

สถานการณ์และข้อเสนอแนะต่อ กระบวนการวางแผนสาธารณสุขระดับจังหวัด กรณีศึกษาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

• นพ.สุริยะ วงศ์คงคาเทพ
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี
Dr.Suriya Wongkongkathep
Provincial Chief Medical Officer, Lopburi

บทความนี้เป็นการเสนอการวิเคราะห์
ระบบและกระบวนการวางแผนสาธารณสุข
ในระดับจังหวัดทั้งในภาพรวม
และเจาะลึกในรายละเอียด
โดยเสนอในลักษณะที่เป็นรูปธรรมที่สุด
เท่าที่จะเสนอได้
และมุ่งหวังว่าผลการวิเคราะห์ที่ได้
จะเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนา
กระบวนการวางแผนสาธารณสุขให้ก้าวหน้า
และเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป
จากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

สภาพทั่วไปและปัญหา

1. ภาพรวมของแผนงาน โครงการและงบประมาณ
จังหวัดลพบุรี ประจำปี

จังหวัด ลพบุรีเป็นจังหวัดขนาดกลาง
(ประชากรเมื่อธันวาคม 2537
จำนวน 738,370 คน ในท้องที่ 9 อำเภอและ 2 กิ่งอำเภอ)
ได้รับงบประมาณปี 2538 จากทุกกรม กอง รวมทั้งสิ้น
174,674,642 บาท ภายได้ 46 โครงการ แยกเป็นราย
หมวดเงินได้ 65 รายการ และเมื่อเปรียบเทียบกับงบ
ประมาณปี 2537 (ตารางที่ 1) ยอดงบประมาณมีอัตราเพิ่ม
ร้อยละ 3.92 อย่างไรก็ตามงบประมาณส่วนใหญ่จะถูก
จัดสรรตามกรอบแผนพัฒนาจังหวัด (แผน กชช.เดิม)
และมีรายการเป็นจำนวนมากจึงเป็นการยากที่จังหวัดจะ
สามารถดูแลตรวจสอบการใช้จ่ายเงินงบประมาณใน
แต่ละปีได้อย่างมีประสิทธิภาพ การมอบให้ฝ่ายที่
เกี่ยวข้องไปบริหารจัดการกันเองตามยอดเงินที่ได้รับจาก
กรม กอง ในลักษณะแยกกันเด็ดขาด จะเป็นเหตุให้
จังหวัดขาดความคล่องตัวในการเกลี่ยงบประมาณหรือลด
ความซ้ำซ้อน อันเป็นเหตุหนึ่งที่ทำให้การวางแผนและ
บริหารงบประมาณขาดประสิทธิภาพและเกิดปัญหาที่ฝ่าย
ต่างๆ ไม่ค่อยประสานงานกันเท่าที่ควร

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบงบประมาณ จว.ลพบุรี ที่ได้รับจัดสรรในปี 2537 และ 2538

	ปี 2537 (47 โครงการ)		ปี 2538 (46 โครงการ)		เพิ่มหรือลด (%)
	รายการ	เงิน	รายการ	เงิน	
งบดำเนินการ	58	92,798,478.66	56	88,508,112	-4.62
งบลงทุน	9	75,274,892	9	86,166,530	14.46
รวม	67	168,073,370.66	65	174,674,642	3.92

2. ปัญหาการวางแผนงาน

2.1 ขาดการจัดทำแผนปฏิบัติงานเฉพาะพื้นที่ (Local Planning) ในแนวทางที่ถูกต้อง ผู้ปฏิบัติมักจะเข้าใจว่า แผนพัฒนาจังหวัด (กชข.เดิม) เมื่อได้รับแจ้งยอดงบประมาณ รายละเอียดวิธีดำเนินการ เป้าหมาย และระยะเวลา ก็จะเป็นแผนปฏิบัติงานนั่นเอง เนื้อหาแทบไม่มีการเปลี่ยนแปลง ทำให้ความหมายและเจตนารมณ์ของแผนปฏิบัติงานที่แท้จริงเบี่ยงเบนไป และหากพิจารณากันจริงๆ แล้วจะพบว่าจังหวัดและอำเภอส่วนใหญ่ แทบจะไม่มีแผนปฏิบัติงานที่แท้จริงเลย เนื่องจากไม่ได้เริ่มต้นจากปัญหาในพื้นที่ ไม่มีขั้นตอนการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา ไม่มีการกำหนดความจำเป็นก่อนหลัง ไม่มีการพิจารณาความเป็นไปได้ของทรัพยากรระยะเวลา หรือศักยภาพผู้ปฏิบัติ และวิธีการแก้ปัญหา นั้นก็เป็นแนวเดียวกันทั้งประเทศ ซึ่งย่อมได้ผลน้อย

