมาณมีรายละเอียดและขั้นตอนมาก ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญคือการมีนโยบายที่ชัดเจนและมีความต่อเนื่อง

ข้อเสนอจากผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่คือให้มีการทบทวนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ชัดเจน และให้บูรณาการแนวทางการดำเนินงานของทุกหน่วยงานใน ส่วนกลางให้ชัดเจนก่อนมีนโยบายไปสู่พื้นที่ โดยเฉพาะตัวชี้วัดผลงานและระบบรายงาน เพื่อลดภาระงานของผู้ปฏิบัติ และใช้เวลาในการให้บริการแก่ประชาชนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา คือนอกจากการประเมินแผนแล้วควรมีการติดตามการนำไปสู่การปฏิบัติและการศึกษาผลกระทบของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระยะยาว

**คำสำคัญ:** การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รูปแบบชิปปี การบริหารงบประมาณ

## บทนำ

ปัจจุบันด้วยกระแสการกระจายอำนาจ การปฏิรูประบบราชการและการบริหารงบประมาณแนวใหม่ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางสังคม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่จึงมีหลายหน่วยงานเข้าไปดำเนินการ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรเอกชนต่าง ๆ อีกทั้งงบประมาณที่ลงไปในพื้นที่ก็มาจากหลายแหล่ง สถานการณ์นี้มีทั้งข้อดีและข้อด้อย ข้อดีคือ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การระดมความคิด กำลังคนและงบประมาณ ข้อด้อยคือ การดำเนินงานขาดความเชื่อมโยงและบูรณาการ เกิดความซ้ำซ้อนของงานบางเรื่อง ในขณะที่ปัญหาบางเรื่องถูกละเลย เป็นผลให้การใช้จ่ายงบประมาณขาดประสิทธิภาพ สูญเสียกำลังคนและเวลา ปัญหาสาธารณสุขที่เคยควบคุมได้กลับทวีความรุนแรงขึ้นอีก<sup>(1,2)</sup>

จากรายงานการศึกษาเพื่อประเมินผลการจัดสรรงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือที่เรียกย่อว่าวงบ P&P (Prevention and Promotion) พบว่าเกิดความไม่ชัดเจนของบทบาทและภารกิจระหว่างหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเป็นอย่างมาก จึงมีเสียงเรียกร้องจากทั้งผู้บริหาร นักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานให้มีการปรับปรุงแนวทางการดำเนินการและบริหารงบประมาณดังกล่าว<sup>(3-6)</sup>

ดังนั้นในปีงบประมาณ 2551 กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะกลไกบริหารราชการซึ่งมีอำนาจหน้าที่ในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นหลัก โดยอาศัยนโยบายและโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคเป็นเครื่องมือ จึงได้ร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งมี

อำนาจหน้าที่บริหารเงินกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พิจารณาปรับปรุงแนวทางการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับบุคคลโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการใช้จ่ายงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด ด้วยการใช้แผนงานเชิงรุกส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่เป็นเครื่องมือ เน้นการดำเนินงานในลักษณะ “ร่วมกันคิด ช่วยกันทำ” เพื่อให้เกิดการบูรณาการทั้งในด้านงบประมาณและกิจกรรม<sup>(2,7)</sup>

ความร่วมมือในการบริหารงบประมาณนี้ เป็นการดำเนินงานในปีแรก เน้นเฉพาะงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับพื้นที่จังหวัด (P&P Area-based) เท่านั้น ไม่รวมอีก 3 หมวด คือ งบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศ (P&P Vertical program) ระดับ CUP (P&P Express demand) และระดับชุมชน (P&P Community)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบริบทปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการ คือ แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และแผนพัฒนาศักยภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะให้แก่ผู้บริหารในการปรับปรุงแนวทางการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปีต่อไป

## วิธีการศึกษา

1. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการ ด้วยการทบทวน วิเคราะห์และสังเคราะห์เอกสาร (documentary review) โดยยึดรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model)<sup>(8,9)</sup> ในการประเมิน

**การประเมินบริบท (Context)** เป็นการประเมินวัตถุประสงค์ของโครงการกับความสอดคล้องกับ

- นโยบาย ซึ่งประกอบด้วย บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ส่วนที่ 9 มาตรา 51, พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ หมวด 1 มาตรา 6, แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่

10. นโยบายของรัฐบาล, รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

- สถานการณ์ปัจจุบัน ได้แก่ ระบบสุขภาพที่เปลี่ยนไป การกระจายอำนาจ การบริหารงบประมาณ แนวใหม่

**ปัจจัยนำเข้า (Input)** เป็นการประเมินแนวทางการปฏิบัติ ได้แก่ กลวิธีดำเนินงาน แนวคิดในการบริหาร และจัดสรรงบประมาณ หน่วยงานที่รับผิดชอบและกำลังคน

**กระบวนการ (Process)** เป็นการประเมินกระบวนการดำเนินงานในส่วนกลางซึ่งได้แก่การเตรียมการ การกำหนดรูปแบบ ขั้นตอนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และแผนพัฒนาศักยภาพของจังหวัด การกำหนดแนวทางการติดตามประเมินผล และกระบวนการดำเนินงานในพื้นที่ได้แก่ การจัดทำแผนระดับเขตและระดับจังหวัด

**ผลผลิต** ได้แก่ แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และแผนพัฒนาศักยภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแผนได้แก่ แบบวิเคราะห์แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและแผนพัฒนาศักยภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและได้รับการตรวจสอบความครบถ้วนเชิงเนื้อหา (content validity)

