

การจัดทำแผนพัฒนาจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒

อังรา เนตรศิริ*

สารศิริ อาจคงทนาย*

วนิดา รุจจนเวท*

สุภาวร มณีเมฆาร*

ร่ำไพ แก้ววิเชียร*

บทคัดย่อ

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ จะเป็นปีแรกที่กระทรวงมหาดไทยสั่งการให้จังหวัดจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และแก้ไขเพิ่มเติมโดย (ฉบับที่ ๑) พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๕๒ ซึ่งมีผลให้จังหวัดเป็นนิติบุคคลสามารถเสนอของบประมาณจากสำนักงบประมาณได้เช่นเดียวกับกรม เรียกว่า งบพัฒนาจังหวัด. ดังนั้นสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ทำการศึกษากำหนดแผนของจังหวัดในบริบทของแผนภาพรวมจังหวัด แผนพัฒนาจังหวัดด้านสาธารณสุขและแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการวางแผนในปีต่อไป โดยได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในช่วงเดือนมิถุนายน-สิงหาคม ๒๕๕๑ เก็บข้อมูลในพื้นที่ทั้ง ๔ ภาค ภาคละ ๑ จังหวัด ได้แก่ ภาคกลาง-สมุทรสงคราม, ภาคเหนือ-ลำพูน, ภาคตะวันออก-ฉะเชิงเทรา และภาคใต้ - กระบี่ ร่วมกับการจัดให้มีเวทีตรวจสอบข้อมูลโดยมีตัวแทนจาก ๑๕ จังหวัด.

จากการศึกษาพบว่าจังหวัดยังไม่มีความพร้อมเท่าที่ควร เนื่องจากมีระยะเวลาจำกัดในการทำแผน และส่วนกลางเร่งรัด. การทำแผนจึงเป็นลักษณะของแผนส่วนราชการ ที่อิงโครงสร้างจังหวัด อำเภอ ตำบล เสนอของบประมาณขึ้นมาที่จังหวัด, โดยยังไม่มีการศึกษาปัญหาพื้นที่ภาพรวมอย่างแท้จริง, เป็นเพียงการประมวลแผนของหน่วยงานต่างๆ ที่ส่งเข้ามา และไม่ได้นำแผนชุมชนมาเป็นข้อมูลในการวางแผนโดยตรง. อย่างไรก็ตามจังหวัดส่วนใหญ่มีวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์จังหวัด และระบบข้อมูลเพื่อการวางแผนอยู่แล้ว จึงสะดวกในการเลือกแผนงาน/โครงการให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัดซึ่งเป็นแผนหลัก และแต่งตั้งคณะกรรมการมาพิจารณาร่วมกัน สำหรับแผนงาน/โครงการด้านสาธารณสุขได้เสนอขอไปนงพัฒนาจังหวัดบางส่วน เช่น โครงการอาหารปลอดภัย, โครงการควบคุมโรคไข้เลือดออก, โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งโครงการเหล่านี้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัด แต่ด้านสาธารณสุขมีน้อยเมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ, อีกทั้งคณะกรรมการจังหวัดเห็นว่าการสาธารณสุขเป็นงานประจำ มีโรงงานตามยุทธศาสตร์และมีหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินงานแล้ว จึงให้ความสำคัญไม่มากนัก, ส่งผลต่อการเสนอของบประมาณภายใต้ พรบ.นี้. ในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเนื่องจากมีงบประมาณเป็นของตนเองอย่างเพียงพอและมีแนวโน้มได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น ในทางปฏิบัติจึงยังไม่ได้เสนอของบพัฒนาจังหวัด เพื่อดำเนินงานสาธารณสุข.

คณะผู้ศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะดังนี้: (๑) หน่วยงานส่วนกลางควรกำหนดระยะเวลาในการจัดทำแผนให้เหมาะสมกับที่จังหวัดจะจัดทำแผนอย่างมีคุณภาพ. (๒) จังหวัดควรจัดกระบวนการพัฒนาคุณภาพแผนอย่างมีส่วนร่วมและหากลวิธีใช้แผนชุมชนเป็นข้อมูลในการวางแผนตามที่ระบุใน พรบ. (๓) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรดำเนินการเชิงรุกในการศึกษาสภาพปัญหาความต้องการสาธารณสุขเฉพาะพื้นที่ เพื่อเป็นข้อมูลในการเสนอของบประมาณ และควรสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้คนในจังหวัดรับทราบปัญหาและผลกระทบด้านสุขภาพ ตลอดจนสร้างแนวร่วมให้จังหวัดเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพ. (๔) ควรมีการบูรณาการแผนจังหวัดโดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยสำคัญที่จะมี

*กลุ่มภารกิจด้านบริหารนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

ส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของพื้นที่. ทั้งนี้เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณดำเนินการมากกว่างบประมาณจังหวัด แต่ยังคงขาดบุคลากรและองค์ความรู้ในการจัดการด้านสาธารณสุข.

คำสำคัญ: การจัดทำแผนพัฒนาจังหวัด, แผนสาธารณสุขจังหวัด, การบูรณาการแผน

Abstract Preparation of Provincial Developmental Plans, Fiscal Year 2009
Achara Netrasiri*, Sarnsiri Artkongharn*, Vanida Rujanawate*, Supawan Manimanakorn*, Rampai Kaewvichian*

*Policy Management and Health Strategy Group, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health

By a Ministry of Interior directive that will take effect in fiscal year 2009, all provinces nationwide will have the authority to formulate development plans according to Public Administration Act, B.E. 2534 (1991), (Vol. 7), 2008 (Section 52). Consequently, like central departments, the provinces have become a corporation which can request budgets from the Bureau of the Budget. Therefore, the Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, studied the process for developing provincial plans in terms of overview, health, and local government plans.

This study was aimed at investigating the problems and proposing recommendations for the development of provincial plans in 2009. This qualitative research study was conducted from June to August 2008. Data were collected from the four targeted regions, namely the Central, Northern, Northeastern, and Southern regions, represented by four provinces: Samut Songkhram, Lamphun, Sakhon Nakhon, and Krabi, respectively.

The results indicate that some provinces are not ready owing the limited time provided for developing the provincial plans. Further, the central agencies always try to pressure the provinces and use provincial structures of the bureaucratic system. In addition, since the provinces, districts and subdistricts have no time to study the overview of problems, they have requested budgets by collecting plans from related agencies, except for community plans. Moreover, they do not integrate their community plans into the provincial plans. However, most provinces already have developed their visions, strategies, and databases for developing plans, which makes selecting the programs/projects more convenient in responding to provincial strategies. Furthermore, there is a committee for considering the public health programs/projects proposed for developing the provinces, such as food safety, dengue fever control, and quality of life. Most projects/programs are responding to provincial strategies, but in smaller proportion compared with others sectors. Some provinces do not recognize the importance of public health programs/projects and consider such functions as routine jobs for the responsible agencies. Local government agencies have their own budgets; in practice, they do not request budgets for developing their plans.

It is recommended that: (1) central departments should set timelines appropriately in order to enhance the quality of provincial development plans; (2) provinces should develop a participatory process for the development of quality and identify strategies for integrating the community plans into the provincial development plans mentioned in the Act; (3) provincial public health offices should proactively study the health problems and health needs in specific areas and collect the data needed for requesting budgets, and should communicate with the province populations so that they will understand and mutually recognize the effects of health problems and (4) the local administration organizations should be the main agency for integrating provincial plans, especially financial resources.

Key word: provincial developmental plan, provincial health plan, Integration plan

ภูมิหลังและเหตุผล

ปงงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และแก้ไขเพิ่มเติม โดย (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๕๒^(๑) ให้รวมท้องที่หลายๆ

อำเภอตั้งขึ้นเป็นจังหวัดมีฐานะเป็นนิติบุคคล... “เพื่อประโยชน์ในการบูรณาการในจังหวัดหรือกลุ่มจังหวัด ให้จังหวัดหรือกลุ่มจังหวัดยื่นคำขอจัดตั้งงบประมาณได้. ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่กำหนดในพระราชกฤษฎีกา. ในกรณีนี้ให้



ถือว่า จังหวัดหรือกลุ่มจังหวัดเป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ”. นอกจากนี้ ใน พรบ. ยังกำหนดรายละเอียดของอำนาจหน้าที่ของจังหวัด อำเภอและกิจกรรมจังหวัด/อำเภอ ตลอดจนมีการจัดระเบียบบริหารราชการส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติตามบทบัญญัติของ พรบ. ดังกล่าว ทำให้จังหวัดสามารถเสนอแผนของงบประมาณจากสำนักงานประมาณได้ในฐานะนิติบุคคลเป็นปีแรก.

