

การประเมินการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับ กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

สิตาพร ยังกง*[†]
วิทรวิช พันธมงคล*
ยศ ติระวัฒนานนท์*

สุริบุษ ตั้งสภิตยกุลชัย*
เพ็ญส พลินบรรณกิจ*
ศรีเพ็ญ ดันติเวส*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้สนใจศึกษางบประมาณ 4 ส่วนที่เกิดจากวิธีการจัดสรรของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้แก่ งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อเร่งรัดการเข้าถึงบริการ เพื่อชดเชยสิทธิประโยชน์ เพื่อการดำเนินงานในชุมชน เพื่อติดตามและประเมินผล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการจัดสรรงบประมาณ ความพอเพียง การดำเนินงานกิจกรรม การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในปีงบประมาณ 2557 และ 2558 โดยมีจังหวัดที่เป็นกรณีศึกษา 2 จังหวัด ซึ่งคัดเลือกโดยพิจารณาข้อมูลจากเอกสารปฐมภูมิและทุติยภูมิที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหารร่วมกับการสนทนากลุ่มผู้ปฏิบัติหน้าที่ดำเนินงานเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากการศึกษาพบว่า การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีความท้าทายอย่างมาก เนื่องจากการบริหารจัดการงบประมาณมีความเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ทำให้ยากแก่การบริหารจัดการ รวมทั้งไม่สามารถอธิบายได้ว่างบประมาณในแต่ละพื้นที่ที่ได้รับนั้น พอเพียงหรือไม่ เนื่องจากไม่มีการแยกการใช้งบประมาณเฉพาะ P&P นอกจากนี้ ยังพบว่า ผู้รับบริการไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการเข้ารับบริการ หน่วยบริการยังขาดการนำข้อมูลเชิงวิชาการมาใช้และขาดการตรวจติดตามและประเมินผลอย่างมีประสิทธิภาพ จึงมีข้อเสนอว่า สปสช.ควรจัดทำงบประมาณขาขึ้นให้ตรงกับความเป็นจริงและมีการประชาสัมพันธ์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ รวมทั้งสร้างกลไกตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนการให้บริการ สำหรับหน่วยบริการควรมีการแยกงบประมาณ P&P ให้ชัดเจน และควรใช้ข้อมูลเชิงวิชาการมาสนับสนุนการดำเนินงานให้มากขึ้นด้วย

คำสำคัญ: กองทุนสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, การประเมิน

Abstract Evaluation of Financial Management for Health Promotion and Disease Prevention under the Universal Health Coverage: From Design to Implementation

Sitaporn Youngkong*[†], Suteenoot Tangsathitkulchai*, Witthawat Pantumongkol*, Pien Pleonbannakit*, Yot Teerawattanon*, Sripen Tantivess*

¹Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP), Ministry of Public Health, ²Faculty of Pharmacy, Mahidol University

This study focuses on four parts of health promotion and disease prevention budget under the Universal Health Coverage, including budget for solving specific health problems in the area or provinces, benefit packages, community health promotion and budget for promoting, monitoring and evaluating

*โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

[†]คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

the program. Therefore, the objectives of the study are to evaluate the allocation in terms of sufficiency and budget implementation, as well as monitoring and evaluating process in healthcare facilities during 2014-2015. Two provincial case studies were selected and retrospective method was employed by reviewing related primary and secondary data. In-depth interviews of healthcare executives and focus group discussions with healthcare practitioners were conducted. The results showed a number of challenges due to the dynamic budget allocation that could lead to difficulties in budget management. Also, it was unable to explain whether budget in each area was sufficient due to no separated budget for P&P. Furthermore, lay people might not be aware that they were entitled to receive personal benefits from the Health Promotion and Disease Prevention Fund. Most healthcare facilities did not portray evidence-based manner to carry out and create activities regarding monitoring and evaluation program effectiveness. Therefore, the National Health Security Office should estimate the budget to meet the requirement and strengthen public relations to increase service utilization, and also set up mechanisms to verify accuracy of data in order to plan the service provision. For health facilities, the P&P budget should be explicitly separated and evidence-based academic should be used to support the implementation.

Keywords: health promotion and disease prevention program, National Health Security Office, evaluation

ภูมิหลังและเหตุผล

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของระบบสุขภาพไทย ซึ่งนอกจากจะช่วยลดความเสียหายที่อาจจะเกิดขึ้นจากโรคต่างๆ แล้ว ยังเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าในทุกระดับ⁽¹⁾ การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับบุคคลและครอบครัว (P&P) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage: UC) เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ควบคู่ไปกับบริการรักษาโรคโดย มี สปสช. และ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลัก โดย สปสช. ได้รับงบประมาณด้านนี้สำหรับประชากรไทยทุกคน และ กำหนดชุดสิทธิประโยชน์ด้าน P&P รวมทั้งวิธีบริหารงบประมาณ ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขซึ่งดูแลสถานพยาบาลและบุคลากรในภาครัฐส่วนใหญ่มีภารกิจในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขของประเทศ งบประมาณด้าน P&P นั้น มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จาก 198 บาทต่อหัวประชากรในปี พ.ศ. 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 384 บาทต่อหัวประชากรในปี พ.ศ. 2557⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม เมื่อนำงบประมาณ P&P เทียบกับงบประมาณ UC ทั้งหมดตลอดระยะเวลา 11 ปีกลับพบว่ามีส่วนลดลงจากร้อยละ 14.55 เหลือร้อยละ 13.25

งบประมาณ P&P ครอบคลุมประชาชนไทยทุกสิทธิในการได้รับบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ที่พัฒนาขึ้น

ประกอบด้วย การตรวจคัดกรองโรค/ปัจจัยเสี่ยง การให้ความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน ซึ่ง สปสช. นำกิจกรรมบริการภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์มาใช้ในการคำนวณเพื่อของบประมาณ P&P ที่เป็นบริการส่วนบุคคลจากสำนักงานประมาณ (งบประมาณฯ) ตามแนวคิดการคำนวณต้นทุนตามกิจกรรม (activity-based costing) ในขณะที่การจัดสรรงบประมาณให้กับพื้นที่ สปสช. ได้กำหนดรูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณ P&P ตามวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ ระหว่างปี พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบัน ได้มีการปรับรายละเอียดรูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณ P&P มาตลอด โดยในปีงบประมาณ 2558 นั้น สปสช. จำแนกการบริหารจัดการงบประมาณ P&P ออกเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่

1) งบประมาณในการจัดซื้อ/จัดจ้าง กระจายยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา และวัสดุการแพทย์ให้แก่หน่วยบริการและหน่วยงานต่างๆ สำหรับให้บริการสร้างเสริมสุขภาพฯ ในโรคที่เป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ (National Priority Program: NPP) โดยจัดสรรให้กับผู้รับผิดชอบตามแผนงานโครงการที่อยู่ภายใต้ NPP ประกอบด้วยกรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และองค์กรพัฒนาภาคเอกชน