ส่วนที่ 1 ครอบคลุมเนื้อหาข้อมูลสถานการณ์และแนวโน้ม ทรัพยากร งบประมาณ จุดอ่อน จุดแข็ง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดยุทธศาสตร์ ความสอดคล้องของแผนกับนโยบายระดับสูง ครอบคลุมงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การติดตามประเมินผล การพัฒนาศักยภาพ รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ แต่ละข้อประกอบด้วยข้อมูลย่อย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

แผนงานที่ไม่มีข้อมูลตามที่กำหนด จัดอยู่ในกลุ่มไม่มีข้อมูล ให้คะแนน 0 คะแนน

แผนงานที่มีข้อมูลตามที่กำหนดร้อยละ 1-50 จัด

อยู่ในกลุ่มมีข้อมูลบ้าง ให้คะแนน 1 คะแนน

แผนงานที่มีข้อมูลตามที่กำหนดร้อยละ 51-100 จัดอยู่ในกลุ่มมีข้อมูลเหมาะสม ให้คะแนน 2 คะแนนรวม 24 คะแนน

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลการบริหารจัดการของความครบถ้วนและทันเวลาในการจัดส่งแผนตามกำหนด รวม 2 ข้อ ๆ ละ 3 คะแนน รวม 6 คะแนน รวมคะแนนทั้งสิ้น 30 คะแนน นำค่าคะแนนมาจัดกลุ่มจังหวัดออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 จังหวัดที่จัดทำแผนมีคุณภาพดี ช่วงคะแนน 21-30

กลุ่มที่ 2 จังหวัดที่จัดทำแผนมีคุณภาพปานกลาง ช่วงคะแนน 11-20

กลุ่มที่ 3 จังหวัดที่จัดทำแผนมีคุณภาพจำกัด ช่วงคะแนน 0-10

กลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เลือกตัวแทนกลุ่มละ 1 จังหวัด เพื่อศึกษากระบวนการจัดทำแผนด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งครอบคลุมข้อมูล ผู้จัดทำแผน แนวคิด ขั้นตอน หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณ กระบวนการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ การติดตามประเมินผล ปัญหาและอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ/ล้มเหลว และข้อเสนอแนะ

3. การวิเคราะห์ข้อมูลแผนใช้สถิติเชิงปริมาณ โดยใช้ค่าจำนวน และร้อยละ

## ผลการศึกษา

### 1. การประเมินบริบท

พบว่าวัตถุประสงค์ของโครงการ คือ “เพื่อดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกในพื้นที่ ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคท้องถิ่นอันเป็นการดำเนินงานในลักษณะ ร่วมกันคิดช่วยกันทำ เพื่อให้เกิดการบูรณาการทั้งงบประมาณและกิจกรรม” มีความชัดเจนและสอดคล้องกับนโยบาย ได้แก่

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ส่วนที่ 9 มาตรา 51 ได้บัญญัติไว้ว่า “บุคคลย่อม

มีสิทธิเสมอกันในการได้รับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน ซึ่งต้องเป็นไปอย่างทั่วถึง บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม<sup>(10)</sup>

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 หมวด 1 สิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ มาตรา 6 ได้บัญญัติไว้ว่า “สุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพ ต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ และคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม<sup>(11)</sup>

นโยบายของรัฐบาลสมัยพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี ได้กำหนดนโยบายด้านสังคมในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิต สังคม และปัญญา โดยการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อม ที่เน้นการมีส่วนร่วม และพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้งยามปกติและฉุกเฉินที่สมดุลทั้งการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การบริการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพ ทั่วถึงและเป็นธรรมรวมทั้งให้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ<sup>(12)</sup>

นโยบายของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2551 ข้อที่ 7 “สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญตามหลักการสร้างนำซ่อมโดยการพัฒนามาตรการที่ได้ผลในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ และการใช้แนวทางการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง<sup>(13)</sup>

นโยบายของปลัดกระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ 2551 ข้อที่ 4 “เพื่อเพิ่มพลังขับเคลื่อนสุขภาพสังคมด้วยเครือข่ายและความร่วมมือกับทุกองค์กร<sup>(14)</sup>

นอกจากนี้วัตถุประสงค์ของโครงการยังสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน คือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 มาตรา 78 ซึ่งกำหนดให้รัฐสนับสนุนให้จังหวัดมีแผนและงบประมาณ

เพื่อพัฒนาจังหวัด และพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2550 มาตรา 7 ให้เพิ่มความเป็นพรรคสามของ มาตรา 52 แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 “เพื่อประโยชน์ในการบริหารงานแบบบูรณาการในจังหวัดหรือกลุ่มจังหวัด ให้จังหวัดหรือกลุ่มจังหวัดยื่นคำขอจัดตั้งงบประมาณได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา<sup>(15)</sup> ดังนั้นบทบาทภารกิจและงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงมีได้อยู่ที่กระทรวงสาธารณสุขหน่วยงานเดียวอีกต่อไป

ในอดีตกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน แต่ปัจจุบันได้มีการจัดตั้งหน่วยงานอิสระ เช่น สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เป็นต้น หน่วยงานเหล่านี้มีบทบาทหน้าที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค บางหน่วยงานยังให้การสนับสนุนงบประมาณด้วย ดังนั้นเพื่อให้การใช้งบประมาณของประเทศเกิดประสิทธิภาพสูงสุดจึงมีความจำเป็นที่จะต้องร่วมมือกันในรูปแบบบูรณาการทั้งงบประมาณและกิจกรรม