ข้อจำกัดจากการที่ยังไม่มีพระราชกฤษฎีการองรับ พรบ. ฉบับนี้ ซึ่งโดยปกติ พรฎ. ต้องมีรายละเอียดในการดำเนินงานชัดเจนมากกว่าพรบ.(พรฎ.ยังอยู่ในระหว่างกระบวนการเพื่อประกาศใช้). แต่กระทรวงมหาดไทยได้สั่งการให้ทุกจังหวัดดำเนินการของงบประมาณ ให้แล้วเสร็จภายในวันที่ ๑๗ เมษายน ๒๕๕๑ เพื่อให้สอดคล้องกับปฏิทินงบประมาณ โดยอิงเนื้อหาใน พรบ. ดังกล่าว เพื่อการจัดทำคำของบประมาณของจังหวัด และกลุ่มจังหวัดในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ศึกษาสถานการณ์การจัดทำแผนพัฒนาของจังหวัด และแผนพัฒนาจังหวัดด้านสาธารณสุข รวมถึงการจัดทำแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ ตลอดจนปัจจัยสำเร็จและล้มเหลวในการจัดทำคำของบประมาณตามกฎหมายใหม่ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการวางแผนในภาพรวม และเป็นข้อเสนอแนะในการจัดทำแผนเพื่อเสนอของบประมาณของหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัด.

ระเบียบวิธีศึกษา

ศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยมีกระบวนการดังนี้

๑. ศึกษาข้อมูลจากเอกสารพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และแก้ไขเพิ่มเติมโดย (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐.

๒. ทบทวนระบบการวางแผนของจังหวัด จากการระดมสมองเจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผน ที่มีประสบการณ์เพื่อทราบกระบวนการขั้นตอนการวางแผนที่ปฏิบัติเดิม.

๓. สืบค้นหาข้อมูลเบื้องต้น โดย

(๑) ประสานกับเจ้าหน้าที่สำนักพัฒนาและส่งเสริมการบริหารราชการจังหวัดผู้รับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย เพื่อทราบนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในการจัดทำแผนจังหวัด.

(๒) ศึกษาพื้นที่จังหวัดเพชรบุรี โดยเก็บข้อมูลที่สำนักงานจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สถานีอนามัย เพื่อศึกษาสถานการณ์เบื้องต้น เพื่อสร้างกรอบแนวคิดการศึกษา.

(๓) ศึกษาเอกสารการจัดสรรงบประมาณพัฒนาจังหวัด.

(๔) ศึกษารายงานการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ส่งมาให้สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. นำข้อมูลที่ได้มากำหนดกรอบในการศึกษา.

๔. เตรียมทีมในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยประชุมปรึกษาหารือ สรุปแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทำแผนทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานรับผิดชอบในการทำแผน.

๕. ประสานจังหวัดที่เป็นตัวแทนภาค ได้แก่ สมุทรสาคร, ลำพูน, สกลนคร และกระบี่ กำหนดเป้าหมายบุคคล และหน่วยงานที่ต้องการเก็บข้อมูล โดยขอความอนุเคราะห์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ประสานหน่วยงานในจังหวัด และหาข้อมูลในระดับจังหวัด และวางแผนในการดำเนินงานร่วมกันเก็บรวบรวมข้อมูล. ทีมงานศึกษาได้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยร่วมกับผู้ประสานงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.

๖. ประมวลผลข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลจากจังหวัดต่าง ๆ ประมวลเป็นภาพรวม เปรียบเทียบความเหมือน ความต่าง. สรุปประเด็นสำคัญที่ต้องวิเคราะห์หาคำตอบในการศึกษา.

๗. สังเคราะห์ข้อมูล สรุปจัดทำร่างผลการศึกษา.

๘. วิพากษ์ผลการศึกษา ทีมงานศึกษาประชุมระดมสมองตรวจสอบร่างผลการศึกษา วิพากษ์ผล สรุปข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหารสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.

๙. นำเสนอในการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพสำหรับหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ประจำ

ปีงบประมาณ ๒๕๕๑ วันที่ ๓๑ สิงหาคม - ๔ กันยายน ๒๕๕๑ ณ โรงแรมเดอะทวิน ทาวเวอร์ กรุงเทพมหานคร.

ข้อจำกัดในการศึกษา

ข้อจำกัดด้านเวลาและงบประมาณและกำลังคนในการศึกษา ทำให้การคัดเลือกพื้นที่ศึกษาถูกจำกัด จึงได้พิจารณาดำเนินการโดยมีเหตุผลในการรองรับดังนี้

๑. เลือกจังหวัดที่ไม่มีโครงการศึกษาของหน่วยงานต่างๆ หรือหากมีโครงการแต่มีจำนวนไม่มากนัก เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีเวลาและมีความพร้อมในการให้ข้อมูล.

๒. เลือกจังหวัดที่เป็นจังหวัดขนาดเล็กถึงขนาดกลาง เพื่อมองภาพรวมบริบทของจังหวัดได้อย่างทั่วถึง ความเป็นเอกภาพในสภาพปัญหาโดยรวมของจังหวัด.

๓. กระจายพื้นที่ไปทั่วทุกภาค ภาคละ ๑ จังหวัด.

๔. ให้ผู้ประสานงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดช่วยดำเนินการสัมภาษณ์ และเก็บข้อมูลบางส่วน เพื่อประหยัดเวลาและงบประมาณ.

๕. ศึกษาปัญหาและความต้องการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จากเวทีอื่นๆ ประกอบ ได้แก่

๕.๑ การศึกษาสถานการณ์เอดส์ในพื้นที่ชายแดน ไทย-ลาว (๗ จังหวัด) ในช่วงเดือน มีนาคม-กรกฎาคม ๒๕๕๑.

๕.๒ การประชุมการพัฒนาความร่วมมือด้านสาธารณสุขระหว่างพื้นที่ชายแดนปี ๒๕๕๑ (๓๐ จังหวัด) วันที่ ๑๘-๒๐ สิงหาคม ๒๕๕๑ ที่โรงแรมเอเชียแอร์พอร์ต จังหวัดปทุมธานี.

๕.๓ การประชุมสัมมนาสายสัมพันธ์สาธารณสุขท้องถิ่น วันที่ ๒๗-๒๙ สิงหาคม ๒๕๕๑ ณ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี โดยมีบุคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เคยทำงานในกระทรวงสาธารณสุข มาร่วมประชุม ๒๕๐ คน.

๕.๔ ศึกษารายงานการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ส่งให้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ และจากพื้นที่ศึกษา.

๖. การศึกษาครั้งนี้เป็นปีแรก จึงได้ศึกษาโดยวิธีการเชิงคุณภาพ เมื่อผลการศึกษาแล้วเสร็จ มีแผนดำเนินการ

ศึกษาเชิงปริมาณต่อเนื่อง โดยการใช้แบบสอบถาม. ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการพัฒนาแบบสอบถาม และทดลองใช้แบบสอบถามในบางจังหวัดเพื่อสามารถพัฒนาเครื่องมือในการศึกษาต่อไป.

แนวคิดในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าได้นำแนวคิดทฤษฎีด้านการวางแผนแบบบูรณาการ^(๒) ทฤษฎีระบบ^(๓), ทฤษฎีไร้ระเบียบ^(๔), แนวคิดในการพัฒนาพื้นที่, แนวคิดในการมีส่วนร่วมของทุกภาค, แนวคิดในการพัฒนาสาธารณสุข, แนวคิดการกระจายอำนาจ^(๕), แนวคิดการพัฒนาสังคมที่ยั่งยืน ตลอดจนทฤษฎีเศรษฐศาสตร์ว่าด้วยการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด.

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาจำแนกเป็น ๓ ส่วน ได้แก่ (๑) การวางแผนพัฒนาจังหวัด, (๒) การวางแผนจังหวัดด้านสาธารณสุข และ (๓) การวางแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

๑. การวางแผนพัฒนาจังหวัด

๑.๑ ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายมีทัศนคติที่ดีต่อการมีงบประมาณพัฒนาจังหวัด ด้วยเห็นประโยชน์ว่าการมีงบประมาณสำหรับให้จังหวัดพัฒนาแก้ไขปัญหาของจังหวัดเองเป็นเรื่องที่ดี. แต่ในส่วนที่อาจแก้ปัญหของจังหวัดได้ตรงกับสภาพปัญหาหรืออย่างน้อย เป็นเรื่องการบริหารจัดการของจังหวัดซึ่งสามารถพัฒนาให้ดีขึ้นได้.