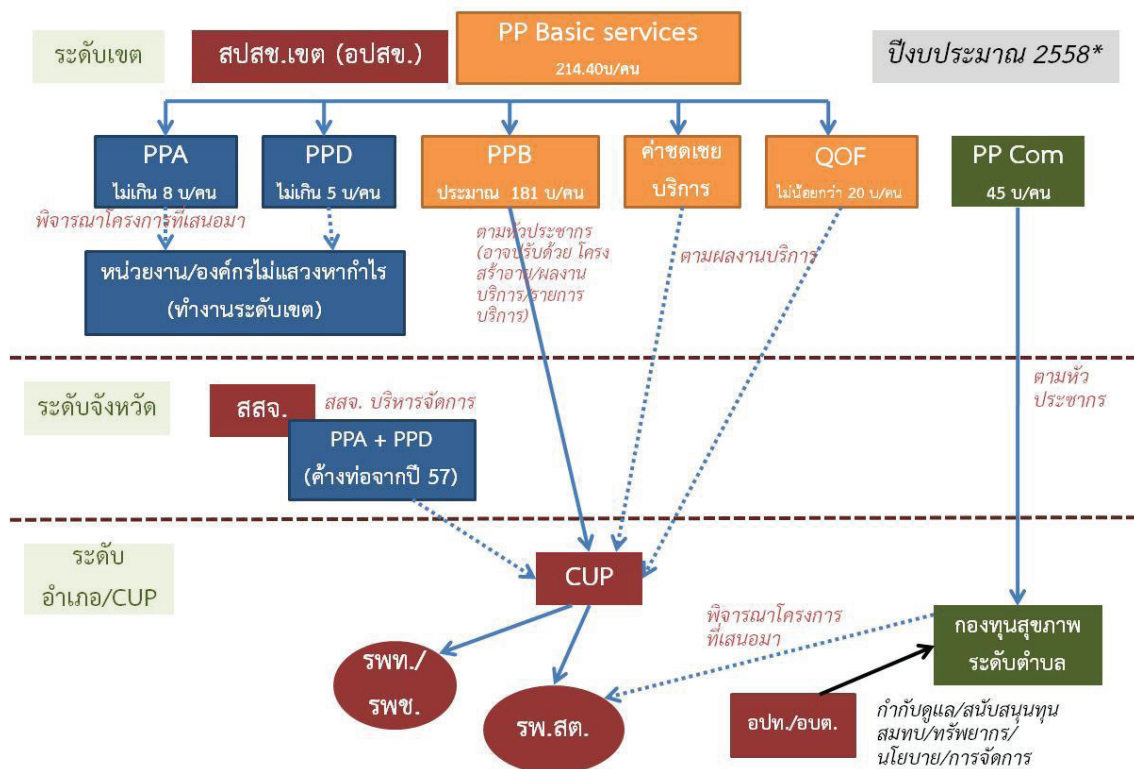
2) งบประมาณในการสนับสนุนให้หน่วยบริการประจำ และเครือข่ายจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เป็นบริการพื้นฐานสำหรับบุคคลและครอบครัวตามสิทธิ

ประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และตอบสนอง ต่อเป้าประสงค์ ตัวชี้วัดและเป้าหมายระดับเขต/ประเทศ (P&P Basic services: PPB) จัดสรรงบประมาณแบบ global budget ในระดับเขตให้กับหน่วยงานหรือหน่วยบริการตามจำนวน ประชากรในโครงสร้างกลุ่มอายุ ผลงานบริการ/อัตราความ ครอบคลุมบริการ ผ่านเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracting Units for Primary Care: CUP) ประกอบ ด้วยงบประมาณสำหรับการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ P&P งบประมาณที่จัดสรรตามคุณภาพผลงานบริการ (Quality and Outcomes Framework: QOF) งบประมาณสำหรับเร่งรัด การเข้าถึงบริการ หรือแก้ไขปัญหาระดับเขต/จังหวัด (P&P Area-based: PPA) และงบประมาณสำหรับสนับสนุน ส่ง เสริมระบบ รวมทั้งการติดตามและประเมินผล (P&P Development: PPD) ทั้งนี้ ในปีงบประมาณ 2557 งบประมาณ PPA และ PPD ได้รับการจัดสรรไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(สสจ.) เพื่อบริหารจัดการในภาพรวมของจังหวัด

3) งบประมาณสำหรับสนับสนุนการบริการสร้าง เสริมสุขภาพที่ดำเนินการในชุมชน (P&P Community: PPC) โดยจัดสรรให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งอาจกล่าวได้ ว่าเป็นหน่วยรับผิดชอบบริหารจัดการของกองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อดำเนินงานให้ประชาชนใน พื้นที่เข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบมีข้อสงสัยถึง ความเหมาะสมของการบริหารจัดการงบประมาณ P&P ใน ปัจจุบัน ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา⁽²⁾ แสดงให้เห็นถึงความเห็นที่ไม่ ตรงกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ในการ ดำเนินงาน P&P ในประเด็นสำคัญคือ การกำหนดแผน ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของ กระทรวงสาธารณสุขและชุดสิทธิประโยชน์ด้านการสร้าง เสริมสุขภาพป้องกันโรคของ สปสช. ดังนั้น การศึกษานี้จึงมี



ที่มา: คัดแปลงจากคู่มือบริหารกองทุนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2558.⁽³⁾

รูปที่ 1 การจัดสรรงบประมาณ P&P

วัตถุประสงค์เพื่อประเมินการบริหารจัดการงบประมาณ P&P ในประเด็นที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน P&P ได้แก่ ความเพียงพอของงบประมาณ ความเหมาะสมของการจัดสรรงบประมาณในระดับเขต จังหวัดและหน่วยบริการ เมื่อเทียบกับวัตถุประสงค์ ข้อกำหนดของงบประมาณย่อยต่างๆ รวมถึงชุดสิทธิประโยชน์ที่กำหนดไว้ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงศึกษากระบวนการวางแผนใช้งบประมาณ การดำเนินกิจกรรม และการติดตามและประเมินผล โดยประเมินการบริหารจัดการงบประมาณ P&P และการดำเนินงานระหว่างปีงบประมาณ 2557 และ 2558

ระเบียบวิธีศึกษา

การประเมินนี้เป็นการประเมินแบบย้อนหลังโดยใช้กรณีศึกษาในการประเมิน ดำเนินการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิจากผู้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่ของจังหวัดที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษา โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2558 ทั้งนี้ ข้อมูลที่เก็บ

รวบรวมจะเป็นข้อมูลย้อนหลังที่เกิดขึ้นในปีงบประมาณ 2557 และ 2558

กรณีศึกษาและวิธีเลือกกรณีศึกษา

การประเมินนี้ใช้กรณีศึกษาในการอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับงบประมาณ P&P ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้น มีความแตกต่างหลากหลายและซับซ้อน ไม่สามารถทำความเข้าใจหรืออธิบายเหตุผลที่มาที่ไปของปรากฏการณ์หรือพฤติกรรมของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้อย่างครบถ้วน จึงจำเป็นต้องมีการคัดเลือกพื้นที่ (ได้แก่ จังหวัด) มาเป็นกรณีศึกษาในการประเมินนี้

เกณฑ์ที่ใช้ในการคัดเลือกจังหวัดมาเป็นกรณีศึกษาของการประเมินนี้ ได้แก่

- งบประมาณ P&P ที่จังหวัดได้รับจัดสรรจากส่วนกลางเฉลี่ยต่อหัวประชากรในจังหวัด⁽⁴⁾
- คะแนน QOF ซึ่งเป็นคะแนนการทำงานบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์คุณภาพ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยใช้คะแนน QOF ที่ส่วนกลางกำหนด⁽⁵⁾

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะของจังหวัดที่เลือกเป็นกรณีศึกษา

ข้อมูลปี 2557	จังหวัด ก.	จังหวัด ข.
ขนาดพื้นที่ (ตร.กม.)	4,708.51	7,195
จำนวนประชากรไทย (คน)	433,641	548,342
• สิทธิ UC	347,582	414,532
• สิทธิอื่นๆ	48,727	124,107
จำนวนประชากรต่างด้าว (คน)	1,581	588 (ปี 2556)
การประกอบอาชีพของประชากรส่วนใหญ่ในจังหวัด	เกษตรกรรม	เกษตรกรรม
	(ทำสวนยางและสวนปาล์ม)	
จำนวนอำเภอ (อำเภอ)	8	9
จำนวนสถานพยาบาล (แห่ง)		
• โรงพยาบาลรัฐ	9	10
• โรงพยาบาลเอกชน	1	1
• รพ.สต.	72	110
จำนวนกองทุนตำบล (กองทุน)	61	65

สุ่มเลือกจังหวัดมาเป็นกรณีศึกษาแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 2 จังหวัด โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก ดังต่อไปนี้

1) เลือก 1 จังหวัดที่ได้รับจัดสรรงบประมาณ P&P เฉลี่ยต่อหัวประชากรต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ แต่ได้คะแนน QOF (ส่วนกลาง) อยู่ในเกณฑ์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ (จังหวัด ก.) และ

2) เลือก 1 จังหวัดที่ได้รับจัดสรรงบประมาณ P&P เฉลี่ยต่อหัวประชากรสูงกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ แต่ได้คะแนน QOF (ส่วนกลาง) อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของทั้งประเทศ (ข้อมูลปีงบประมาณ 2557) (จังหวัด ข.)