## 2. การประเมินปัจจัยนำเข้า

ความร่วมมือในการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีปัจจัยนำเข้า 3 ประการ ได้แก่

2.1 กลวิธีดำเนินงาน ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับกระทรวง ระดับเขต และระดับจังหวัดโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และคณะกรรมการประสานการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขต และจังหวัด โดยปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบ

ด้วยผู้แทนของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนด แนวทางการบริหารงบประมาณ และให้การสนับสนุน รวมทั้งการควบคุมกำกับติดตามประเมินผล

2.2 กรอบแนวคิดในการบริหารงบประมาณ ได้มีการกำหนดรายละเอียดของการจัดสรรงบประมาณ ต่อหัวประชากรสำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในแต่ละงานและแต่ละระดับของพื้นที่ โดยในระดับเขตกำหนดให้ใช้งบประมาณเพื่อพัฒนาศักยภาพของจังหวัดในเขต 10 บาทต่อหัวประชากร ใช้ในโครงการวิจัยนำร่อง 2.40 บาทต่อหัวประชากร และมีเงินสำหรับค่าบริหารจัดการในระดับเขตอีก 0.06 บาทต่อหัวประชากร

ในระดับจังหวัดได้จัดสรรเงินสำหรับใช้ในการจัดทำแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของหน่วยงานในจังหวัด คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลประจำจังหวัด และหน่วยงานระดับอำเภอ คือ โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เป็นเงิน 20.21 บาทต่อหัวประชากร ส่วนในระดับตำบลแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ตำบลที่มีกองทุนตำบล

และตำบลที่ไม่มีกองทุนตำบลให้จัดสรรให้สถานีอนามัยแทน เป็นเงินรวมกัน 37.50 บาทต่อหัวประชากร และ มีงบประมาณสำหรับการพัฒนาศักยภาพของจังหวัด เป็นเงิน 2.94 บาทต่อหัวประชากร ดังแสดงในรูปที่ 1 เงินทั้งหมดจะโอนไปให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานในจังหวัดจะต้องจัดทำแผนเพื่อรองรับเงินดังกล่าว หากไม่มีแผนก็จะไม่สามารถใช้เงินที่โอนมาได้ และแผนนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการระดับจังหวัดและระดับเขตตามลำดับ

2.3 หน่วยงานที่รับผิดชอบ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายงาน คือ สำนักตรวจราชการ และสำนักตรวจและประเมินผล ซึ่งมีหน้าที่ติดตาม ควบคุม กำกับการบริหารงบประมาณของหน่วยงานในพื้นที่ และประสานกับหน่วยงานของกรมวิชาการเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ซึ่งทำหน้าที่เป็นเลขานุการให้กับคณะกรรมการและคณะทำงานชุดต่าง ๆ เพื่อผลักดัน

กรอบแผนงานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก ภาพรวมประเทศ					
แผน PP ระดับเขต (PP area-based)		แผน PP ระดับจังหวัด (PP area-based)		แผน PP ระดับตำบล (PP community)	
แผนพัฒนาศักยภาพ ระดับจังหวัด	แผนพัฒนาโครงการ นำร่องระดับเขต	แผน PP จังหวัด	แผน PP อำเภอ	แผน PP กองทุนตำบล	แผน PP ตำบล
10 บาท	2.40 บาท	20.21 บาท		37.50 บาท	
งบพัฒนาระบบระดับเขต 0.06 บาท		งบพัฒนาระบบระดับจังหวัดและอำเภอ 2.94 บาท			
คกก. PP ระดับเขต		คกก. PP ระดับจังหวัด			

หมายเหตุ ตัวเลขที่แสดงเป็นงบ PP รายหัวที่หักเงินเดือนแล้ว คิดประชากรทั้งประเทศ 63.131 ล้านคน  
ที่มา: สุริยะ วงศ์คงคาเทพ; 2550

รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการบริหารงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

นโยบายไปสู่การปฏิบัติ วิเคราะห์และประเมินผลการจัดทำแผน และเป็นแกนกลางในการประสานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง<sup>(16)</sup>

ในส่วนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีกองทุนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่ร่วมให้การสนับสนุน

### 3. การประเมินกระบวนการดำเนินงาน

#### 3.1 กระบวนการดำเนินงานในส่วนกลาง

คณะกรรมการและคณะทำงานที่ได้รับการแต่งตั้งในระดับกระทรวงได้มีการดำเนินการดังนี้

คณะกรรมการยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้ประชุมกำหนดนโยบายบริหารงบประมาณ อำนาจการ สั่งการและให้การสนับสนุนความร่วมมือในการบริหารงบประมาณ

คณะทำงานกำหนดกรอบแผนงานเชิงรุก ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำกรอบยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับประเทศเพื่อเป็นกรอบให้หน่วยงานในพื้นที่อ้างอิง

คณะทำงานกำหนดรูปแบบ ขั้นตอน การจัดทำแผนพื้นที่ ได้จัดทำคู่มือและแนวทางการจัดทำแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบบูรณาการในระดับเขตและระดับจังหวัด

คณะทำงานประเมินผล ได้จัดทำกรอบการติดตามและประเมินผลโครงการ และมอบหมายให้นักวิชาการทำการประเมินผล