๑.๒ การศึกษาพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดินฯ ฉบับนี้ ยังขาดความลึกซึ้งด้วยความจำกัดด้านระยะเวลา และรายละเอียดในพระราชบัญญัติเป็นเพียงแนวทางกว้าง ๆ เท่านั้น. การจัดทำแผนส่วนใหญ่จึงเป็นไปตามคำสั่งการ และการประชุมชี้แจง มากกว่าเป็นการทำความเข้าใจใฝ่เรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง.

๑.๓ งบประมาณพัฒนาจังหวัดใน พ.ศ. ๒๕๕๒ มีวัตถุประสงค์ลักษณะคล้าย พ.ศ. ๒๕๔๙, ๒๕๕๐ และ ๒๕๕๑. การจัดงบประมาณผู้ว่าราชการจังหวัดบูรณาการ, งบประมาณ



โครงการอยู่ดีมีสุข, งบประมาณโครงการ SML ในรัฐบาลที่ผ่านๆ มา แตกต่างกันไปบ้างในกลยุทธ์และวิธีการที่ได้มาของแผน ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๕๒ เน้นให้แผนมาจากแผนชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาของ พรบ. แต่วิธีการปฏิบัติยังมีปัญหาอยู่.

๑.๔ จังหวัดมีวิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาจังหวัด ซึ่งเป็นที่ทราบกันทุกหน่วยงาน. วิสัยทัศน์ดังกล่าวได้มาจากกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในจังหวัดทุกภาคี เครือข่าย. หลายจังหวัดเห็นว่าวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์มีความเหมาะสมแล้ว. หลายจังหวัดเห็นว่าอาจต้องมีกรอบทบทวนวิสัยทัศน์พันธกิจให้สอดคล้องกับปัจจุบัน. อย่างไรก็ตามจังหวัดมีระบบแผนตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนดไว้ ประกอบด้วย การจัดทำยุทธศาสตร์ ๓ ปี และแผนปฏิบัติการประจำปี.

๑.๕ วิสัยทัศน์ของจังหวัดส่วนใหญ่ยังคงเน้นเศรษฐกิจการสร้างรายได้, การท่องเที่ยว, การพัฒนาสังคม และคุณภาพชีวิต. งานสาธารณสุขส่วนใหญ่จะอยู่ในยุทธศาสตร์จังหวัดด้านพัฒนาสังคมและการพัฒนาคุณภาพชีวิต, มีจังหวัดส่วนน้อยที่ระบุนางานด้านสุขภาพ หรือสาธารณสุขอย่างชัดเจนไว้ในวิสัยทัศน์. ตัวอย่างเช่นในพื้นที่ศึกษาพบว่าวิสัยทัศน์ของจังหวัดกระบี่มีคำว่าสุขภาพในวิสัยทัศน์ของจังหวัด.

๑.๖ จังหวัดมีความพร้อมน้อยในการดำเนินงานจัดทำแผน ด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลา แบบฟอร์มการจัดทำแผน และแบบฟอร์มคำของบประมาณที่ต้องบันทึกลงทางอินเทอร์เน็ต. นอกจากนั้นการอบรมของส่วนกลางที่จัดให้ผู้จัดทำแผนเป็นหลักสูตรเร่งรัด และกำลังคนของสำนักงานจังหวัดมีน้อย, ตลอดจนงบประมาณในการจัดทำแผนจำกัด มีผลต่อการจัดกระบวนการเพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจ การเตรียมความพร้อมต่างๆ.

๑.๗ มีการตั้งคณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดเพื่อการจัดทำแผน, การกลั่นกรองแผนการจัดลำดับความสำคัญ, การจัดสรรเงิน และการบูรณาการแผนในการดำเนินงาน โดยมีทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ. ส่วนใหญ่จะพิจารณาแผนงาน/โครงการที่มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์จังหวัด และจะไม่พิจารณาแผนงานที่เป็นงานประจำที่มีหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินการแล้ว ยกเว้นในกรณีที่ยังงานประจำมีงบ

ประมาณไม่เพียงพอในการแก้ไขปัญหาของจังหวัด เช่น โครงการอาหารปลอดภัย, โครงการควบคุมไข้เลือดออก.

๑.๘ เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการจัดทำแผนรับภาระงานหนัก เนื่องจากจังหวัดได้รับการสั่งการเพื่อการจัดทำค่าของบประมาณประจำปี ๒๕๕๒ ตามแนวทางของกระทรวงมหาดไทย ในระยะเวลาจำกัด กอปรกับในช่วงเดือนเมษายน ๒๕๕๑ เป็นเดือนที่มีวันหยุดราชการมากทำให้การประสานการทำแผนซึ่งกเจ้าหน้าที่ต้องมาดำเนินงานทำแผนอย่างเร่งรัด.

๑.๙ การจัดทำแผนยังเป็นบทบาทหลักของส่วนราชการ แม้ว่าแนวทางการจัดทำแผนจะระบุไว้ว่าการจัดทำแผนโดยกระบวนการมีส่วนร่วม ทุกภาคส่วน และเน้นแผนชุมชน ก็ตาม. ในระยะเวลาจำกัดการสั่งการตามระบบราชการย่อมให้ผลรวดเร็วทันเวลากว่า. บางจังหวัดมีการจัดทำแผนบูรณาการภาครัฐและเอกชนไว้ก่อนแล้ว จึงสามารถเสนอแผนของบพัฒนาจังหวัดได้ทันเวลา.

๑.๑๐ แผนชุมชนเสนอของบพัฒนาจังหวัดมีอยู่บ้าง แต่โดยเนื้อแท้แล้วความต้องการของชุมชนแทรกอยู่ในทุกแผนตามธรรมชาติ ด้วยกระบวนการจัดทำแผนของราชการส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ต่างก็ใช้ข้อมูลมาจากแผนชุมชนประมวลความต้องการขึ้นมาเป็นระดับ. ดังนั้นแม้ว่าในบางจังหวัดจะไม่ใช้แผนชุมชนโดยตรง แต่ใช้ข้อมูลแผนของหน่วยงาน และข้อมูลระบบแผนจังหวัด ซึ่งชุมชนก็จะได้รับประโยชน์จากการเป็นพื้นที่ดำเนินงาน นอกจากว่าเป็นงานที่มีผลเสียกระทบต่อชุมชนมากจึงจะต้องสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมให้เป็นแผนที่มาจากชุมชนจริง ๆ.

๑.๑๑ จังหวัดมีระบบข้อมูลในการวางแผน ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาอุปสรรคเพื่อใช้วางแผนให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา เช่น ข้อมูลประชากร, ข้อมูล จปฐ.^(๖), ข้อมูลภูมิสังคม, ข้อมูลแผนหมู่บ้าน, ข้อมูลรายได้, เศรษฐกิจของจังหวัด. ข้อมูลจากหน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนได้. แต่ในบางพื้นที่ไม่ได้นำข้อมูล จปฐ. มาวางแผน เนื่องจากเห็นว่าข้อมูล จปฐ. บางส่วนไม่ตรงกับความเป็นจริง. แต่บางพื้นที่ก็นำมาใช้ตามระบบ โดยเห็นว่าข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนประมาณร้อยละ ๕-๑๐ เป็นสิ่งที่ยอมรับได้.

๑.๑๒ การจัดเวทีประชาคมเพื่อการทำความเข้าใจชุมชน มีการประชุมชาวบ้านตามหลักการซึ่งกำหนดให้มีผู้เข้ามามีส่วนร่วมมากกว่าร้อยละ ๗๕ ของประชาชนทั้งหมด. บางชุมชนสามารถทำได้ตามเป้าหมาย แต่บางชุมชนโดยเฉพาะชุมชนชานเมือง เขตเมือง และพื้นที่มีระบบเศรษฐกิจการค้าแบบตลาดตลอดวัน การดำเนินงานเวทีประชาคมให้เป็นไปตามหลักการได้ยาก. ผู้จัดเวทีประชาคมจึงแก้ปัญหาโดยการเวียนเอกสารลงทะเบียนให้ชาวบ้านได้ลงชื่อประชุมภายหลังซึ่งบรรลุเป้าหมายแต่เพียงรูปแบบ. เป้าหมายที่แท้จริงนั้นต้องการให้ผู้ร่วมประชุมครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน.