2.2 จังหวัดไม่สามารถวางแผนเกลี่ยงบประมาณโดยตรง เพื่อให้เกิดความคล่องตัวที่จะใช้งบประมาณทั้งหมดมาวางแผนแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ งบประมาณจึงถูกแบ่งซอยเป็นแผนงานย่อยๆ ให้ฝ่ายต่างๆ รับผิดชอบ บางครั้งกิจกรรมเกิดความซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น เช่น การฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่อำเภอและตำบล การให้สุขศึกษา ฯลฯ ซึ่งเป็นปัญหาจากโครงสร้างระบบงบประมาณของประเทศ

2.3 ขาดการประสานงานแนวนอน โดยเฉพาะงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย เช่น งาน

พัฒนาสถานีอนามัย งานควบคุมป้องกันโรคเอดส์ ทั้งนี้เพราะขาดแผนซึ่งกำหนดบทบาทของแต่ละฝ่ายให้ชัดเจน นอกจากนี้ความจำเป็นที่จะประสานงานมีน้อยเนื่องจากแผนงานและงบประมาณถูกแยกกระจายตามฝ่ายเป็นแนวตั้งหมดแล้ว

2.4 การจัดทำแผนของจังหวัดที่ผ่านมาขาดการมีส่วนร่วมจากผู้ปฏิบัติ ส่วนกลางมักจะวางกรอบแนวทางปฏิบัติไว้แบบสำเร็จรูปเพื่อใช้ถ่ายถอดกันต่อๆ ขณะที่ผู้ปฏิบัติก็ยึดกรอบเหล่านี้มาเขียนแผนเหมือนการเติมคำลงในช่องว่าง รวมทั้งขาดการกระตุ้นส่งเสริมให้คิดวางแผนแก้ปัญหาด้วยตนเอง

ดังนั้น ในสภาพการบริหารราชการปัจจุบันที่ยังเป็นระบบรวมศูนย์ในการวางแผน และจัดทำงบประมาณ ตลอดจนระบบการบริหารงบประมาณเป็นรายกิจกรรม รายโครงการ สภาพเช่นนี้มีส่วนสำคัญที่บั่นทอนความคิดริเริ่มและการมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหาสาธารณสุข อีกทั้งเกิดความเคยชินในการดำเนินงานตามกรอบที่กำหนด และการปฏิบัติมักต้องมีการสั่งการเป็นทอดๆ ดังนั้นแนวความคิดของการจัดทำแผนระดับจังหวัดแนวใหม่ และการเกลี่ยงบประมาณที่ยังคงเป็นกรอบแผนงานหรือโครงการเดิมไว้ จึงเป็นความพยายามให้เกิดการพัฒนาภายใต้โครงสร้างและเงื่อนไขของระบบที่มีขีดจำกัดดังกล่าว หากมีระบบการวางแผน และบริหารงบประมาณแบบกระจายอำนาจเกิดขึ้น ความยุ่งยากต่างๆ จะลดน้อยลง ประสิทธิภาพในเชิงบริหารแผนงานและงบ

ประมาณจะสูงขึ้นได้ตามลำดับ

3. ปัญหาการบริหารงบประมาณ

3.1 ขาดการติดตามกำกับค่าใช้จ่ายงบประมาณจนเป็นปกติวิสัยที่ปลายปีเหลือเงินเหลือมจ่ายกันมาก