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานบริหารงบประมาณแก่ผู้บริหารและนักวิชาการในส่วนกลาง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพหรือหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขทุกแห่ง ผู้แทนผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และสาธารณสุขอำเภอเขตละ 1 คน รวม 537 คน เมื่อวันที่

14 ธันวาคม 2550 โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน

กระทรวงสาธารณสุขได้มีหนังสือถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งให้ดำเนินการจัดทำแผนและรวบรวมส่งให้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ภายในวันที่ 14 มีนาคม 2551 และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ได้ส่งโทรสารตามอีกครั้งในเดือนมิถุนายน 2551

#### 3.2 กระบวนการดำเนินงานในพื้นที่

จากการที่กระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งไปยังผู้ตรวจราชการประจำเขตและนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดให้แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารงบประมาณระดับเขตและระดับจังหวัดเพื่อทำหน้าที่กำหนดกรอบแผนงานเชิงรุกงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับเขตและระดับจังหวัด สนับสนุนให้ให้จัดทำแผนพิจารณาถ่วงถ่วงและอนุมัติแผน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานและใช้งบประมาณตามแผนและแนวทางที่คณะกรรมการส่วนกลางได้กำหนดไว้ พบว่าได้จัดตั้งคณะกรรมการดังกล่าวทั้งในระดับเขตและจังหวัดหรือใช้คณะกรรมการที่มีอยู่แล้วดำเนินการแทนครบทุกเขตและจังหวัด

### 4. การประเมินผลผลิตของการดำเนินงาน

ผลผลิตเบื้องต้นของโครงการนี้ คือ แผนได้มีจังหวัด (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) ที่จัดส่งแผนให้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์รวม 72 จังหวัด (96.00%) และจากการวิเคราะห์คุณภาพของการจัดทำแผนและให้คะแนนตามเกณฑ์ สามารถแบ่งกลุ่มจังหวัดได้เป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มจังหวัดที่มีการจัดทำแผนมีคุณภาพดี 19 จังหวัด (26.39%) มีคุณภาพปานกลาง 46 จังหวัด (63.89%) และมีคุณภาพจำกัด เป็นจำนวน 7 จังหวัด (9.72%) โดยมีรายละเอียดผลของการวิเคราะห์แผนตามเกณฑ์ดังนี้

จังหวัดมีผลการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์และความเสี่ยงเหมาะสมจำนวน 18 จังหวัด (25%) และวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และความเสี่ยงอย่าง

เหมาะสมจำนวน 13 จังหวัด (18.06%) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาอย่างเหมาะสม 15 จังหวัด (20.83%) วิเคราะห์งบประมาณ เหมาะสม และมีเทคนิคการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์ เช่น SWOT Analysis ที่เหมาะสม 16 จังหวัด (22.22%) มีการจัดทำแผนสอดคล้องกับนโยบายระดับสูงอย่างเหมาะสม เช่น แผนพัฒนาจังหวัด กรอบแผนงานเชิงรุกของเขต แผนของกระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 และนโยบายรัฐบาล จำนวน 12 จังหวัด (16.67%) จัดทำแผน ครอบคลุมนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข อย่างเหมาะสม 56 จังหวัด (77.78%) จัดทำแผนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอย่างเหมาะสม 44 จังหวัด (61.11%) บูรณาการแผนอย่างเหมาะสม 8 จังหวัด (11.11%) แสดงในตารางที่ 1

ในส่วนของการทำงานพัฒนาศักยภาพของจังหวัดซึ่งประกอบด้วย การเสริมสร้างความเข้มแข็งของจังหวัดด้วยแผนพัฒนาบุคลากร แผนพัฒนาความรู้ และแผนพัฒนาระบบข้อมูล พบว่าการจัดทำแผนมีข้อมูลเหมาะสมถึง 48 จังหวัด (66.67%) และมีข้อมูลบ้าง 20 จังหวัด (27.78%) (ตารางที่ 2)

ในด้านการบริหารจัดการซึ่งประกอบด้วย การจัดส่งแผนครบทั้ง 3 แผน คือ กรอบแผนงานเชิงรุกของจังหวัด แผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แผนพัฒนาศักยภาพของจังหวัด มีจังหวัดที่จัดส่งทันตามเวลาที่กำหนดคือภายในวันที่ 14 มีนาคม 2551 จำนวน 36 จังหวัด (50%) และมีจังหวัดที่จัดส่งแผนครบทั้ง 3 แผนเพียง 8 จังหวัด (11.11%) ดังแสดงในตารางที่ 3

จากการสอบถามจังหวัดตัวอย่างที่มีผลการจัดทำแผนคุณภาพดี ปานกลางและจำกัดกลุ่มละ 1 จังหวัด พบว่ากระบวนการในการจัดทำแผนของทั้ง 3 จังหวัดมีประเด็นที่น่าสนใจคือจังหวัดที่มีผลการจัดทำแผนคุณภาพดีมีกระบวนการจัดทำแผนที่เป็นระบบและมีการใช้เทคนิคการวิเคราะห์สถานการณ์และความเสี่ยงเพื่อกำหนดยุทธศาสตร์หลายเทคนิคร่วมกัน คือ SWOT