๑.๑๓ วงเงินงบประมาณที่จังหวัดได้รับจัดสรรมีความแตกต่างกันมาก ซึ่งวงเงินจัดสรรของจังหวัด ทั้งหมด ๑๘,๐๐๐ ล้านบาท. จังหวัดพังงาได้รับจัดสรรงบประมาณน้อยที่สุด ได้รับเพียง ๑๔๙.๖๙๗ ล้านบาท ร้อยละ ๐.๘๓ ของ

วงเงินทั้งหมด, จังหวัดที่ได้รับจัดสรรงบประมาณมากที่สุดคือ จังหวัดนครราชสีมา ได้รับวงเงิน ๔๕๑.๑๗๑ ล้านบาท ร้อยละ ๒.๕๑^(๗). เมื่อจำแนกจังหวัดเป็น ๕ กลุ่ม ตามร้อยละการจัดสรรงบประมาณ พบว่าจังหวัดที่ได้รับจัดสรรงบต่ำกว่าร้อยละ ๑ จำนวน ๑๒ จังหวัด, ร้อยละ ๑.๐-๑.๒ จำนวน ๓๓ จังหวัด, ร้อยละ ๑.๒๑-๑.๕ จำนวน ๑๒ จังหวัด, ร้อยละ ๑.๗๖ - ๑.๙๖ จำนวน ๖ จังหวัด, ร้อยละ ๒.๐๐-๒.๕๑ จำนวน ๑๒ จังหวัด^(๘) ดังรายละเอียดในตาราง ที่ ๑

๑.๑๔ ภาพรวมวงเงินงบประมาณพัฒนาจังหวัด เมื่อเปรียบเทียบจำนวนวงเงิน ๑๘,๐๐๐ ล้านบาท กับวงเงินรายจ่ายงบประมาณประจำปี ๒๕๕๒ ที่ผ่านมติคณะรัฐมนตรีแล้ว จำนวน ๑,๘๓๕,๐๐๐ ล้านบาท คิดเป็นเพียงร้อยละ ๑.๐๑ เท่านั้น ซึ่งนับว่าน้อยมาก และเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่จังหวัดเคยได้รับจากงบประมาณจากราชการจังหวัดบูรณาการ อยู่ดีมีสุข และ SML ใน พ.ศ. ๒๕๔๙, ๒๕๕๐, ๒๕๕๑ นั้น ผู้เกี่ยวข้องเห็นว่า

ตารางที่ ๑ ข้อมูลวงเงินงบประมาณพัฒนาจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ ที่จังหวัดได้รับจัดสรร

กลุ่ม	จังหวัด (เรียงจากงบประมาณน้อยไปมาก)	วงเงินต่ำ-สูงสุด ล้านบาท	ร้อยละ
๑	พังงา, ตรัง, ระนอง, สิงห์บุรี, จันทบุรี, สมุทรสงคราม, อ่างทอง, กระบี่, นนทบุรี, ตรัง, พัทลุง, ชุมพร (๑๒ จังหวัด)	๑๔๙.๖๙๗ ๑๗๖.๑๓๑	๐.๘๓ ๐.๙๘
๒	ราชบุรี, นครนายก, สตูล, ประจวบคีรีขันธ์, สระบุรี, ปราจีนบุรี, มุกดาหาร, อุตรดิตถ์, ยะลา, ปทุมธานี, อุทัยธานี, อำนาจเจริญ, ลำพูน, ชัยนาท, ลำปาง, สุโขทัย, พิจิตร, กำแพงเพชร, กาญจนบุรี, แพร่, สุพรรณบุรี, สมุทรสาคร, ปัตตานี, มหาสารคาม, เลย, สระแก้ว, หนองคาย, หนองบัวลำภู, กาฬสินธุ์, นครราชสีมา, น่าน, นครศรีธรรมราช, พะเยา (๓๓ จังหวัด)	๑๘๐.๑๐๒ ๒๑๓.๑๕๘	๑.๐๐ ๑.๑๘
๓	ยโสธร, ตาก, ชัยภูมิ, นครพนม, เพชรบูรณ์, สุรินทร์, ร้อยเอ็ด, ระยอง, สมุทรปราการ, นุรีรัมย์, ศรีสะเกษ, แม่ฮ่องสอน (๑๒ จังหวัด)	๒๑๖.๕๘๕ ๒๖๐.๕๙๘	๑.๒๑ ๑.๔๕
๔	ภูเก็ต, ลพบุรี, นครปฐม, เพชรบุรี, สุราษฎร์ธานี, สกลนคร (๖ จังหวัด)	๓๑๖.๐๘๗ ๓๕๒.๒๔๕	๑.๗๖ ๑.๙๖
๕	นครสวรรค์, พระนครศรีอยุธยา, อุตรดิตถ์, ชลบุรี, สงขลา, เชียงใหม่, พิษณุโลก, ฉะเชิงเทรา, เชียงราย, อุบลราชธานี, ขอนแก่น, นครราชสีมา (๑๒ จังหวัด)	๓๕๙.๖๕๒ ๔๕๑.๑๗๑	๒.๐๐ ๒.๕๑
	รวมงบประมาณทั้งหมด ๓๕ จังหวัด	๑๘,๐๐๐.๐๐๐	๑๐๐.๐๐

หมายเหตุ : ข้อมูลประมวลจากสำนักงบประมาณ ภาคผนวกการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒^(๘)



จังหวัดได้รับวงเงินใน พ.ศ. ๒๕๕๒ น้อย.

๑.๑๕ จังหวัดจัดทำแผนเสนอของบประมาณมากกว่าวงเงินที่ได้รับการจัดสรรประมาณ ๒-๓ เท่า เนื่องจากในช่วงแรกยังไม่ได้รับแจ้งวงเงิน แต่มีการสั่งการให้จังหวัดจัดทำแผนเสนอของบประมาณ. จังหวัดส่วนใหญ่จึงมีการทำแผนเกินวงเงินไปมาก หากจังหวัดทราบวงเงินตั้งแต่ต้นจะลดภาระในการทำแผนได้มาก.

๑.๑๖ จังหวัดมีความตื่นตัวในการเตรียมพร้อมในการชี้แจงงบประมาณ ด้วยสำนักงบประมาณ กำหนดให้ผู้ว่าราชการทุกจังหวัดต้องเข้าร่วมชี้แจงงบประมาณตามกระบวนการขั้นตอนงบประมาณ โดยมีลำดับต่อจากกระทรวงมหาดไทย.

๑.๑๗ ผู้มีหน้าที่ในการจัดทำแผนและประสานแผนพัฒนาจังหวัด มีความเห็นว่าการจัดทำค่าของงบประมาณในปีต่อไป คือ พ.ศ. ๒๕๕๓ จะมีความพร้อมมากขึ้น หากมีเวลาเหมาะสม และมีการชี้แจงกระบวนการขั้นตอน ตลอดจนทำความเข้าใจในแบบฟอร์มมากขึ้น เป็นที่คาดหวังว่าคุณภาพของแผนพัฒนาจะดีขึ้น.

๑.๑๘ แผนพัฒนาจังหวัดมีระบบการติดตามประเมินผลการใช้งบประมาณ ทั้งในส่วนของสำนักงานจังหวัด หน่วยงานที่รับงบประมาณ โดยหน่วยงานส่วนกลาง เช่น สำนักงานตรวจสอบเงินแผ่นดิน^(๑).

๒. การจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดด้านสาธารณสุข

๒.๑ จังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษาทั้ง ๔ จังหวัดไม่มีปัญหาสาธารณสุขเฉพาะพื้นที่ ส่วนใหญ่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีอยู่ในแผนงานปกติของกระทรวงสาธารณสุขอยู่แล้ว จึงไม่ได้เป็นปัญหาเฉพาะที่สำคัญของจังหวัด.