หลังจากนั้น เลือก 2 อำเภอในแต่ละจังหวัด โดยใช้เกณฑ์สภาพคล่องทางการเงินของอำเภอ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการประเมินครั้งนี้ใช้ทั้งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยการเก็บข้อมูลปฐมภูมิใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) โดยกำหนดแนวคำถามตามวัตถุประสงค์เฉพาะทั้ง 3 ข้อ ซึ่งจะสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งแบบสัมภาษณ์รายบุคคล (face-to-face interview) ในกลุ่มผู้บริหารทั้งในระดับประเทศและระดับจังหวัด ผู้บริหารสถานพยาบาล และประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพระดับตำบล สำหรับการเก็บข้อมูลจากผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องจะใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ทั้งนี้ จะขยายการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมหากพบว่าผู้ที่เกี่ยวข้องสมควรเก็บข้อมูลเพิ่มเติมแบบ snowball effect

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ ได้จากการทบทวนวรรณกรรม การสืบค้นฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข และเอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข รายงานประจำปีของ สปสช. รายงาน 43 เพิ่มข้อมูล รายงานผลการดำเนินงานของจังหวัดสำหรับการนิเทศงานของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข รายงานการติดตามประเมินผลของ สปสช. แผนส่งเสริมสุขภาพและ

ป้องกันโรคของจังหวัด และรายงานการประชุมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณ P&P เช่น ข้อมูลงบประมาณ ข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข และของ สปสช.

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการประเมินนี้คือผู้บริหารและบุคลากร/ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน P&P ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ (ในที่นี้คือในจังหวัดที่คัดเลือกมาเป็นกรณีศึกษา) การเก็บข้อมูลปฐมภูมิ ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ได้แก่ สปสช. เขต นายแพทย์/รองนายแพทย์ สสจ. หัวหน้ากลุ่มงานต่างๆ ใน สสจ. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และประธานกรรมการบริหารกองทุนสุขภาพระดับตำบล จำนวน 35 คน และการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพฯ ทั้งในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และกองทุนสุขภาพระดับตำบล จำนวน 131 คน ในจังหวัดที่เลือกมาเป็นกรณีศึกษา ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มนั้น จะนำมาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ประกอบกับข้อมูลทุติยภูมิเพื่ออธิบายรายละเอียดตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม รวมถึงการทบทวนเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จะนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสรุปผลตามวัตถุประสงค์ของการประเมิน

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่รวบรวมได้จากรายงานต่างๆ เช่น ข้อมูลงบประมาณจากแผนส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่จังหวัดจัดทำเสนอ สปสช.เขต ข้อมูลผลการดำเนินงานจากรายงานติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัดที่จังหวัดจัดทำเสนอกระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

1. การจัดสรรงบประมาณ P&P

สปสช.คำนวณงบประมาณ P&P เพื่อจัดทำข้อเสนอของงบประมาณจากสำนักงานงบประมาณ (งบประมาณขาขึ้น) ตามแนวคิดต้นทุนตามกิจกรรมบริการในชุดสิทธิประโยชน์ ดังสูตรคำนวณด้านล่างนี้

งบประมาณ P&P ขาขึ้น¹

$$= \text{จำนวนประชากรเป้าหมาย} \times \text{สัดส่วนประชากรเป้าหมาย} \times \text{จำนวนครั้งที่ได้รับบริการต่อปี} \times \text{อัตราความครอบคลุม} \times \text{ต้นทุนกิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์}$$

ในขณะที่การจัดสรรงบประมาณให้กับพื้นที่นั้น สปสช.ได้กำหนดรูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณ P&P ตามวัตถุประสงค์ของงบประมาณแต่ละประเภทที่แตกต่างกัน และมีการปรับปรุงรายละเอียดของรูปแบบการบริหารจัดการงบประมาณดังกล่าวในแต่ละปี ทั้งนี้ ความแตกต่างที่ชัดเจนระหว่างการบริหารจัดการงบประมาณ P&P ที่กำหนดจาก สปสช. ของปีงบประมาณ 2557 และ 2558 ได้แก่ งบประมาณ PPA และ PPD ที่แต่เดิมถูกจัดสรรไปยัง สสจ. เพื่อบริหารจัดการในภาพรวมของจังหวัด เมื่อมีการยกเลิกสำนักงานสาขาจังหวัดของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หมายความว่า สนน. ที่ตั้งอยู่ใน สสจ.) ในปีงบประมาณ 2558 ทำให้งบประมาณ P&P ทั้งสองประเภทถูกนำมาพิจารณาร่วมกับงบประมาณ PPB ในระดับเขตในรูปแบบ global budget แทน

¹ สัดส่วนประชากรเป้าหมาย หมายถึง สัดส่วนประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุที่พึงได้รับบริการ จำนวนครั้งที่ได้รับบริการต่อปี หมายถึง จำนวนครั้งของบริการที่พึงได้รับภายใน 1 ปี อัตราความครอบคลุม หมายถึง อัตราความครอบคลุมของบริการที่กลุ่มอายุนั้นๆ พึงจะได้รับ ต้นทุนกิจกรรมตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง ต้นทุนของแต่ละกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย ต้นทุนแรงงาน ต้นทุนวัสดุ และต้นทุนทางอ้อม จำนวนประชากรเป้าหมาย หมายถึง จำนวนประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุที่พึงได้รับบริการ

โดยแนวทางการจัดสรรงบประมาณในแต่ละเขตขึ้นอยู่กับพิจารณาของคณะอนุกรรมการการจัดสรรงบประมาณ P&P ในระดับเขตลงสู่หน่วยบริการและพื้นที่นั้น ซึ่งใช้ข้อมูลของประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นหลักในการพิจารณา โดยจะมีการจัดสรรล่วงหน้าให้แก่ละจังหวัดในช่วงต้นปีงบประมาณ (เดือนตุลาคม) เมื่อพิจารณาลักษณะการจัดสรรงบประมาณ P&P ของเขตที่รับผิดชอบจัดสรรงบประมาณไปยังจังหวัด ก. (เขต ก.) และจังหวัด ข. (เขต ข.) พบว่า การจัดสรรงบประมาณ PPB และ PPC ให้กับพื้นที่นั้นพิจารณาจำนวนหัวประชากรในพื้นที่ตามข้อกำหนดของ สปสช. ซึ่งการจัดสรรงบประมาณดังกล่าวในปีงบประมาณ 2557 และ 2558 มีแนวทางไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ การจัดสรรงบประมาณ PPA และ PPD ซึ่งมีการพิจารณาในระดับเขตในปีงบประมาณ 2558 จะมีแนวทางการพิจารณาที่แตกต่างกันไปในแต่ละเขต โดยเฉพาะในการจัดสรรงบประมาณ PPA กล่าวคือ คณะอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสช.) เขต ก. มีมติจัดสรรงบประมาณ PPA ไปยังเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Contracting Units for Primary care: CUP) พร้อมกับงบประมาณ PPB โดยพิจารณาจำนวนหัวประชากร ซึ่งเป็นผลกระทบจากการตรวจสอบจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ในปีงบประมาณ 2557 ที่พบว่า มีหลายโครงการที่ได้รับงบประมาณ PPA ที่สตง. ตีความว่าใช้งบประมาณไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ขณะที่ อปสช. เขต ข. ได้แบ่งสัดส่วนงบประมาณ PPA ออกเป็นสองส่วน ส่วนแรกร้อยละ 50 สำหรับการบริหารจัดการในระดับเขต และอีกร้อยละ 50 จัดสรรให้กับ สสจ.