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>การนำเสนอข้อมูลสถานการณ์และความเสี่ยง</b>		
ไม่มีข้อมูล	28	38.89
มีข้อมูลบ้าง	26	36.11
มีข้อมูลเหมาะสม	18	25.00
<b>การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และความเสี่ยง</b>		
ไม่มีข้อมูล	43	59.72
มีข้อมูลบ้าง	16	22.22
มีข้อมูลเหมาะสม	13	18.06
<b>การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา</b>		
ไม่มีข้อมูล	47	65.28
มีข้อมูลบ้าง	10	13.89
มีข้อมูลเหมาะสม	15	20.83
<b>การวิเคราะห์งบประมาณ</b>		
ไม่มีข้อมูล	36	50.00
มีข้อมูลบ้าง	20	27.78
มีข้อมูลเหมาะสม	16	22.22
<b>เทคนิคการวิเคราะห์เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์</b>		
ไม่มีข้อมูล	46	63.89
มีข้อมูลบ้าง	10	13.89
มีข้อมูลเหมาะสม	16	22.22
<b>ความสอดคล้องของการจัดทำแผนกับนโยบายระดับสูง</b>		
ไม่มีข้อมูล	31	43.06
มีข้อมูลบ้าง	29	40.28
มีข้อมูลเหมาะสม	12	16.67
<b>ความครอบคลุมของงานตาม vertical program</b>		
ไม่มีข้อมูล	2	2.78
มีข้อมูลบ้าง	43	59.72
มีข้อมูลเหมาะสม	27	37.50
<b>ความครอบคลุมของงานตามนโยบายของกระทรวง</b>		
ไม่มีข้อมูล	2	2.78
มีข้อมูลบ้าง	14	19.44
มีข้อมูลเหมาะสม	56	77.78
<b>ความครอบคลุมของงานตามปัจจัยเสี่ยง</b>		
ไม่มีข้อมูล	3	4.17
มีข้อมูลบ้าง	25	34.72
มีข้อมูลเหมาะสม	44	61.11
<b>การบูรณาการแผน</b>		
ไม่มีข้อมูล	13	18.06
มีข้อมูลบ้าง	51	70.83
มีข้อมูลเหมาะสม	8	11.11
<b>การจัดทำแผนติดตามและประเมินผล</b>		
ไม่มีข้อมูล	30	41.67
มีข้อมูลบ้าง	21	29.17
มีข้อมูลเหมาะสม	21	29.17

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์แผนพัฒนาศักยภาพของจังหวัด

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความครอบคลุมของการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพของจังหวัด</b>		
ไม่มีข้อมูล	4	5.56
มีแผนพัฒนาบุคลากร องค์ความรู้ และระบบข้อมูล อย่างใดอย่างหนึ่งหรือสองอย่าง	20	27.78
มีแผนครบทั้งการพัฒนาบุคลากร องค์ความรู้ และระบบข้อมูล	48	66.67

ตารางที่ 3 การบริหารจัดการ

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>การจัดส่งแผนตามที่กำหนด</b>		
ส่งหลังวันที่ 13 มิถุนายน 2551	1	1.39
ส่งระหว่างวันที่ 15 มีนาคม - 13 มิถุนายน 2551	35	48.61
ส่งภายในวันที่ 14 มีนาคม 2551	36	50.00
<b>ความครบถ้วนของการจัดทำและจัดส่งแผน</b>		
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	36	50.00
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและแผนพัฒนาศักยภาพจังหวัด	28	38.89
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค แผนพัฒนาศักยภาพจังหวัด และกรอบแผนงานเชิงรุกของจังหวัด	8	11.11

Analysis, MPQA, และ PEST Analysis และได้มีการพิจารณากรอบนโยบายตั้งแต่ระดับประเทศ ระดับกระทรวง ระดับเขต จนถึงแผนพัฒนาของจังหวัดเป็นแนวทางในการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในด้านการบูรณาการแผนมีการบูรณาการหน่วยงานในแนวราบคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลประจำจังหวัด และแนวตั้งคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัย

ข้อดีของความร่วมมือในการบริหารงบประมาณครั้งนี้ทั้ง 3 จังหวัดมีความเห็นตรงกันคือ มีทิศทางการดำเนินงานและกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน พื้นที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น ส่วนข้อด้อยคือมีการสั่งการที่ซ้ำซ้อนกันจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการใช้งบประมาณมี

รายละเอียดและระเบียบขั้นตอนมาก ขาดความยืดหยุ่น ในด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการมีนโยบายที่ชัดเจน มีความต่อเนื่องทั้ง 3 จังหวัดมีข้อเสนอแนะต่อการบริหารงบประมาณนี้คือให้มีการทบทวนบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้มีการบูรณาการการทำงานของส่วนกลางที่เกี่ยวกับนโยบาย การสั่งการ และให้มีการชี้แจงนโยบายต้นปี (ตารางที่ 4)

### วิจารณ์

ความร่วมมือในการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปีงบประมาณ 2551 ซึ่งเป็นปีแรก พบว่าประสบความสำเร็จตาม



ตารางที่ 4 สรุปผลการศึกษาระบบงานการจัดทำแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของจังหวัดที่มีผลการจัดทำแผนดี ปานกลาง และจำกัด