๒.๒ งบประมาณด้านสาธารณสุขไม่พอเพียง ด้วยงบประมาณที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขจัดสรรให้แก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อบริหารการดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัดนั้น มีน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นค่าใช้จ่ายในเรื่องการสาธารณสุขโรค และงานสำนักงานก็ไม่เพียงพอ. จังหวัดแก้ไขปัญหาโดยใช้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(อบจ. อบต. และเทศบาล). แต่หลายจังหวัดที่ไม่มีปัญหาด้านสาธารณสุขเป็นการเฉพาะก็ไม่ต้องการเงินจากงบจังหวัดมากนักเนื่องจากมีงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

๒.๓ เกณฑ์หลักในการวางแผน มีหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนในการจัดทำแผนโดยประสานกับหัวหน้าสำนักงานจังหวัด. บางจังหวัดมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบงานแผนงานเป็นผู้ประสานโดยตรง^(๑-๑๖). นอกจากนี้ในระดับหัวหน้าหน่วยงานนั้นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดค่อนข้างได้รับการยอมรับจากผู้ว่าราชการจังหวัดโดยมอบหมายให้เป็นประธาน หรือเลขานุการยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ ระบบแผนด้านสาธารณสุขมีแผนยุทธศาสตร์และแผนประจำปี. บางจังหวัดจัดทำแผนซึ่งมีรายละเอียดจำแนกแหล่งงบประมาณครบถ้วนทุกแหล่ง ทำให้ทราบที่มาและงบประมาณในภาพรวมได้อย่างชัดเจน.

๒.๔ การจัดทำแผนมีระบบข้อมูลรองรับ ซึ่งเป็นข้อมูลมาจากระดับตำบล ส่วนหนึ่งนั้นมาจากแผนชุมชน. ดังนั้นจังหวัดจึงมีข้อมูลในการกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้ตรงกับความต้องการของชุมชนได้ หากมีการวิเคราะห์และจัดทำข้อมูลตามหลักวิชาการ.

๒.๕ แผนงานของสาธารณสุขส่วนใหญ่ มักถูกมองว่ามีเจ้าภาพที่จะให้การสนับสนุนงบประมาณอยู่แล้วจึงได้รับการจัดสรรงบประมาณจากงบพัฒนาจังหวัดน้อย, คณะกรรมการจังหวัดไม่เห็นความสำคัญว่าเป็นปัญหาเฉพาะพื้นที่ เว้นแต่เรื่องที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์. ทั้งนี้บางจังหวัดมีการกำหนดวิสัยทัศน์ด้านสุขภาพไว้แต่ยังไม่ได้คิดและวางแผนด้านสาธารณสุขรองรับในฐานะยุทธศาสตร์พัฒนาจังหวัด.

๒.๖ แผนงานสาธารณสุขที่เสนอของบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. อบจ. เทศบาล และ อบต. ส่งเสริมการดำเนินงานสาธารณสุข เพื่อการออกกำลังกายและการกีฬา, ดูแลผู้สูงอายุ, ควบคุมโรคไข้เลือดออก, การจ่ายเงินสร้างเสริมให้ผู้ป่วยเอดส์, การอบรม อสม. อาหารปลอดภัย ตลาดนำซื้อ ซึ่งเห็นผลเป็นรูปธรรม. ส่วนใหญ่องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่นจะสนับสนุนงบประมาณ ในรูปแบบการจัดซื้อ อุปกรณ์ทางการแพทย์ พัสตูลูกรัณฑ์เวชภัณฑ์ สิ่งของ สนับสนุนการจัดทำศูนย์แพทย์และคำจ้างบุคลากร เช่น เครื่องผ่าตัดตา เครื่องออกกำลังกาย, ทายอะเบท, เครื่องพ่น หมอกควัน^(๑๐).

๒.๗ การประสานแผนด้านสาธารณสุขที่มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผล อาศัยปัจจัยความสัมพันธ์ส่วนตัว และการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบจัดทำแผนทุกระดับส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ทำงานในพื้นที่เป็นเวลานาน และเป็นผู้มีสัมพันธภาพที่ดีกับทุกฝ่าย กอปรกับงาน สาธารณสุขเป็นงานที่ให้ประโยชน์ต่อประชาชน (ให้คุณไม่มีโทษ) จึงได้รับการตอบรับจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายค่อนข้างมาก.

๒.๘ การประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับแผน แม่บทชายแดน ในการประชุมความร่วมมือสาธารณสุขในพื้นที่ชายแดน ๓๐ จังหวัดทั่วประเทศ เมื่อวันที่ ๑๘-๒๐ สิงหาคม ๒๕๕๑. ผลการประชุมกลุ่มทุกกลุ่ม ชายแดนไทย-พม่า ไทย-ลาว ไทย-กัมพูชา และ ไทย-มาเลเซีย ได้สรุปออกมาตรงกันว่า จะแสวงหางบประมาณในการดำเนินงานโดยการเสนอแผน ปัญหาชายแดนของบพัฒนาจังหวัด โดยมีบางส่วนให้ความสำคัญ เห็นว่าเรื่องนี้มีความยาก หากจังหวัดไม่ได้ให้ความสำคัญ เพียงพอ และหากแผนดังกล่าวไม่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และ ยุทธศาสตร์จังหวัด.

๒.๙ ยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนในการกำหนด กิจกรรม/โครงการสาธารณสุขใดที่สมควรของบพัฒนาจังหวัด. การวางแผนในขณะนี้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ของจังหวัด และดุลยพินิจ ของหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข. สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดจะพิจารณาเสนอขอ. ซึ่งบางจังหวัดมีการ ตั้งคณะกรรมการขึ้นมาเพื่อพิจารณา.

๓. การจัดทำแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

๓.๑ แผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำขึ้น ภายใต้งบประมาณของกระทรวงมหาดไทย มีทั้งแผนยุทธศาสตร์ ๓ ปี และข้อบัญญัติ ซึ่งส่วนใหญ่ โดยเฉพาะ องค์การบริหาร ส่วนตำบล (อบต.) และเทศบาล จะมาจากแผนชุมชนโดยตรง. สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.)^(๑๑) มีบางส่วนมาจาก

แผนชุมชน บางส่วนมาจากส่วนราชการ และบางส่วนจาก อบต. และเทศบาล. ทั้งนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่เสนอขอของบ ปรมาณจากแผนพัฒนาจังหวัด เนื่องจากมีงบประมาณของตนเองอยู่แล้ว.

๓.๒ เทศบาลมีแผนงานในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ได้ดีกว่า อบจ. และ อบต. ด้วยมีกำลังคนที่รับผิดชอบงาน สาธารณสุขโดยตรง มีการสำรวจประชากร, ประชุมชาวบ้าน, จัดเวทีประชาคมและทำแผนชุมชนได้เป็นอย่างดี.

๓.๓ อบต. จัดทำแผนและข้อบัญญัติโดยการนำ ข้อมูลมาจากแผนชุมชน ที่มีการทำประชาคมตามขั้นตอนที่ ส่วนกลางกำหนด.

๓.๔ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความร่วมมือดี ต่อการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่ ในกรณีที่สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในหมู่บ้านและชุมชน^(๑๒) โดยจัดสรรเงินให้องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นภายใต้เงื่อนไขว่าองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นนั้น ต้องมีส่วนที่รับผิดชอบในการร่วมสนับสนุนสมทบ งบประมาณเข้ากองทุนนี้ด้วย ซึ่งได้รับความร่วมมือจาก อปท. เป็นอย่างดี.

๓.๕ ระยะเวลาในการทำแผนขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นแตกต่างจากราชการบริหารส่วนกลาง และส่วน ภูมิภาค โดยจัดทำแผนในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม ของทุกปี หากส่วนราชการใดประสงค์จะเสนอขอรับการ สนับสนุน จะต้องดำเนินการเสนอขอในช่วงนี้.

๓.๖ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องการสนับสนุน งานด้านสาธารณสุขในงบลงทุน, งบก่อสร้างศูนย์สุขภาพ ครัวภัณฑ์ การแพทย์ แต่ติดขัดในข้อกฎหมายและระเบียบและสำนักงาน ตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ทักท้วง^(๑๓). องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งเสนอให้งบประมาณแก่โรงพยาบาลแต่ทำไม่ได้ใน ทางปฏิบัติต้องโอนเงินผ่าน อบจ. โดยต้องทำความตกลงร่วมกัน หรือในกรณี อบจ. บางแห่งซื้อเครื่องผ่าตัดตาให้โรงพยาบาล ของกระทรวงสาธารณสุขมิใช่ ถูก สตง. ตรวจสอบ และทักท้วง โดยระบุว่าอยู่นอกภารกิจของ อปท. บทเรียนนี้ ทำให้ อปท. สนับสนุนงบประมาณเพื่อแก้ไขปัญหาของจังหวัดให้แก่



ประชาชนด้านสาธารณสุขได้ไม่เต็มที่.

๓.๗ การจัดทำแผนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังเน้นไปที่โครงสร้างพื้นฐานเนื่องจากเป็นปัญหาความต้องการของประชาชนเสมอมา^(๑๗). แต่อย่างไรก็ตามพบว่า อปท.มีแนวโน้มสนใจงานด้านสังคม, การศึกษา, สาธารณสุข และความมั่นคงของมนุษย์มากขึ้น โดยเฉพาะ อปท. ที่มีการดำเนินงานพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเต็มพื้นที่แล้ว.