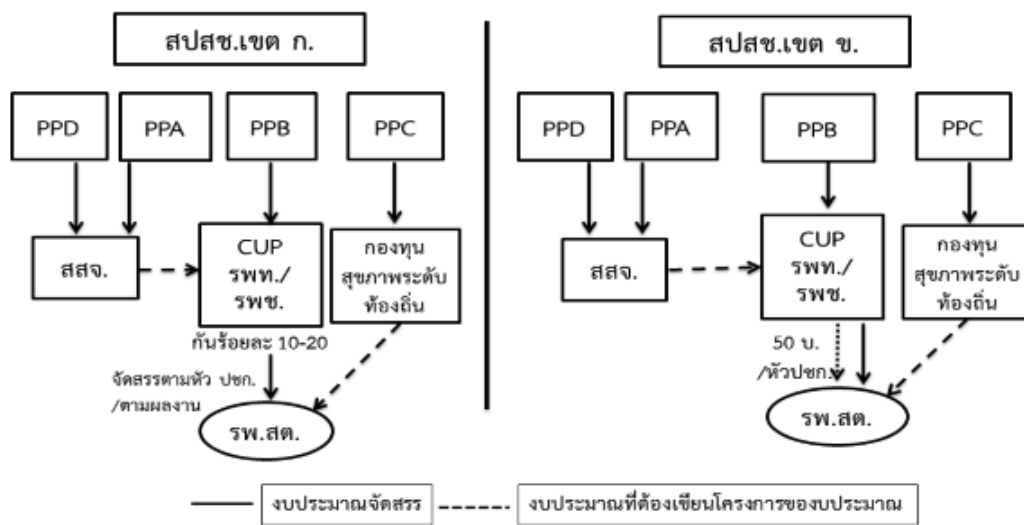
การจัดสรรงบประมาณ P&P ในระดับจังหวัด

เมื่อพิจารณาการจัดสรรงบประมาณ P&P ระดับจังหวัดจากในอดีตที่ผ่านมาจนถึงปีงบประมาณ 2558 การจัดสรรงบประมาณ PPA และ PPD ขึ้นอยู่กับผู้บริหารของ สนน. สสจ. เป็นหลัก ดังเช่น จังหวัด ก. ในช่วงแรกๆ ของการได้รับจัดสรรงบประมาณ P&P ผู้บริหารระดับจังหวัดมองว่าในระดับ CUP จะได้รับจัดสรรเงิน PPB และเขียนโครงการ P&P เพื่อของบประมาณจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

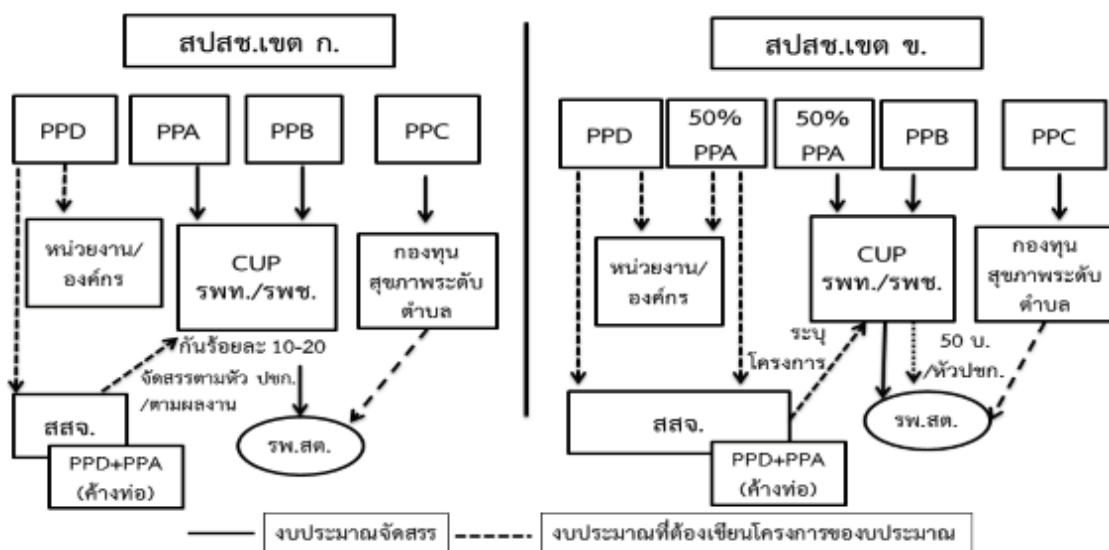
(กองทุนตำบล) แต่ไม่มีงบประมาณในส่วนที่จะใช้ดำเนินงานในระดับ CUP จึงมีการแบ่งงบประมาณ PPA ที่จังหวัดให้ CUP เขียนโครงการเข้ามาขอใช้ร้อยละ 10 และที่เหลือเป็นส่วนที่จังหวัดจะเขียนแผนงาน/โครงการไว้ดำเนินการในระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจังหวัดจะกันเงินไว้สำหรับให้ CUP เขียนแผนงาน/โครงการเสนอขึ้นมา แต่หน่วยบริการในพื้นที่มักเขียนแผนส่งมาล่าช้า ทำให้การพิจารณาและจัดสรรงบประมาณ

ประมาณให้ยิ่งล่าช้า เมื่อรอจนกว่า สสจ. จะพิจารณาแผนของหน่วยบริการในพื้นที่ได้เรียบร้อย ก็ใกล้หมดปีงบประมาณที่จะต้องสรุปการทำงานและบัญชีการเงิน ทำให้งบประมาณ PPA ยังเหลือค้างอยู่ ต่อมาในระยะหลังๆ ที่กองทุนตำบลได้รับจัดสรรงบประมาณในการทำงานมากขึ้น และมีการทำงานที่ชัดเจนขึ้น หน่วยงานในระดับ CUP ได้มีการของบประมาณจากกองทุนตำบล เพื่อใช้ในการดำเนินงาน P&P มากขึ้น

ปีงบประมาณ 2557



ปีงบประมาณ 2558



รูปที่ 2 การจัดสรรงบประมาณของจังหวัดที่เป็นกรณีศึกษา ปีงบประมาณ 2557 และ 2558



รูปแบบการจัดสรรงบประมาณขึ้นอยู่กับนโยบายของผู้บริหารระดับจังหวัด เช่น จังหวัด ข. มีนโยบาย One Health ซึ่งเป็นนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดให้ดำเนินการในทุกตำบลหรือนโยบายจาก สสจ. ให้แต่ละ CUP จัดสรรงบประมาณ PPB เป็นจำนวนเงิน 50 บาทต่อหัวประชากรในพื้นที่ในการดำเนินโครงการ P&P ของ CUP

ในปีงบประมาณ 2558 สสจ. ไม่ได้เป็นสำนักงานสาขาของ สปสช. อีกต่อไปแล้ว ทำให้ สสจ. ไม่สามารถรับการจัดสรรงบประมาณ PPA และ PPD จาก สปสช. ได้อีก ในขณะที่เดียวกัน สสจ. จะต้องบริหารจัดการใช้งบประมาณ P&P ที่คงเหลืออยู่จากปีงบประมาณ 2557 ให้หมดภายในปีงบประมาณ 2558 ซึ่ง สสจ. จังหวัด ก. ก็ได้จัดสรรงบประมาณ P&P ที่เหลืออยู่ให้กับ CUP ตามหัวประชากร ในขณะที่ สสจ. จังหวัด ข. จัดสรรงบประมาณ P&P ที่เหลืออยู่ให้กับ CUP ตามหัวประชากรพร้อมกับให้ CUP ดำเนินการให้สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขของจังหวัด เช่น การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินโครงการให้บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล การพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอ การอบรมฟื้นฟูอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน การพัฒนาหมู่บ้านแพทย์แผนไทยต้นแบบ งานอนามัยแม่และเด็ก และ Healthy Workplace

การจัดสรรงบประมาณ P&P ในระดับ CUP

การจัดสรรงบประมาณ P&P ในระดับ CUP ที่เป็นกรณีศึกษาของทั้งจังหวัด ก. (CUP ก.1 และ ก.2) และ ข. (CUP ข.1 และ ข.2) ขึ้นอยู่กับนโยบายนายแพทย์ สสจ. และผู้บริหาร CUP ซึ่งได้แก่ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งมีแนวทางในการบริหารจัดการงบประมาณ P&P ที่ได้รับจัดสรรมาจากเขต/จังหวัดในลักษณะเดียวกัน กล่าวคือ งบประมาณ PPB ที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช. เขต จะถูกโอนเข้าบัญชีเงินบำรุงของโรงพยาบาลแม่ข่าย และใช้ระเบียบเงินบำรุงในการเบิกจ่ายเพื่อดำเนินการ โดยมี คปสอ. เป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์การใช้งบประมาณ P&P ของแต่ละ CUP ซึ่ง คปสอ. ทุกแห่งที่เป็นกรณีศึกษาจะกั้นงบประมาณส่วนหนึ่งไว้ใช้บริหารจัดการในภาพรวมของ CUP เช่น CUP ก.1 และ ก.2 ได้กั้นงบประมาณ PPB ไว้ที่ CUP ร้อยละ 10-20 เพื่อดำเนิน