ประเด็นศึกษา	การจัดทำแผนคุณภาพดี	การจัดทำแผนคุณภาพปานกลาง	การจัดทำแผนคุณภาพจำกัด
1. ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	กลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
2. แนวคิดในการจัดทำแผน	นโยบายระดับประเทศจนถึงจังหวัดตามลำดับ	นโยบายระดับประเทศจนถึงจังหวัดบางส่วน	นโยบายระดับประเทศจนถึงจังหวัดบางส่วน
3. กระบวนการจัดทำแผน	1. มีคณะกรรมการและคณะทำงาน 2. เทคนิค SWOT, MPQA, PEST analysis	1. มีวิทยากรจากภายนอก 2. เทคนิค SWOT, BSC	1. มีคณะกรรมการและคณะทำงาน 2. เทคนิค SWOT analysis
4. หลักเกณฑ์และรูปแบบการจัดสรรงบประมาณไปสู่อำเภอ	ให้เขียนโครงการ (Reactive granting) มาขอรับงบประมาณ	จัดตั้งกองทุนจ่ายตามผลงาน	ไม่ชัดเจน
5. การบูรณาการแผน/งบประมาณ	มีทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง	มีทั้งในแนวราบและแนวดิ่ง	มีในแนวราบ
6. การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ	แต่งตั้งคณะทำงานและใช้แผนปฏิบัติการ	ใช้แผนปฏิบัติการเป็นคู่มือในการทำงาน	ใช้แผนปฏิบัติการ
7. การติดตามประเมินผล	คณะกรรมการติดตามประเมินผลตามแผน	อปสจ การตรวจราชการ/นิเทศงาน	คปสอ ระบบรายงาน
8. ปัญหา/อุปสรรค	นโยบายและการจัดสรรงบประมาณล่าช้า	นโยบายการจัดสรรงบประมาณไม่ชัดเจน	นโยบายการจัดสรรงบประมาณไม่ชัดเจน
9. ข้อดี	ทิศทางการทำงานและกลุ่มเป้าหมายชัดเจน	การดำเนินงานชัดเจน งบประมาณเพิ่มมาก	งบประมาณเพิ่มมาก
10. ข้อด้อย	การทำงานซ้ำซ้อนระหว่าง กระทรวงและ สปสช. ตัวชี้วัดเพิ่ม คำนึงถึงเงินขาดความเอื้อเพื่อ	การใช้งบประมาณมีรายละเอียดมาก ส่วนกลางไม่ได้บูรณาการนโยบาย	การชี้แจงไม่ถึงผู้ปฏิบัติ ระเบียบขั้นตอนมากขึ้น
11. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	นโยบายที่ชัดเจน การควบคุมกำกับ อย่างต่อเนื่อง	นโยบายที่ชัดเจน, ความร่วมมือของทุกฝ่าย	แนวทางที่ชัดเจน งบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ
12. ปัจจัยแห่งความล้มเหลว	การไม่บูรณาการนโยบายของส่วนกลาง	ความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย	ภาระงานที่เพิ่มขึ้น
13. ข้อเสนอแนะ	1. บทบาทที่ชัดเจนของกระทรวงฯ และ สปสช. 2. ตัวชี้วัดที่บูรณาการแล้วของส่วนกลาง 3. การจัดสรรงบประมาณควรทำวงเดียว	1. ควรชี้แจงนโยบายแต่ต้นปี 2. ไม่ควรเปลี่ยนแปลงนโยบายบ่อย 3. กำหนดตัวชี้วัดครั้งเดียวตั้งแต่ต้นปี	1. ควรมีการชี้แจงแนวทางการจัดสรรงบประมาณให้กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง 2. ตัวชี้วัดและการรายงานเท่าที่จำเป็น

วัตถุประสงค์ระดับปานกลาง เพราะการจัดทำแผนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีคุณภาพดีร้อยละ 26 ส่วนใหญ่มีคุณภาพดีปานกลางร้อยละ 63.89 ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดของการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเอกสารที่ส่งมา ซึ่งพบว่ามีการจัดส่งแผนครบทั้งกรอบแผนงานเชิงรุก แผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และแผนพัฒนาจังหวัดเพียง 8 จังหวัด (11.11%) ส่วนใหญ่จะจัดส่งเพียงแผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (36 จังหวัดหรือ 50%) อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดของแผนพบว่าแผนมีความครอบคลุมนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเหมาะสมถึง 56 จังหวัด (77.78%) มีความครอบคลุมแผนงานที่บริหารระดับประเทศ (vertical program) อย่างเหมาะสม 27 จังหวัด (37.52%) และอีก 43 จังหวัด (59.72%) มีการจัดทำ

แผนที่ครอบคลุมแผนงานระดับประเทศบางส่วน นอกจากนั้นยังจัดทำแผนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้คัดเลือกไว้ 14 ปัจจัย เช่น การงดบุหรี่ เหล้า การบริโภคอาหารที่ดี การออกกำลังกาย การลดความเครียดอย่างเหมาะสมถึง 44 จังหวัด (61.11%) ทั้งนี้เพราะมีปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้ประสบความสำเร็จตามกรอบการประเมิน CIPP model คือ

#### ปัจจัยด้านบริบท

มีปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการ นอกเหนือจากความชัดเจนของการส่งสัญญาณนโยบายจากรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ยังมีการตั้งวัตถุประสงค์และเป้า-

หมายที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันคือการกระจายอำนาจและการจัดสรรงบประมาณแนวใหม่ให้จังหวัดจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดและจัดทำคำของบประมาณได้เอง<sup>(15)</sup> กระทรวงสาธารณสุขจึงต้องใช้กระบวนการของความร่วมมือและการบูรณาการ และเครื่องมือที่ดีที่สุดคือแผน<sup>(17)</sup>