๓.๘ การจัดทำแผนด้านสาธารณสุขของ อปท. โดยเฉพาะ อบจ. และ อบต. ส่วนใหญ่ไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทั้งนี้ อบจ. มีความพร้อมด้านโครงสร้างอาคารสถานที่และงบประมาณในการตั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข แต่ติดขัดที่ปริมาณงานที่จะรับผิดชอบ^(๑๗).

๓.๙ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีโครงการในการพัฒนาสิ่งแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะ การจัดสวนสาธารณะ สวนสุขภาพ การดูแลความสะอาดแม่น้ำลำคลอง ภูมิทัศน์ต่าง ๆ อันเอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพดี.

๓.๑๐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีทัศนคติที่ดีต่อการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะ อบต.ที่มีงบประมาณเพียงพอ เห็นว่าตนเองมีความพร้อมมากขึ้นที่จะรับโอนสถานีนอนามัย^(๕).

๓.๑๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีเจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุข จะสามารถดำเนินงานด้านสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี กรณีที่เจ้าหน้าที่ถ่ายโอนภารกิจตามการกระจายอำนาจนั้นส่วนใหญ่ไปทำงานกับ อบต. ได้อย่างมีความสุขสามารถพัฒนาสร้างสรรค์งานได้มาก เนื่องจาก อบต. สนับสนุนด้านงบประมาณและมีความคล่องตัวในการใช้จ่าย. อย่างไรก็ตามมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางส่วนให้ความเห็นว่าการทำงานภายใต้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความลำบากเนื่องจากพฤติกรรมของผู้บริหารหลังการถ่ายโอนได้แตกต่างกันไปจากก่อนถ่ายโอน.

วิจารณ์

๑. คุณภาพของแผนยังคงต้องพัฒนา แม้ว่าแผนพัฒนาจังหวัดด้านสาธารณสุข มีความสอดคล้องกันตามระบบ

จังหวัดสามารถบริหารจัดการให้แผนของจังหวัดเสร็จได้ทันตามเวลา. แต่หลายจังหวัดยอมรับว่า คุณภาพของแผนยังไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากระยะเวลาเร่งรัด ทำให้ต้องดำเนินงานเร็วที่สุดเท่าที่เวลาและทรัพยากรจะอำนวย.

๒. ปัญหาด้านเวลาเป็นปัญหาสำคัญในเรื่องการจัดทำแผน รวมทั้งระบบข้อมูลในการวางแผน หากส่วนกลางสั่งการโดยมิคำนึงถึงความเป็นไปได้ทางปฏิบัติและคุณภาพของผลงาน อาจทำให้เกิดวงจรเลวร้าย ได้แก่ การสั่งด่วน เร่งรัด-รีบเร่ง ดำเนินการให้แล้วเสร็จ-ไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร-ขาดความน่าเชื่อถือ-ไม่ใช้ประโยชน์จากแผนหรือข้อมูล แล้วก็กลับไปทำการสั่งการให้ทำใหม่ วนเวียนไปในทูลุรอบการวางแผน.

๓. ความชัดเจนในการปฏิบัติ หลักเกณฑ์ในการแบ่งประเภทแผนงานโครงการที่เสนอขอ, ประเภทโครงการที่ขอปรกติดำเนินการระบบกระทรวง ทบวง กรม โครงการของพัฒนาจังหวัด และโครงการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากไม่มีหลักเกณฑ์ที่แน่นอน อาจจะทำให้แผนงานโครงการซ้ำซ้อนได้. แต่ทั้งนี้ ควรมีการระบุเงื่อนไขให้แต่ละส่วนสามารถเอื้อกันได้ในลักษณะการเติมเต็มโครงการให้สมบูรณ์ หากโครงการนั้นเป็นการแก้ไขปัญหาและความต้องการของประชาชนในจังหวัดเร่งด่วน หรือมีขนาดใหญ่ที่ต้องระดมทรัพยากรจากทุกแหล่ง ไม่สามารถรองบตามระบบงบประมาณปรกติได้.

๔. งบประมาณจังหวัดเป็นการแก้ไขปัญหาของพื้นที่^(๒๐) ในพื้นที่ที่ต้องการกระจายอำนาจให้แก่จังหวัด ทำให้จังหวัดซึ่งเป็นราชการส่วนภูมิภาคมีงบประมาณสำหรับพัฒนาของตนเองเพื่ออุดช่องว่างการรองบประมาณจากกระทรวง ทบวง กรม และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงนับว่าเป็นเรื่องที่ดี. หากจังหวัดได้มีการวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของตนเองอย่างแท้จริง หาช่องว่างที่ยังขาดการดำเนินการ แล้วนำไปแก้ไขปัญหาดำเนินการตามระบบแผนจังหวัด จะเกิดการพัฒนามาก.

๕. การบริหารงบประมาณจังหวัดต้องมีธรรมาภิบาล บทเรียนการตรวจสอบโครงการระบบบริหารงานจังหวัดแบบบูรณาการ (ครั้งที่ ๒) หรือผู้ว่าซื่อโอ ต่อที่ประชุมสภาผู้แทนราษฎร เมื่อวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๕๐^(๑๐) พบว่าการจัดสรร

เงินใน พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นเงิน ๓,๐๐๐ ล้านบาท, พ.ศ. ๒๕๔๘ เป็นเงิน ๒๑,๕๐๐ ล้านบาท และ พ.ศ. ๒๕๔๙ เป็นเงิน ๓๐,๗๕๐ ล้านบาท พบผลกระทบและความเสียหาย คือ

(๑) การใช้จ่ายงบประมาณที่ไม่ก่อให้เกิดความคุ้มค่าในเชิงภารกิจอาจเกิดความสูญเปล่า.

(๒) ไม่สามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาพื้นที่ในเขตจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนให้ได้รับประโยชน์สูงสุด ตลอดจนการดำเนินงานไม่เกิดผลลัพธ์ตามหลักการ พรฎ. ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖.

(๓) การดำเนินโครงการภายใต้แผนยุทธศาสตร์กลุ่มจังหวัดมีความเสี่ยงสูงต่อความสำเร็จบางโครงการล้มเหลวไม่สามารถแก้ไขปัญหาพื้นที่ตามวัตถุประสงค์ได้อย่างแท้จริง ซึ่งมีจำนวนถึง ๕๘ โครงการ (สุ่มตรวจสอบใน ๖ จังหวัด ๗๕ โครงการ (สุ่มตรวจสอบใน ๖ จังหวัด ๗๕ โครงการ วงเงิน ๔๙๔.๖๓ ล้านบาท). โครงการที่ไม่ประสบผลสำเร็จวงเงินประมาณ ๓๓๗.๐๙ ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ ๖๘.๑๕ ของวงเงินสนับสนุนการดำเนินโครงการที่สุ่มตรวจสอบ.

(๔) การเชื่อมโยงสู่ฐานข้อมูลกลางของกระทรวงและของประเทศอาจเกิดผลเสียหายได้ หากนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการพิจารณาวางแผนทั้งระดับจังหวัดกระทรวงและประเทศ.

(๕) โครงการวิจัยของแต่ละจังหวัดที่ดำเนินการในช่วง พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๔๘ จำนวน ๒๑๔ โครงการ วงเงินทั้งสิ้น ๗๓๑.๐๒ ล้านบาท ยังไม่ได้มีการดำเนินการต่อเนื่อง หรือไม่ได้นำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์แต่อย่างใด เป็นจำนวนมากถึง ๑๒๓ โครงการ คิดเป็นร้อยละ ๕๗.๔๘, วงเงินค่าใช้จ่าย ๒๖๑.๔๕ ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๗๗ โครงการวิจัยที่ยังไม่ได้นำไปใช้ประโยชน์หรือไม่มีผลการดำเนินการต่อเนื่องมีค่าใช้จ่ายประมาณ ๒๖๑.๔๕ ล้านบาท.

๖) ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาที่ถูกต้องครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน เพื่อกำหนดปรับปรุงแนวทางแก้ไขปัญหาและพัฒนาพื้นที่ในเขตจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้รับประโยชน์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน.