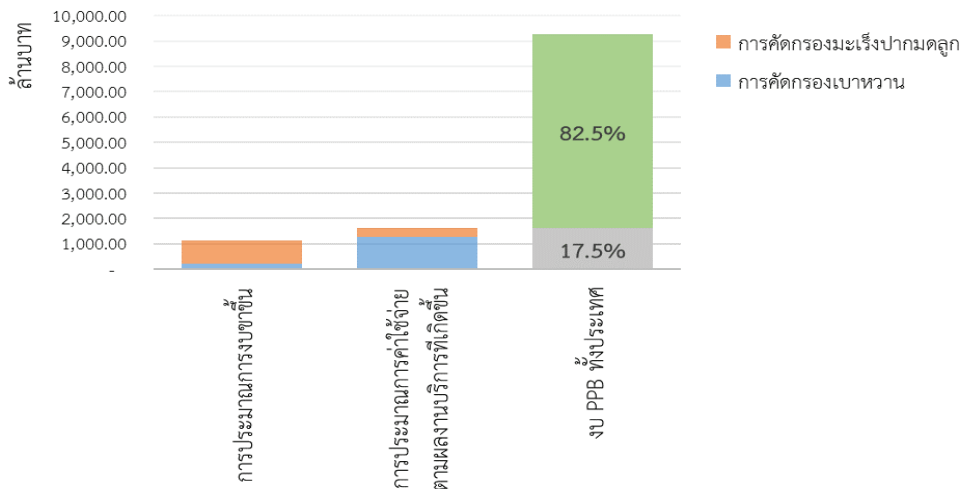
กิจกรรมตามแผนงาน/โครงการและบริหารจัดการในภาพรวมและ CUP ข.1 และ ข.2 จะจัดสรรงบประมาณ PPB ให้กับหน่วยบริการเพื่อใช้ในการทำแผนงาน/โครงการ เป็นจำนวน 50 บาทต่อหัวประชากรในพื้นที่ ซึ่งเป็นไปตามนโยบายของ สสจ. ในจังหวัด ข. ดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งงบประมาณ PPB ที่เหลือของ CUP จะถูกจัดสรรไปยังหน่วยบริการภายใน CUP คือ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตามจำนวนหัวประชากรและ/หรือตามผลงานบริการ หากหน่วยบริการต้องการใช้งบประมาณสำหรับโครงการหรือกิจกรรม P&P ใดๆ ที่นอกเหนือจากงานบริการประจำที่ต้องให้บริการอยู่แล้ว จะต้องมีการเขียนโครงการขึ้นมาเพื่อขออนุมัติงบประมาณจาก คปสอ.

2. ความพอเพียงของงบประมาณ P&P

หากพิจารณางบประมาณ PPB ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการจัดบริการ P&P ที่เป็นบริการพื้นฐานตามสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยวิเคราะห์งบประมาณที่ต้องใช้ตามผลงานบริการในชุดสิทธิประโยชน์สองรายการในปีงบประมาณ 2557 ได้แก่ การคัดกรองเบาหวานและการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เปรียบเทียบกับประมาณการงบประมาณขาขึ้นของ สปสช. สำหรับปีงบประมาณเดียวกัน^(5,6) พบว่า บริการแรกมีการใช้งบประมาณที่เกิดขึ้นจริงประมาณ 1,280 ล้านบาทซึ่งสูงกว่างบประมาณขาขึ้นที่ สปสช. ประมาณการไว้ 218 ล้านบาท ขณะที่บริการที่สองมีการใช้งบประมาณในการชดเชยบริการตามผลงานบริการที่เกิดขึ้น 338 ล้านบาท ซึ่งต่ำกว่างบประมาณขาขึ้นที่ประมาณการไว้ 914 ล้านบาท และค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการทั้งสองบริการดังกล่าว คิดเป็นร้อยละ 17.5 ของงบประมาณ PPB ทั้งหมดที่จัดสรรทั่วประเทศในปีงบประมาณเดียวกัน^(4,7)

จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานใน สสจ. ที่รับผิดชอบการจัดสรรงบประมาณ P&P ของจังหวัด มีความเห็นว่า งบประมาณที่จังหวัดได้รับจัดสรร เช่น PPD ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

“ในความเป็นจริง PPD ได้มาไม่เกินสองล้าน ล้านบาท”



รูปที่ 3 การประมาณค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการให้บริการคัดกรองเบาหวานและคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตามผลงานบริการ เปรียบเทียบกับการประมาณการงบประมาณฯขึ้น และงบประมาณ PPB ที่จัดสรรทั่วประเทศ ในปีงบประมาณ 2557

มันไม่พอจริงๆ เพราะว่าเราต้องบริหารจัดการเยอะครับ เพราะนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเยอะ เยอะมาก เยอะมากขึ้นทุกปี”- จันท.สสจ.

การจัดสรรงบประมาณ P&P ในระดับจังหวัดเพื่อใช้ในการดำเนินงาน P&P ของทั้งสองจังหวัดกรณีศึกษา ผู้ให้ข้อมูลทั้งจังหวัด ก. และจังหวัด ข. กล่าวตรงกันว่า มีงบประมาณ PPA เหลือค้างท่อจากปีงบประมาณ 2557 ซึ่งผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดบางท่านให้ความเห็นว่าข้อกำหนดของการใช้งบประมาณ PPA ที่เขียนไว้ในคู่มือของ สปสช. มีข้อจำกัดในการใช้งบประมาณ ซึ่งกำหนดให้ใช้สำหรับบริการเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะของพื้นที่ และต้องเป็นการจัดบริการให้กับบุคคล/ครอบครัว

“จังหวัด (สสจ.) นั้นไม่ได้เป็นหน่วยบริการตรงต่อประชาชน เวลาไปทำให้ถึงประชาชนมันก็เลยใช้เงินได้ไม่เต็มที่ ทำให้ PPA ที่จังหวัดมันเหลือ สบายๆ ว่า PPA เพียงพอ ส่วน PPD มันไม่พอ ก็เลยต้องพยายามทำให้เงิน PPA เกียวกับประชาชน”- จันท.สสจ.

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดสรรงบประมาณ P&P ในพื้นที่ยังพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ไม่สามารถให้คำตอบได้อย่างชัดเจนว่างบประมาณ P&P เพียงพอที่จะใช้ดำเนินกิจกรรม P&P ในพื้นที่หรือไม่ เนื่องจากงบประมาณ P&P ที่ถูกจัดสรรมายังหน่วยบริการใน

พื้นที่ ถูกรวมอยู่ในบัญชีเดียวกับงบประมาณอื่นๆ ที่ได้รับจาก สปสช. เช่น งบประมาณสำหรับการรักษา (OP และ IP) ไม่ได้ทำบัญชีการเงินเฉพาะงบประมาณ P&P และการนำงบประมาณไปใช้ขึ้นอยู่กับ CUP

“เรื่องงบ PP ที่ได้รับจัดสรรมาในช่วงก่อนๆ จะดูไม่ค่อยชัดเจน คือถูกรวมในงบของโรงพยาบาลทั้งหมด จนปี 57 หมอ (ประธาน CUP ข.2) ได้ศึกษาว่า ควรจะต้องใช้งบ PP ในการส่งเสริมสุขภาพ หลายๆ ที่อาจจะไม่ชัดเจน หมอบอกว่าต้องแยกบัญชี จะได้ไม่่งว่าเงินนี้ใช้กับอะไร”- กรรมการ คปสอ.