### ปัจจัยด้านปัจจัยนำเข้า

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นภารกิจที่หน่วยงานทางสาธารณสุขไม่ว่าจะเป็นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ หรือสถานีอนามัย ต้องให้บริการอยู่แล้ว การที่กระทรวงสาธารณสุขในฐานะหน่วยงานหลักในการกำหนดนโยบาย (policy formulation) และเป็นหน่วยงานที่มีสถานบริการ (provider) มากที่สุด ร่วมมือกับผู้ซื้อบริการ (purchaser)<sup>(18)</sup> คือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดกรอบแนวทางในการบริหารงบประมาณ และกลวิธีดำเนินงาน จึงเป็นการเสริมพลัง (empower) และสร้างปัจจัยเอื้อ (enabling factor) ให้หน่วยงานบริการในพื้นที่จัดทำแผนได้ดีขึ้น

### ปัจจัยด้านกระบวนการ

คณะกรรมการและคณะทำงานที่กระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง โดยมีผู้แทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกอบด้วยผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติงาน ได้ร่วมกันเตรียมการเป็นลำดับ ขั้นตอน และส่งต่อกันครบวงจร ตั้งแต่การกำหนดกรอบยุทธศาสตร์งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับกระทรวง จัดทำขั้นตอนการจัดทำแผนแบบบูรณาการ จัดทำคู่มือ จัดประชุมชี้แจงนโยบาย กำหนดแนวทางการนิเทศ ควบคุมกำกับและติดตามการใช้งบประมาณ รวมทั้งการประเมินผลทั้งในรูปแบบรายงานปรกติและการศึกษาวิจัย

แม้กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจะได้กำหนดกรอบแนวทางการบริหารงบประมาณไว้แล้ว แต่หน่วยงานในจังหวัดยัง

ต้องมีกระบวนการในการดำเนินงานให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชน ดังนั้นยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือการดำเนินการในลักษณะ “ร่วมกันคิด ช่วยกันทำ” โดยใช้แผนบูรณาการเป็นเครื่องมือ ซึ่งพบว่าการจัดทำแผนบูรณาการถึง 59 จังหวัด (81.94%)

### ปัจจัยด้านผลผลิต

ผลผลิตเบื้องต้น (immediate product) ที่สำคัญของความร่วมมือในการบริหารงบประมาณ คือ แผนงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และแผนพัฒนาจังหวัด ซึ่งจังหวัดจัดทำแผนทั้ง 75 จังหวัด แต่รวบรวมได้ 72 จังหวัดและจัดส่งครบตามที่แจ้งเพียง 8 จังหวัด ทั้งนี้เพราะกระทรวงสาธารณสุขมิได้เป็นเจ้าของงบประมาณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้จัดสรรเงินไปที่หน่วยงานแล้ว แต่ถึงกระนั้นก็ยังถือว่าจังหวัดให้ความร่วมมือในการจัดส่งแผนดี ปัจจัยนี้เป็นสิ่งที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องทบทวนบทบาทหน้าที่และหน่วยงานส่วนกลางจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทให้สอดคล้องกับสถานการณ์<sup>(19)</sup> เพื่อให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเกิดประโยชน์ต่อประชาชนสูงสุดด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและเป็นการสร้างเสริมสุขภาพคือการมีส่วนร่วมของประชาชนมิใช่ส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น<sup>(20)</sup>

### สรุปและข้อเสนอแนะ

จากความสำเร็จของความร่วมมือในการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในปี 2551 ซึ่งเกิดจากปัจจัยดังที่กล่าวข้างต้น จึงเป็นบทสรุปของความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการกำหนดนโยบาย กับทั้งเป็นผู้ให้บริการที่มีหน่วยงานมากที่สุดในประเทศไทย กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่เป็นผู้ซื้อบริการสุขภาพรายใหญ่และมีงบประมาณมากที่สุดเพราะดูแลประชาชนถึง 47 ล้านคน ควรพิจารณาความร่วมมือในด้านอื่น ๆ ต่อไป เพื่อให้ประชาชนคนไทยมีสุขภาพดี แต่

ทั้งนี้จะต้องมีการทบทวนบทบาทภารกิจของกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้วบูรณาการแนวคิด วิธีดำเนินการให้เรียบร้อยก่อนที่จะมีนโยบายไปสู่พื้นที่ เพื่อลดความซ้ำซ้อนและเพิ่มภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติงาน

นอกจากการวิเคราะห์คุณภาพของการจัดทำแผนแล้ว ควรจะได้มีการศึกษาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามแผน และศึกษาผลกระทบจากการดำเนินงานด้วย

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สุริยะ วงศ์คงคาเทพ สาธารณสุขนิเทศก์ เขต 3 นพ.ศุภกิจ ศิริลักษณ์ ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ที่ได้กรุณาประสิทธิประสาทองค์ความรู้เกี่ยวกับการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคและการจัดทำแผนพื้นที่ กลุ่มงานประกันสุขภาพและกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งที่ได้กรุณาจัดส่งแผนพร้อมนี้ขอขอบคุณ คุณรสสุคนธ์ กังวาลเลิศ คุณพันธ์ทิพย์ ธรรมผลโรช และคุณอัจฉรา เนตรศิริและทีมงาน ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การปรับบทบาทภารกิจและโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: ยุทธรินทร์; 2545.
2. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. แนวทางการบริหารงบประมาณ P&P ระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2551. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครั้งที่ 1/2550; 7 พฤศจิกายน 2550; ณ ห้องประชุมพระยาชัยนาทนเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
3. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, ลัดดา ดำริการเลิศ, ภูษิต ประคองสาย, วีระศักดิ์ พุทธาศรี, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, พินิจ ฟ้าอำนวยผล