จากประเด็นผลกระทบข้างต้น จะเห็นว่าระบบแผนของจังหวัดยังไม่มีการพัฒนาไม่ว่าจะงบประมาณใด ทั้งบ CEO อยู่ดีมีสุข SML หรือบพัฒนาจังหวัด. หากยังมีแนวทางทำแผนแบบเดิม ระบบเดิม^(๒๑) ผลย่อมมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบเช่นเดียวกัน. ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ระบบแผนพัฒนาจังหวัดจะต้องมีธรรมาภิบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ความยุติธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ และส่งผลให้เกิดประโยชน์สุขของประชาชนอย่างยั่งยืน.

๖. การจัดสรรงบประมาณจังหวัดด้านสาธารณสุขค่อนข้างน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากการไม่เห็นความสำคัญ หรือเห็นว่าจังหวัดไม่ได้มีปัญหาสาธารณสุขพื้นที่ที่ชัดเจน. อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันปัญหาสาธารณสุขพื้นที่บางจังหวัดมีความชัดเจนมากขึ้น ได้แก่ ปัญหาสาธารณสุขในจังหวัดชายแดน ปัญหาแรงงานต่างด้าว เช่น ระนอง ตาก กาญจนบุรี. ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่อุตสาหกรรม เช่น ลำพูน, ระยอง. แต่เมื่อพิจารณางบประมาณที่ได้รับจะเห็นว่าน่าจะเป็นไปตามเกณฑ์ประชากร ขนาดจังหวัด และเกณฑ์อื่นๆ มากกว่าการใช้ปัญหาของพื้นที่มาเป็นเกณฑ์จัดสรรงบประมาณ.

๗. การวางแผนด้านสาธารณสุขขาดการคิดกลยุทธ์รองรับยุทธศาสตร์จังหวัด การดำเนินงานด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นงานเดิมๆ ที่ดำเนินงานอยู่แล้ว ทำให้จังหวัดเห็นว่าเป็นงานที่มีผู้รับผิดชอบทำแล้วจึงจัดสรรงบประมาณไปยังด้านอื่น ๆ แม้บางจังหวัดจะมีคำว่า "สุขภาพ" บรรจุในวิสัยทัศน์จังหวัด ก็ยังขาดความเชื่อมต่อของ กลยุทธ์ด้านสุขภาพที่ชัดเจน^(๒๒) ทำให้ขาดโอกาสในการเสนอของบพัฒนาจังหวัด.

๘. ระบบแผนสาธารณสุขภาพรวม ด้วยการของบประมาณในระดับจังหวัดมีแหล่งงบประมาณหลายแหล่งมากขึ้น แต่ละแหล่งมีระเบียบปฏิบัติ เงื่อนไขแตกต่างกัน. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางแห่งได้ดำเนินการประมวลภาพรวมจำแนกแหล่งงบประมาณอย่างชัดเจน ซึ่งเป็นข้อดีในการบริหารงบประมาณ.

๙. การดำเนินงานพัฒนาพื้นที่ยังมีหน่วยงานเข้ามามีส่วนดำเนินงานมากเท่าใด ยิ่งจำเป็นต้องมีความชัดเจนในทิศทางและยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุขมากขึ้นเท่านั้น. ดังนั้น



บทบาทของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในการเป็นผู้นำดำเนินนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพในพื้นที่ต้องมีความเข้มแข็ง กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ซึ่งเป็นฝ่ายเสนาราชการ จึงจำเป็นต้องมีการะงานและทำงานเชิงรุกมากขึ้น.

๑๐. การจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดเพื่อให้เกิดความเป็นองค์รวม เป็นธรรม สามารถแก้ไขปัญหาในพื้นที่ในจังหวัดได้อย่างแท้จริง ควรสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกชั้นตอน ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ และมีหลักเกณฑ์ในการจัดสรรงบประมาณที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องยอมรับร่วมกัน.

๑๑. เมืองครุภคกรองส่วนท้องถิ่นที่ยังต้องการงบประมาณสนับสนุนเพื่อดำเนินงานด้านสุขภาพ จากการประชุมสัมมนาสายสัมพันธ์สาธารณสุขท้องถิ่น วันที่ ๒๗-๒๙ สิงหาคม ๒๕๕๑ ที่โรงแรมริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ถ่ายโอนไปท้องถิ่น ได้เสนอความคิดเห็นว่าการที่กระทรวงสาธารณสุขจัดประชุมซึ่งเป็นการสนับสนุนวิชาการเป็นเรื่องที่ดีมาก และถามผู้บริหารกระทรวงฯ ว่ามีนโยบาย สนับสนุนงบประมาณและครุภัณฑ์ทางการแพทย์หรือไม่ ซึ่งผู้บริหารได้เสนอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเครือข่ายบริการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประเด็นดังกล่าวสะท้อนว่าศักยภาพของ อบท. มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะ อบต. ดังนั้นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีงบประมาณไม่เพียงพอไม่เข้าหลักเกณฑ์ที่จะเสนอขอของบประมาณจาก อบจ. ควรที่จะเสนอของบพัฒนาจังหวัด.

๑๒. ระบบงบประมาณในการของบพัฒนาจังหวัดอิงระบบงบประมาณปกติ ซึ่งต้องเสนอของบประมาณล่วงหน้าเป็นปี ทำให้สภาพปัญหาความต้องการของชุมชนอาจมีการเปลี่ยนแปลงไป. หากงบประมาณในส่วนพัฒนาจังหวัดนี้ ตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดการกระจายอำนาจให้จังหวัด^(๕) ดังนั้นในช่วงงบประมาณขาขึ้น ควรมีการผ่อนปรนให้จังหวัดเสนอของบประมาณในวงเงินกว้าง ๆ โดยใช้ข้อมูลในการวางแผนระดับจังหวัดไปพลางก่อน. สำหรับในรายละเอียดนั้นมาเพิ่มเติมในช่วงงบประมาณขาลงและเน้นการติดตามประเมินผล^(๒๓). ข้อดีจะทำให้จังหวัดมีเวลาในการจัดทำแผนอย่างมีคุณภาพ

และเหมาะสมกับปัญหาความต้องการของจังหวัดมากยิ่งขึ้น.

สรุป

๑. การจัดทำแผนให้ถูกต้องตามทฤษฎีระบบไม่ควรจะนำมาใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการจัดทำแผนพัฒนาพื้นที่ซึ่งต้องใช้แนวคิด ทฤษฎีไว้ระเบียบ โดยปรับประยุกต์ทฤษฎีระบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ให้มากที่สุด จึงจะเป็นการกระจายอำนาจแก่จังหวัด บนความไว้วางใจ เชื่อใจ ไม่ควรตั้งเข้าสู่ระบบรวมศูนย์เหมือนราชการส่วนกลาง การกระจายอำนาจที่แท้จริงเท่านั้นที่จะสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาได้ตรงกับความต้องการของพื้นที่.

๒. การจัดทำแผนเป็นภาระที่หนักใช้ทรัพยากรมากทั้งงบประมาณ กำลังคน และเวลา โดยเฉพาะหากเห็นว่าแผนต้องมาจากแผนชุมชนอย่างแท้จริง จังหวัดต้องทุ่มเทพลังในการทำเป็นอย่างมาก แต่หากส่วนกลางจัดสรรงบประมาณโดยไม่ได้พิจารณาสาระของแผนอย่างแท้จริง หรือ มีหลักเกณฑ์ในการจัดสรรโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานง่าย ๆ ตัวอย่าง เช่น ประชากรขนาดพื้นที่ ขนาดอำเภอรับผิดชอบ รายได้ของจังหวัด ฯลฯ เช่นนี้ จะทำให้ไม่ได้ใช้ประโยชน์จากแผนอย่างแท้จริง การเคร่งครัดให้จังหวัดจัดทำแผนตามระบบย่อมไม่เกิดประโยชน์.

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษารังนี้

๑.๑ สำนักงานจังหวัดควรได้มีการเตรียมตัวในการจัดทำแผนมากขึ้น ซึ่งประกอบด้วยระบบข้อมูลเพื่อการวางแผน ข้อมูลในการจัดทำแผนที่มาจากแผนชุมชนตาม พรบ. ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดไว้ และหลักเกณฑ์ในการเสนอของบประมาณของจังหวัด. การศึกษาปัญหาความต้องการเฉพาะพื้นที่ ตลอดจนการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และการตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเพื่อคุณภาพของแผนพัฒนาจังหวัด.