3. การดำเนินกิจกรรม P&P

การดำเนินกิจกรรม P&P ขึ้นอยู่กับผู้บริหารในพื้นที่ ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด และอำเภอ ซึ่งมีนโยบายการทำงานที่แตกต่างกันไป โดยพิจารณาจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายจังหวัดเป็นสำคัญ ดังตัวอย่างโครงการที่ สสจ. ของสองจังหวัดกรณีศึกษาเสนอขออนุมัติใช้งบประมาณ PPA ในการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2558⁽⁸⁾ ในตารางที่ 1

จากการทบทวนเอกสารและสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานใน คปสอ. ที่จัดทำแผนงาน P&P ในจังหวัดกรณีศึกษา พบว่าการปฏิบัติงานในหลายพื้นที่มักจะเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน และเป็นการนำกิจกรรมที่เคยดำเนินการแล้วมาปรับใช้ อีกทั้ง



ผู้บริหารในระดับพื้นที่ให้ข้อมูลว่า การคัดเลือกมาตรการและ กิจกรรมมาดำเนินการในพื้นที่นั้น ไม่มีการใช้ข้อมูลทางวิชาการสนับสนุน ทั้งในแง่ประสิทธิภาพหรือประสิทธิผล

“ปกติเรามีทีมแพทย์อยู่แล้ว เพราะฉะนั้นเรื่องงานแผนเราค่อนข้างจะไม่ค่อยเปลี่ยนแปลง จะเปลี่ยนแปลงนิดหน่อยตรงที่เรื่องเงินเท่านั้นเอง ว่าเราจะไปทำเรื่องอะไรหรือจุดด้อยของเราคืออะไรที่ทำให้การเงินเรามีปัญหา เราก็จะโฟกัสมากขึ้น” - หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม

“อีกอย่างหนึ่งที่ผมมองก็คือพื้นที่ส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยใช้พวกข้อมูล Evidence-based มาสนับสนุน โครงการส่วนใหญ่ก็ทำตามๆ กันมาเฉยๆ”-ประธาน คปสอ.

นอกจากนี้ การจัดสรรงบประมาณ P&P ระดับเขต และพื้นที่ไม่มีระบบตรวจสอบว่า พื้นที่นำงบประมาณ P&P แต่ละประเภทที่ได้ไปใช้ดำเนินงานตามแผน และ/หรือใช้เพื่อดำเนินงาน P&P ซึ่งงบประมาณ P&P ที่ถูกจัดสรรไปยัง CUP จะถูกนำไปรวมกับงบประมาณอื่นๆ และการนำไปใช้ขึ้นอยู่กับข้อตกลงจาก คปสอ. ของแต่ละ CUP โดยไม่จำเป็นว่าจะต้องนำไปใช้ในการดำเนินงาน P&P เท่านั้น

“ผมว่าเม็ดเงินมันน่าจะพอ เพราะมันไม่น้อย ปัญหาอยู่ที่ว่าเราไม่รู้ว่าเงินที่เราโอนลงไปนั้น คำทำจริงหรือไม่จริง คำคือข้อมูลแบบเมคใหม่ เราตรวจสอบไม่ได้ คนที่ผลงานดี อาจจะมีบ้างก็ว่าได้ ไม่ได้ทำจริง เราก็ไม่รู้”- กรรมการ อปสข.

ตารางที่ 2 ตัวอย่างโครงการที่กลุ่มงานภายใน สสจ. ก. และ สสจ. ข. เสนอขออนุมัติใช้งบประมาณ PPA (ปีงบประมาณ 2558)

ประเด็น	จังหวัด ก.	จังหวัด ข.
P&P ตามกลุ่มวัย	<ul style="list-style-type: none"> - การเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายเฝ้าระวังป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน - มหกรรมปั่นจักรยานเทิดพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ - การพัฒนาสุขภาพอนามัยเด็กวัยเรียน - การณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดังครกที่ไม่พร้อมในวัยรุ่น - “ตลาดนัดภาคีเครือข่ายโรคยา” สร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ - การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 	<ul style="list-style-type: none"> - การสร้างทักษะขายตรงนมแม่ - โครงการ MCH - โครงการเด็กวัยเรียน Fit and Firm - แพทย์แผนไทย - การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการจัดระบบบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด
การควบคุมโรค	<ul style="list-style-type: none"> - เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคอุบัติใหม่ - เสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายงานโรคเรื้อรัง 	
การบริหารจัดการระบบ	<ul style="list-style-type: none"> - การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน ผ่านกระบวนการสื่อสารประชาสัมพันธ์ - เสริมสร้างความเข้มแข็งเครือข่าย คู่ครองผู้บริโภคดีด้านสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> - การประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพ - การพัฒนาเว็บไซต์ของสนง.สสจ. - งานปฐมนิเทศ - งานพัฒนา Hospital Accreditation (HA) ผู้ Primary Care Accreditation (PCA) - Service plan สาขาทันตกรรม - โครงการสุขภาพหนึ่งเดียว (one health) - การพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน เพื่อรองรับ AEC

“ไม่ได้ใช้เฉพาะส่งเสริมนะ ใช้ทุกอย่างในส่วนพื้นที่มัน แยกออกมาต่างหากทำโครงการส่งเสริมคือ ถ้าพูดง่าย ๆ ก็คือว่าประมาณ 170 ต่อหัวนี้ 50 มาทำโครงการที่เป็น P&P แล้วส่วนที่เหลือจะไปบริหารจัดการหรืออะไรก็ได้ไปรวมกับเงินบำรุงของโรงพยาบาลไปเลย” - กรรมการ คปสอ.

ในด้านอุปสรรคของการให้บริการ P&P ผู้ปฏิบัติงานให้บริการ P&P ในพื้นที่ให้ข้อมูลว่า แม้ว่าการบริการ P&P หลายบริการ มีสิ่งจูงใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน เช่น โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีค่าชดเชยบริการ และเป็นหนึ่งในบริการที่เป็นตัวชี้วัดของโครงการ OOF จึงมีเงินจูงใจในการจัดบริการ แต่พบว่า จำนวนผู้มารับบริการในจังหวัด ก. และ ข. ต่ำกว่าเป้าหมายที่วางไว้^(4,6)

อีกทั้งในบางบริการ แม้ระดับนโยบายจะให้ความสำคัญ แต่ยังพบความยากในการดำเนินงานให้สำเร็จตามเป้าหมาย ยกตัวอย่างเช่น การฝากครรภ์คุณภาพซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานอนามัยแม่และเด็ก แต่สัดส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ของทั้งสองจังหวัดกรณีศึกษา ก็ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ เนื่องจากสาเหตุหลายประการ เช่น การไม่ทราบข้อมูลการฝากครรภ์ฟรี การเคลื่อนย้ายถิ่นของหญิงตั้งครรภ์หรือมีการฝากครรภ์ในสถานพยาบาลเอกชน ซึ่งทำให้การติดตามการบริการทำได้ลำบาก หรือการคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งมีการให้ความสำคัญในระดับนโยบาย แต่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อจำกัดด้านทักษะความรู้ของผู้ให้บริการ โดยเฉพาะการให้ข้อมูลและ/หรือการดูแลหญิงตั้งครรภ์หลังจากทราบผลว่าลูกในครรภ์เป็นธาลัสซีเมีย

นอกจากนี้ งาน P&P เป็นงานที่ประชาชนยังไม่เห็นความสำคัญที่จะเข้ามาใช้บริการ จึงทำให้ประชาชนเลือกเข้ารับบริการและมีส่วนร่วมเป็นจำนวนน้อยเมื่อเทียบงานด้านการรักษา ผู้ปฏิบัติงานให้ความเห็นว่าประชาชนให้ความสนใจกับเศรษฐกิจจะระดับครัวเรือนมากกว่าปัญหาด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากที่จะกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ได้ การดำเนินงานจึงยังไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้เท่าที่ควร