- และคณะ. รูปแบบทางเลือกการบริหารจัดการงบประมาณเพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรครายได้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2550.
4. คณะทำงานพัฒนารูปแบบการจัดสรรเงินส่งเสริมสุขภาพภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ข้อเสนอเพื่อการพัฒนารูปแบบการจัดสรรงบประมาณและการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครายได้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปีงบประมาณ 2551. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2550.
5. วีระศักดิ์ พุทธาศรี. รูปแบบทางเลือกการบริหารจัดการงบประมาณ เพื่องานด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคผ่านกลไกระดับจังหวัด. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2550.
6. สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์. รูปแบบทางเลือก การคลังงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในชุมชน. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาลหลักประกันสุขภาพไทย; 2550.
7. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. ระบบ ขั้นตอน และกระบวนการจัดทำแผนแก้ปัญหาพื้นที่ภายใต้งบประมาณส่งเสริมสุขภาพ โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า “ร่วมกันคิด ช่วยกันทำ”: เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครั้งที่ 1/2550; 7 พฤศจิกายน 2550; ณ ห้องประชุมพระยาชัยนาทนเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2550.
8. นิตยา จันทรเรือง มหาผล. การประเมินผล. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2550; 16(1):3-9.
9. Stufflebeam DL. The CIPP model of evaluation. In : Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. Evaluation model, 2nd ed. Boston : Kluwer Academic Publishers; 2000. p. 27-35.
10. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 124, ตอนที่ 47 ก. (ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2550).
11. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สหพัฒนไพศาล; 2550.
12. คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดย พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ วันที่ 3 พฤศจิกายน 2549. วารสารข้าราชการ 2549; 51(5):5-12.
13. ฝ่ายวิเคราะห์และประมวลข่าวสาร กลุ่มสารนิเทศ. นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (น.พ. มงคล ณ สงขลา). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
14. ฝ่ายวิเคราะห์และประมวลข่าวสาร กลุ่มสารนิเทศ. นโยบายปลัดกระทรวงสาธารณสุข (น.พ. ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์).นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
15. กลุ่มกฎหมายสำนักบริหารกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2550. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
16. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. บทบาทของสำนักตรวจราชการและสำนักตรวจประเมินผลในการบริหารงบประมาณส่งเสริมสุขภาพ

- ระดับเขตและจังหวัด. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ครั้งที่ 2/2550; 6 ธันวาคม 2550; ณ ห้องประชุมพระยาชัยนาทนเรนทร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข; 2550.
17. สุจริต ศรีประพันธ์. แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล: ยากจริงหรือ? วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2545; 11(4):397-408.
  18. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2545.
  19. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) เสนอต่อแผนงานร่วมสร้างเสริมสุขภาพกับระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
  20. อัมพล จินดาวัฒน์. ส่งเสริม-สร้างเสริม สุขภาพ. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2546; 26 (2):11-17.

**Abstract The Evaluation of Cooperation in the Management of Health Promotion and Disease Prevention Budget between the Ministry of Public Health and the National Health Security Office**

**Aree Wadwongtham**

Bureau of Policy and Strategy

*Journal of Health Science* 2008; 17:SVII1915-27.

This study was aimed at evaluating the quality of the Health Promotion and Disease Prevention Plans of Provincial Public Health Offices as the immediate product of cooperation in the management of the Health Promotion and Disease Prevention Budget between the Ministry of Public Health (MOPH) and the National Health Security Office (NHSO) in fiscal year 2008 under the CIPP model.

The results of quality analysis of the plans collected from 72 provinces with established criteria revealed that the plans were classified into three groups: high, moderate and low, at the proportion of 26.39, 63.89 and 9.72 percent respectively. In details, the 77.78 percent of the plans covered urgent policies of MOPH, 97.72 percent covered vertical programs, 95.83 percent covered 14 risk factors determined by NHSO. Of the 72 provinces, 81.94 percent had integrated plans and 66.67 percent had potential development plans for health promotion and disease prevention. These were the results of good objectives of the project which were in line with the policies of the government and MOPH, particularly with respect to socio-economic situations, decentralization trends and new budget allocation guidelines. This project had good administrative concepts and a clear process of implementation. There was also a meeting for provincial health officials concerned to clarify the policy and implementation procedures, followed by monitoring and evaluation of the budget management.

Case studies were conducted on three randomly selected provinces, each with high, moderate and low quality of plan, respectively. It was found that there was no difference in the process of plan development, but the one with a high-quality plan had a systematic and formal strategic planning process using various techniques.

The weaknesses of this project were late policy implementation and redundant orders from both MOPH and NHSO.

The provinces participating in the case studies suggested that there should be a review of roles and missions of MOPH and NHSO, all policies from all departments should have been integrated by the ministry before being disseminated to provinces for implementation, the continuity of the policy should have been maintained, and the performance indicators and reporting systems should have been streamlined. These should have helped reduce workload, so health care professionals would be able to devote more time and efforts to services.

In addition, there should be a mechanism for monitoring the implementation of the plans and a study on the effect of health promotion and disease prevention programmes.

**Key words:** health promotion and disease prevention, CIPP Model, budget administration