๑.๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดควรดำเนินการเชิงรุกในการเป็นผู้นำของ

ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ ศึกษาปัญหาสุขภาพในพื้นที่และประสานงานผู้ว่าราชการจังหวัด รวมทั้งหัวหน้าส่วนราชการต่าง ๆ ที่มีบทบาทสูงในการเป็นคณะกรรมการระดับจังหวัด เพื่อให้ข้อมูล เสริมสร้างการรับรู้, การให้ความสำคัญ ผลักดันความต้องการพัฒนาสุขภาพในพื้นที่เข้าสู่วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์จังหวัด. ทั้งนี้หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้นควรแสดงบทบาทในการเป็นนักวางแผนเชิงกลยุทธ์ ที่เทียบพร้อมด้วยข้อมูลวิชาการ การประสานงานที่ดี กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อให้มีแผนสาธารณสุขพื้นที่ภาพรวมทั้งจังหวัด เพื่อสามารถดำเนินการจัดทำแผนเสนอของบประมาณจังหวัดได้ทันเวลาและมีคุณภาพ รวมทั้งสามารถเสนอ ของบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เหมาะสมกับระยะเวลา.

๑.๓ กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ควรได้มีการสนับสนุนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการจัดทำแผนพัฒนาสาธารณสุขพื้นที่ โดยจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ที่ดี การศึกษาวิจัยในภาพรวมเพื่อการแก้ไขและพัฒนาอย่างเป็นระบบ ตลอดจนประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนกลาง ซึ่งได้แก่กระทรวงมหาดไทย สำนักงบประมาณ เพื่อสนับสนุนในเรื่องวิชาการต่าง ๆ.

๑.๔ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรสนใจในงบประมาณจังหวัดมากขึ้น เพื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะได้ใช้งบประมาณที่มี แก้ไขปัญหาในพื้นที่ของตนเองอย่างเต็มที่. สำหรับปัญหาภาพรวมของจังหวัดควรใช้งบประมาณของจังหวัดแก้ไขพัฒนา.

๑.๕ หน่วยงานส่วนกลางเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์วิธีปฏิบัติในพระราชกฤษฎีกา ควรกำหนดแนวทางในการพัฒนาที่ชัดเจน.

๒. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

๒.๑ ควรศึกษาทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ เพื่อให้ทราบปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดและขนาดของปัญหาที่ต้องการแก้ไข.

๒.๒ ควรเพิ่มพื้นที่การศึกษาให้ครอบคลุมจังหวัดที่

มีขนาดเล็ก ขนาดกลาง และขนาดใหญ่.

๒.๓ ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดทำแผนและบริการแผนเชิงกลยุทธ์.

๒.๔ ควรกระตุ้นให้หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสรุปทเรียนเป็นองค์ความรู้ และประสบการณ์ในลักษณะวิจัยในงานประจำหรือวิจัยเชิงปฏิบัติการ.

๒.๕ ควรศึกษาการประเมินผลการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดของกระทรวงมหาดไทย เพื่อได้ทราบปัญหา อุปสรรคในมุมมองของกระทรวงมหาดไทยด้วย.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษากิจการจัดทำแผนจังหวัดปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒ สำเร็จลงด้วยความอนุเคราะห์ให้ข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่ายดังนี้

- ข้อมูลสถานการณ์เบื้องต้นจากการประสานกับเจ้าหน้าที่ของสำนักพัฒนาและส่งเสริมการบริหารราชการจังหวัดผู้รับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย.

- การศึกษาในพื้นที่ สำนักงานจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่จังหวัดเพชรบุรีเพื่อหาข้อมูลเบื้องต้นในการออกแบบการศึกษาและจังหวัดลำพูน สกลนคร กระบี่ และสมุทรสงคราม เป็นพื้นที่ศึกษา ด้วยการอนุเคราะห์ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด, หัวหน้ากลุ่มพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข และผู้ประสานงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในพื้นที่จังหวัดดังกล่าว.

- ผลการศึกษาได้นำเสนอในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพสำหรับหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ทุกจังหวัดได้ตรวจสอบและให้ข้อมูลเพิ่มเติม.

ทั้งนี้การวิจัยได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์.



เอกสารอ้างอิง

๑. กลุ่มกฎหมาย สำนักบริหารกลาง. พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และแก้ไขเพิ่มเติมโดย (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๕ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๓๖ (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๔๓ (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๔๕ (ฉบับที่ ๖) พ.ศ. ๒๕๔๖ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ. ๒๕๕๐. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๐. (เอกสารอัดสำเนา).

๒. อนุกรรมการประสานการวางแผนพัฒนาจังหวัด. คู่มือการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดแบบบูรณาการ. กรุงเทพฯ : กระทรวงมหาดไทย; ๒๕๔๗-๒๕๔๘.

๓. ปิยนาด ประยง. วิถีคิดกระบวนระบบ. กรุงเทพฯ : พิสิษฐ์ ไทยออฟเซต; ๒๕๔๘.

๔. ชัยวัฒน์ ธีระพันธุ์. ทฤษฎีไว้ระบียบกับทางแพร่งของสังคมสยาม. พิมพ์ครั้งที่ ๕. กรุงเทพฯ : สถาบันการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม; ๒๕๔๗.

๕. ปรีดา เต๋ออารักษ์ นิภาพรรณ สุขศิริ, รำไพ แก้ววิเชียร. ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๕๐. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; ๒๕๕๐.

๖. กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. คู่มือการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) สำหรับใช้ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๐ (ปี ๒๕๕๐-๒๕๕๔). กรุงเทพฯ : ศูนย์สารสนเทศเพื่อการพัฒนาชุมชน; ๒๕๕๑.

๗. มติชนสุดสัปดาห์. ปีที่ ๒๘ ฉบับที่ ๑๔๔๕ วันที่ ๒๓-๒๕ พฤษภาคม ๒๕๕๑, หน้า ๗.

๘. สำนักงบประมาณ. ภาคผนวกการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๒. ก. จำแนกตามส่วนราชการ-รัฐวิสาหกิจแผนงาน ข. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพฯ : สำนักงบประมาณ; ๒๕๕๑.

๙. ไพบูลย์ กระจ่างวุฒิชัย. กรรมของชาวบ้าน... ใช้งบ ๕ หมื่นล้านไม่คุ้มค่า ชำแหละ “ผู้ว่าซีไอ”. โพสต์ทูเดย์. วันพฤหัสบดีที่ ๒๑ สิงหาคม

พ.ศ. ๒๕๕๑, หน้า ๑๐.

๑๐. องค์กรบริหารส่วนจังหวัดกระบี่. ๒๕๕๑. สรุปผลการดำเนินงาน ๔ ปี ๒๕๔๘-๒๕๕๑. กระบี่ : องค์กรบริหารส่วนจังหวัด. www.krabipao.go.th. [๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๑]

๑๑. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาพื้นที่ (เชียงใหม่). ๒๕๕๑. กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ ๒๕๕๑. งานบริหารกองทุนงบสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค. เอกสารอัดสำเนา หน้า ๔-๕.

๑๒. ศาลากลางจังหวัดกระบี่ หนังสือที่ มท ๐๘๑๕.๔/๑๕๒๑๕ ลงวันที่ ๗ พฤศจิกายน ๒๕๔๘ เรื่อง หารือการตรวจสอบเงินอุดหนุนของ องค์กรบริหารส่วนจังหวัดกระบี่ ประจำปี ๒๕๔๘ เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น. เอกสารอัดสำเนา หน้า ๔.

๑๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. รายงานการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล. วันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๕๑. เอกสารอัดสำเนา หน้า ๓.

๑๔. องค์กรบริหารส่วนจังหวัดกระบี่. สรุปผลการดำเนินงาน ๔ ปี ๒๕๔๘-๒๕๕๑. กระบี่ : องค์กรบริหารส่วนจังหวัด. www.krabipao.go.th. [๑๒ มิถุนายน ๒๕๕๑].

๑๕. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี หนังสือด่วนที่สุดที่ นร ๐๕๐๖/ว ๖๗ ลงวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๕๑ เรื่อง ยุทธศาสตร์การจัดสรรและวงเงินงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๑.

๑๖. สำนักพัฒนาและส่งเสริมการบริหารราชการจังหวัด. วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การพัฒนากลุ่มจังหวัดและจังหวัด. กรุงเทพฯ: กระทรวงมหาดไทย; ๒๕๔๗.

๑๗. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. คู่มือการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพ. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๔๗.

๑๘. สำนักงาน ก.พ. คู่มือการพัฒนาระบบการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์. กรุงเทพฯ : สวัสดิการ ก.พ.; ๒๕๕๐.