3.2 จังหวัดไม่ทราบยอดงบประมาณจัดสรรทั้งปีที่แท้จริงตั้งแต่ต้นปี แม้ว่าส่วนกลางจะแจ้งรายการในแผนกข.5 ในราวเดือน ต.ค.-พ.ย. ทุกปี แต่ก็ไม่ครบทุกกิจกรรม จึงทำให้จังหวัดเป็นฝ่ายตั้งรับและวางแผนได้ลำบาก แม้ว่ากาไรออนเงินจากส่วนกลางในปี 2537 จะรวดเร็วเมื่อเทียบกับปี 2536 เช่น 5 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2537 จังหวัดได้รับเงินโอนแล้วถึงร้อยละ 84.72 เทียบเฉพาะเดือนกุมภาพันธ์เดือนเดียว มีการโอนยอดเงินถึงร้อยละ 47.38 แต่ในปี 2538 กลับมีแนวโน้มล่าช้ากว่าเดิม

กรอบความคิดในการพัฒนาระบบการวางแผนและบริหารงบประมาณ

1. การพัฒนาสาธารณสุขจำเป็นต้องเริ่มจากพื้นที่โดยมีกระบวนการวางแผนอย่างเป็นขั้นเป็นตอน มีการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนจัดลำดับความสำคัญที่จะแก้ไข ผู้เกี่ยวข้องส่วนต่างๆ ต้องเข้าใจและร่วมมือในการวางแผนอย่างจริงจัง

2. ควรจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่ หรืองบประมาณให้จังหวัดได้วางแผนแต่เนิ่นๆ เพื่อนำมาเกลี่ยให้แก่โครงการต่างๆ ตามแผนงานของจังหวัด

3. จัดให้มีการวางแผน 2 ระดับ คือ การจัดทำแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติงานประจำปี โดยเน้นการศึกษาวិเคราะห์ปัญหา และแนวทางแก้ไขที่อาศัยความรู้ทางวิชาการและเทคนิค เน้นความครบถ้วนสมบูรณ์ความเป็นไปได้ และประสิทธิภาพของกลวิธี ไม่ใช่อาศัยการทำงานตามสามัญสำนึกหรือความเคยชินที่ขอบใช้ปริมาณเป็นเกณฑ์วัดความสำเร็จ

4. ผลที่ได้จากการวางแผนที่สำคัญอันหนึ่งก็คือ

เกิดการประสานงานภายในหน่วยงานที่ดี มีบรรยากาศการทำงานเป็นทีม มีการปรึกษาหารือ และมีการใช้ทรัพยากรหรือปฏิบัติงานภายในแผนงานร่วมกัน เช่น กิจกรรมการฝึกอบรม การสำรวจประชากร การรณรงค์ต่างๆ การนิเทศงานร่วมกัน ฯลฯ

5. การจัดสรรงบประมาณ เป็นงบประมาณระบบเปิด (Opened system) มีความโปร่งใส เปิดเผย และตรวจสอบได้ งบประมาณทุกอย่างถูกบรรจุในแผนภายในเล่มเดียว

6. เป็นระบบติดตาม กำกับโครงการได้อย่างใกล้ชิด (Closed monitoring) สามารถตรวจสอบการใช้จ่ายงบประมาณได้ตลอดเวลา (Real-time monitor) รวมทั้งติดตาม กำกับภายในหน่วยงานได้ (Self monitoring) ซึ่งเกิดจากการบันทึกข้อมูลอย่างต่อเนื่องเป็นปัจจุบัน มีการรายงานตามระยะเวลาที่เหมาะสมทำให้ทราบสถานการณ์ คุณสมบัติข้อนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้บริหาร