“ผู้นำชุมชนกับประชาชนส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญเรื่องของเศรษฐกิจและปากท้องมาก่อนด้านสุขภาพในส่วนที่ตัวเองรับผิดชอบที่เห็นและวิเคราะห์มาได้ เราก็พยายามดึงว่าถ้าเราทำด้านสุขภาพด้วยมันก็จะช่วยส่งเสริมตรงนั้นได้อย่างไรบ้าง คือพยายามทำอะไรก็ได้ให้เขาสนใจ 2 อย่างนั้นและเราก็จะต้องดึงเขาเข้าไป ถ้าคุณเจ็บป่วยคุณก็ไม่มีเวลาไปทำงาน เศรษฐกิจไม่ดีก็จะเป็นปัญหาลูกโซ่พันไปเรื่อยๆ อย่างเด็กอยู่กับตากับยาย การดูแลการเลี้ยงดูก็จะมีปัญหาอีกส่วนหนึ่งคือมันเป็นปัญหาที่ต่อเนื่องพันกันไปและส่งผลมาถึงสุขภาพ” - ผู้ปฏิบัติงานหน่วยบริการปฐมภูมิ

อย่างไรก็ตาม การกำหนดกิจกรรมหรือบริการที่มีรายละเอียดการดำเนินงานชัดเจน รวมถึงการมีงบประมาณให้เฉพาะโครงการนั้นๆ จากส่วนกลาง มีแนวโน้มที่การให้บริการจะประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ทั้งนี้ก็อีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน P&P ได้แก่ ศักยภาพ และวิสัยทัศน์ของผู้นำ ที่ให้ความสำคัญกับงาน P&P และเข้าใจข้อกำหนดของการใช้งบประมาณ P&P

4. การติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน P&P

สำหรับการติดตามการดำเนินงาน P&P ของทั้งสองจังหวัดกรณีศึกษาจะอิงกับระบบการติดตามของกระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ได้แก่ การนิเทศงานประจำสองครั้งต่อปีงบประมาณของกระทรวงสาธารณสุขโดยผู้ตรวจราชการกระทรวงฯ ร่วมกับระบบติดตามงานของจังหวัด ไม่ว่าจะเป็นการนิเทศงานในพื้นที่ของ สสจ. และ สสอ. การนิเทศงานเฉพาะกิจของแต่ละกลุ่มงานใน สสจ. เช่น กลุ่มงานสร้างเสริมสุขภาพของ สสจ. ในจังหวัด ก. แบ่งความรับผิดชอบของผู้ปฏิบัติงานในกลุ่มออกตามกลุ่มวัย และจัดให้มีการนิเทศงานตามกลุ่มวัย รวมถึงการติดตามงานแบบไม่เป็นทางการ ได้แก่ การติดตามงานผ่านทางโทรศัพท์ โปรแกรม Line และจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ โดยมีการรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบรายงานต่างๆ ไปยังหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุข และ สปสช. ได้แก่ รายงาน 43 แฟ้ม ข้อมูลการรายงานผลการดำเนินงานของเขต/

ตารางที่ 3 จำนวนตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแต่ละระดับ

กลุ่มวัย	ตัวชี้วัด P&P (ปี 2558)			
	เป้าหมาย	กระทรวง สธ. (เน้น)	จังหวัด ก.	จังหวัด ข.
กลุ่มเด็กปฐมวัย (0-5 ปี)/สตรี	7	2	3 (0)	5 (1)
กลุ่มเด็กวัยเรียน (5 - 14 ปี)	9	2	4 (0)	6 (2)
กลุ่มเด็กวัยรุ่น/นักศึกษา (15 - 21 ปี)	7	2	2 (0)	3 (0)
กลุ่มวัยทำงาน (15 - 59 ปี)	13	2	6 (0)	9 (1)
กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และคนพิการ	8	1	3 (0)	5 (0)
รวม	44	9	18	28

หมายเหตุ: ตัวเลขในวงเล็บคือ จำนวนตัวชี้วัดที่จังหวัดมีเหมือนกับกระทรวงสาธารณสุข

จังหวัดผ่านฐานข้อมูลกลางของเขต/จังหวัด รายงานผลการดำเนินงานในโครงการเฉพาะ เช่น การรายงานผลการดำเนินงานให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านระบบ CsX2010 รวมถึงการรายงานผลในการประชุมประจำเดือน เช่น การประชุมคปสอ. ซึ่งการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานจะพิจารณาตัวชี้วัดการดำเนินงานทั้งตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ได้แก่ ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บรรจุอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ระดับกระทรวง 9 ตัวชี้วัด⁽⁹⁾ และ ตัวชี้วัดในระดับจังหวัด คือ ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่บรรจุอยู่ในแผนปฏิบัติการของ สสจ. (จังหวัด ก. 18 ตัวชี้วัด และ จังหวัด ข. 28 ตัวชี้วัด)⁽⁸⁾

อย่างไรก็ตาม การรายงานผลการดำเนินงาน P&P ผ่านระบบต่างๆ นั้น ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ไม่ได้นำผลการดำเนินงานนั้นไปใช้ประโยชน์เพื่อปรับปรุงหรือเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน P&P เลย ระบบรายงานผลการดำเนินงานก็มีความซ้ำซ้อน กล่าวคือ ต้องกรอกข้อมูลเดียวกันในหลายฐานข้อมูลทั้งที่เป็นเอกสารและฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ นอกจากนี้ ตัวชี้วัดต่างๆ ยังมีจำนวนมากและมีเป้าหมายที่สูง ทำให้เกิดภาระแก่ผู้ปฏิบัติงาน จากการสัมภาษณ์ ทำให้อนุมานได้ว่า ปริมาณและเป้าหมายของตัวชี้วัดนั้นสร้างความกดดันให้ผู้ปฏิบัติงานและนำมาสู่การรายงานข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง

“กระทรวงสาธารณสุขออกนโยบายมาเยอะมาก [...] ถ้าเกิดว่าทำไม่ผ่าน สสอ. ก็ต้องถามว่าทำไมถึงทำไม่ได้ [...] เพราะฉะนั้นข้อมูลที่ส่งไปให้กระทรวงยังไม่สามารถรับประกันได้ว่าเป็นงานที่จริงหรือเท็จ”- ผู้ปฏิบัติงาน รพสต.

วิจารณ์

รูปแบบการจัดสรรงบประมาณ P&P ในระดับเขต จังหวัด และ CUP ขึ้นอยู่กับข้อตกลงของ อปสข. และคณะกรรมการในแต่ละระดับ ซึ่งทั้งสองจังหวัดที่ลงไปศึกษามีการจัดสรรที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะความเข้าใจในการใช้งบประมาณ PPA และความกลัวการตรวจสอบจาก สตง. ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อปีงบประมาณ 2557 และมีการเปลี่ยนแปลงการจัดสรรงบประมาณและหลักเกณฑ์ในการใช้งบประมาณในปีงบประมาณ 2558 ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลกระทบมากที่สุดที่ สสจ. เนื่องจากขาดงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม ยกเว้นเขต ข. ที่จัดสรรงบประมาณร้อยละ 50 ของงบประมาณ PPA ไปให้ สสจ. ดำเนินงานในภาพรวมของจังหวัด ขณะที่ CUP ของเขต ก. ได้ประโยชน์จากการได้งบประมาณมากขึ้น โดยไม่จำเป็นต้องมีแผนการใช้ PPA อย่างไรก็ตาม ในปีงบประมาณ 2558 ทั้งสองจังหวัดที่ลงไปศึกษายังมีงบประมาณ PPA และ PPD เหลืออยู่ในระดับจังหวัด จากปีงบประมาณก่อนหน้า (2557) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลจากข้อจำกัดของความเข้าใจในการใช้งบ

ประมาณ PPA ของผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัด ทำให้งบประมาณส่วนนี้ยังคงเหลืออยู่ ทั้งนี้ มีผู้ให้บริการส่วนน้อยที่ให้ความสำคัญกับบริการที่กำหนดในชุดสิทธิประโยชน์ P&P อีกทั้งผู้รับบริการยังไม่ค่อยให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค หรือไม่ทราบสิทธิของตนในด้าน P&P จึงทำให้ประชาชนทั่วไปไม่ได้มาใช้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ในขณะที่จากการวิเคราะห์งบประมาณของสองบริการตัวอย่างในชุดสิทธิประโยชน์ที่พิจารณาตามผลงานบริการที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดสมมติฐานว่า ในขั้นตอนการประมาณการงบประมาณขาขึ้นนั้น สปสช. ใช้ต้นทุนเพื่อคาดประมาณงบประมาณไว้ไม่ตรงกับความเป็นจริง และอาจส่งผลให้งบประมาณไม่เพียงพอ หากหน่วยบริการต้องให้บริการอื่นๆ อีกภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์