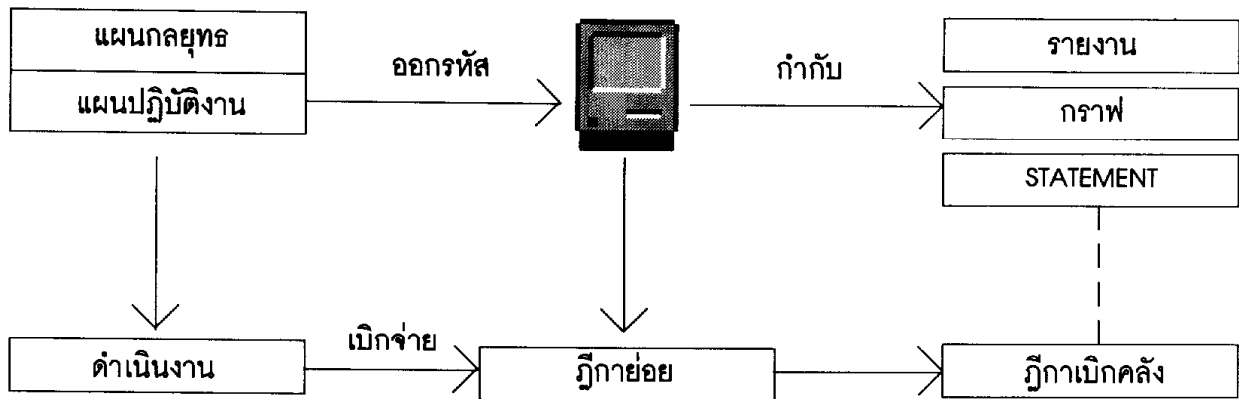
7. พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์และรายงานสถานการณ์ เพื่อเชื่อมต่อระหว่างระบบการวางแผน และระบบการบริหารงบประมาณเข้าด้วยกัน (แผนภูมิที่ 1)

8. การพัฒนาระบบการวางแผนเป็นงานระยะยาวที่ต้องพัฒนาอย่างค่อยเป็นค่อยไป ขึ้นอยู่กับความพร้อมของหน่วยงานแต่ละระดับ

กระบวนการวางแผนสาธารณสุขระดับจังหวัด: โครงสร้างและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

1. ลักษณะของการวางแผนในภาพรวม ปัจจุบันนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ได้เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติระดับต่างๆมีส่วนร่วมในการวางแผนอย่างเต็มที่ โดยวางระบบการวางแผนออกเป็น 2 ระดับ กล่าวคือ

แผนภูมิที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระบบการวางแผน และระบบการบริหารงบประมาณ



1.1 กำหนดให้มีแผนกลยุทธ์เป็นแผนหลักของการแก้ปัญหาของจังหวัด เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องมองเห็นภาพรวมของปัญหา วิเคราะห์องค์ประกอบและปัจจัยที่มีผลต่อปัญหา ตลอดจนเห็นแนวทางแก้ไขได้ ส่วนแผนปฏิบัติงานจะเป็นแผนรายละเอียดของกิจกรรมตามแผนกลยุทธ์

1.2 โครงการในแผนจะถูกจัดเป็น 2 กลุ่ม คือ โครงการที่เป็นงานเร่งรัดพัฒนา และโครงการที่เป็นงานประจำ เพื่อให้เห็นงานเร่งรัดพัฒนาเด่นชัดขึ้น จังหวัดลพบุรีได้จัดโครงสร้างในรูปคณะทำงานที่ประกอบด้วยบุคคลจากฝ่ายและหน่วยปฏิบัติที่เกี่ยวข้องมารองรับ ตั้งแต่ขั้นวางแผนจนถึงขั้นดำเนินงานและติดตามผล

1.3 โครงการเร่งรัดพัฒนาจะถูกกำหนดจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แนวนโยบายของจังหวัด ประเด็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนของจังหวัดในขณะนั้น หรือเป็นปัญหาพื้นฐานที่ต้องแก้ไขปรับปรุง

2. ระดับของแผนปฏิบัติงาน

2.1 แผนปฏิบัติงานระดับจังหวัด เป็นแผนหลักที่ใช้เป็นแนวทางและติดตามการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เริ่มมาตั้งแต่ปี 2536 โดยจะครอบคลุมงบประมาณของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด ยกเว้นงบประมาณส่วนที่เบิกผ่านโรงพยาบาลทั่วไป