การบริหารงบประมาณ P&P นั้นไม่ได้เป็นไปตามแนวทางที่ใช้ในการของงบประมาณขาขึ้นที่คิดจากรายการบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ในขณะที่การพิจารณาจัดสรรงบประมาณขาลงไปที่หน่วยบริการ ได้มีการแบ่งงบประมาณหลายประเภท ได้แก่ PPB PPA PPD รวมถึง OOF ซึ่งแม้ว่าการแบ่งงบประมาณเป็นประเภทดังกล่าวจะมีหลักการและเหตุผลที่ดี เพราะการจะให้บริการ P&P ได้ดีนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ขึ้นกับความพร้อมของผู้ให้บริการ ความตระหนักและความต้องการของผู้รับบริการและชุมชน เป็นต้น แต่การจัดสรรงบประมาณดังกล่าวไม่สามารถรับประกันได้ว่างบประมาณเหล่านั้นได้ถูกใช้เพื่อจัดบริการหรือสนับสนุนให้เกิดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ P&P จริง โดยเฉพาะการที่งบประมาณ PPB ถูกจัดสรรเข้าสู่หน่วยบริการรวมเข้ากับงบประมาณอื่นๆ

นอกจากนี้ การปฏิบัติงานยังขึ้นอยู่กับผู้บริหารในพื้นที่ระดับต่างๆ ด้วย ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด และอำเภอ ซึ่งมีการกำหนดนโยบายทางด้าน P&P โดยพิจารณาจากปัญหาตามบริบทของแต่ละระดับทำให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงกับสภาพพื้นที่จริง และนอกจากนโยบายการทำงานที่อาจจะแตกต่างจากมาตรการที่ระบุในชุดสิทธิประโยชน์ P&P แล้ว การตัดสินใจของผู้บริหารยังอาจจะส่งผลต่อแนวทางการใช้งบ

ประมาณด้วย ดังตัวอย่างของมติของ อปสข. เขตหนึ่ง ที่อนุมัติให้จัดสรรงบประมาณ PPA จากระดับเขตไปยัง CUP ร่วมกับงบประมาณ PPB ซึ่งนอกจากเป็นการใช้งบประมาณไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ของประเภทงบประมาณตั้งต้น (PPA) แล้ว ยังทำให้งบประมาณ P&P ที่ยังไม่สามารถอธิบายได้ว่าจะถูกใช้เพื่อดำเนินงาน P&P มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น

การเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการด้านนโยบายและงบประมาณ P&P บ่อยครั้ง ทำให้เกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนหรือปรับเปลี่ยนการดำเนินงานไม่ทันกับการเปลี่ยนแปลงจาก สปสช. ทั้งนี้ พบว่าการปฏิบัติงานในระดับพื้นที่มักจะเลียนแบบกิจกรรมของพื้นที่อื่น หรือนำกิจกรรมที่เคยดำเนินการแล้วมาปรับใช้ โดยการคัดเลือกมาตรการหรือกิจกรรมมาดำเนินการ ไม่มีการพิจารณาข้อมูลทางวิชาการสนับสนุนทั้งในแง่ประสิทธิภาพหรือประสิทธิผล

สำหรับการติดตามและประเมินผล ส่วนใหญ่จะเป็นการติดตามการดำเนินงานผ่านกรณีศึกษาและการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข การรายงานผลการดำเนินงานผ่านฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โดยพิจารณาตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในระดับต่างๆ ทั้งนี้ ระบบการนิเทศงานและระบบรายงานเหล่านั้นยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งประเทศ ประกอบกับระบบบริหารจัดการเอื้อให้พื้นที่สามารถออกแบบมาตรการหรือกิจกรรม P&P เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ได้ แต่ไม่มีระบบกำกับติดตามการดำเนินงานที่สามารถพิสูจน์ได้ว่ามาตรการหรือกิจกรรมดังกล่าวสามารถแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อยุติและข้อเสนอแนะ

การศึกษาที่ใช้วิธีการศึกษาแบบย้อนหลังด้วยวิธีการทบทวนเอกสาร การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ไม่ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนในบางประเด็นสำคัญ อีกทั้งข้อมูลบางส่วนไม่สามารถเข้าถึงได้หรืออาจไม่ได้ถูกรวบรวมไว้อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่เก็บได้มีความเพียงพอที่จะใช้วิเคราะห์เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายได้ ซึ่งจากการศึกษานี้ มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังต่อไปนี้



- ควรวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยของมาตรการในชุดสิทธิประโยชน์ด้านสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อให้การประมาณการงบประมาณขาขึ้นทำได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้น

- ควรมีการกำหนดมาตรฐานการให้บริการ เช่น การใช้มาตรฐานคุณภาพการทำงาน (quality standard) เพื่อให้มั่นใจได้ว่าบริการ P&P มีคุณภาพเท่าเทียมกันในทุกพื้นที่

- ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบสิทธิของตนเองด้าน P&P เพื่อเข้ารับบริการที่พึงได้

- ควรมีกลไกในการตรวจสอบดูแลความถูกต้องของข้อมูลที่จัดเก็บในฐานข้อมูล P&P และนำมาวิเคราะห์ว่าประชากรกลุ่มใดที่ไม่สามารถเข้าถึง หรือไม่มารับบริการ รวมถึงมีการเชื่อมโยงระหว่างฐานข้อมูลในแต่ละระดับให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานวางแผนการทำงานเชิงรุกได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

- ควรแยกงบประมาณ P&P ออกจากงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในระดับหน่วยบริการเพื่อให้สามารถติดตามและประเมินผลได้

- ควรใช้ข้อมูลวิชาการและหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนการวางแผนการดำเนินงาน P&P

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ, นพ.สุวัฒน์ กิตติดิถีกุล, นพ.กฤษ ลิ้มทองอิน, ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ส่งผลให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงลงได้

อนึ่ง การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของ “โครงการพัฒนาข้อเสนอเพื่อการปรับปรุงชุดสิทธิประโยชน์และระบบบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับปีงบประมาณ 2559 ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อีกทั้งโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) ยังได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

ภายใต้ทุนเมธีวิจัยอาวุโส สกว. (RTA5980011)

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) โดยมีมติรับรองเมื่อวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2558

เอกสารอ้างอิง

1. The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. An Official Journal of the International Union for Health Promotion and Education 2006;21(S1):10.
2. Chunharas S, Damrikarnlert L, Prakongsai P, Phuthasri V, Srithamrongsawat S, Fhaamnuayphol P, et al. Budget management options for health promotion and disease prevention program under Universal Health Coverage. Bangkok: National Health Security Office; 2012. (in Thai)
3. National Health Security Office. National Health Security Office's budget management manual. Bangkok: Sahamitr Printing and Publishing; 2015. (in Thai)
4. National Health Security Office. Money transfer system (NHSO Budget) 2014 [Internet]. 2014 [Cited 2015 Feb 1]. Available from: <http://ucapps1.nhso.go.th/budgetreport/summaryTransferLevelReport>. (in Thai)
5. National Health Security Office. Quality and Outcomes Framework scores. 2014. (in Thai)
6. Ministry of Public Health. Information on cervical cancer screening in women aged 30-60 years. 2014. [Online] Available from: http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pfomated/format1.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=0e0d8c6819581cf21eadd5621ec02741. (in Thai)
7. National Health Security Office. Documents on proposed budget of activity-based costing. 2014.
8. Ministry of Public Health. Information on diabetes mellitus screening in Thai population aged 35 and above. 2014. [Online] Available from: http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pfomated/visit_screen_dm.php&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=d7e91ccc5aca74419bd84b1da4dc266f. (in Thai)
9. Ministry of Public Health. Ministry of Public Health Strategic plan on Health Promotion and Disease Prevention 2014. Bangkok: Department of Health; 2014. (in Thai)