(รพท.) (ได้แก่ งบบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด และงบอื่นๆ) งบหมวด ค่าครุภัณฑ์ ที่ดิน และสิ่งก่อสร้าง ตลอดจนงบกลาง เนื่องจากพิจารณาเห็นว่าบเหล่านี้มีลักษณะตรงตามแผนงานอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องจัดสรรใหม่

2.2 แผนปฏิบัติการระดับอำเภอ ในระดับนี้ยังแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.2.1 แผนปฏิบัติงานของ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)

2.2.2 แผนปฏิบัติงานของ สาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) และ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

เฉพาะแผนปฏิบัติงานของ คปสอ.ได้เริ่มตั้งตั้งแต่ปีงบประมาณ 2537 ส่วนแผนปฏิบัติการของ สสอ.และ รพช.ได้ในปี 2538 แต่ยังไม่สู้ดีนัก ความหมายของแผน คปสอ. เน้นกิจกรรมแก้ปัญหาของพื้นที่ที่อาศัย สสอ. และ รพช. ร่วมกันทำ การประสานงานจึงเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อความสำเร็จ เช่น การนิเทศงาน การจัดระบบเฝ้าระวัง และสอบสวนโรคทางระบาดวิทยา การพัฒนาสถานีอนามัยและบุคลากรฯ เมื่อ คปสอ.มีบทบาทและภารกิจที่ชัดเจนดังนี้แล้ว จังหวัดก็จัดสรรงบประมาณสนับสนุนเป็นก้อนแยกจากงบประมาณของ สสอ. ใน

ระยะแรกเกณฑ์การพิจารณาจัดสรรได้ใช้วิธีคำนวณอัตราส่วนตามจำนวนตำบลของแต่ละอำเภอ แต่ต่อมาได้ปรับมาพิจารณาตัวโครงการเป็นหลัก

ขั้นตอนการจัดทำแผน

ขั้นตอน 1 การกำหนดประเด็นปัญหาและแนวทางการทำแผน

ขั้นตอน 2 การวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนกลยุทธ์

ขั้นตอน 3 การจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปี
ภายใต้หลักการ 2 ประการ คือ (1) ปัญหาที่กำหนดต้องเป็นปัญหาที่เร่งด่วนและสำคัญจริง (2) กลวิธีที่จะใช้แก้ปัญหา มีความเหมาะสมทั้งในด้านความเป็นไปได้ และเทคโนโลยี

ขั้นตอน 4 อำเภอจัดทำแผนปฏิบัติงานของ คปสอ. รพช. และ สสอ. แล้วเสนอให้คณะทำงานกลั่นกรองฯ พิจารณาโครงการและงบประมาณเฉพาะส่วนโครงการเชิงพัฒนา

ขั้นตอน 5 หน่วยงานหรือฝ่ายดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการ และเบิกจ่ายให้ได้ตามเป้าหมายภายในวงเงินที่กำหนด

ขั้นตอน 6 การตรวจสอบ ติดตาม กำกับ

ขั้นตอน 7 การประเมินผล เมื่อสิ้นระยะดำเนินการ

สรุปจุดเด่น จุดอ่อน ปัญหา และอุปสรรค

จุดเด่นของระบบ

1. ผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางและการวางแผน เน้นการแก้ปัญหาของพื้นที่เป็นหลัก มีขั้นตอนการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนการจัดลำดับความสำคัญ ซึ่งจะดึงให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจและร่วมมือในการวางแผนอย่างจริงจัง เป็น

ความพยายามให้ผู้ปฏิบัติกำหนดแผนของตนเองโดยใช้ทรัพยากรที่มีอย่างจำกัด ไม่ยึดติดกับกรอบความคิดเดิม ๆ

2. หน่วยงานมีความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน เพราะแผนปฏิบัติงานถูกกำหนดขึ้นช่วงต้นปีงบประมาณ จึงมีความยืดหยุ่นสูง สามารถปรับแผนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้

3. มีประสิทธิภาพสูงในการกำกับ ติดตามการดำเนินงานในรายละเอียดเป็นโครงการย่อย ๆ ได้ สามารถวิเคราะห์ความก้าวหน้าของการดำเนินงานได้ สะดวก รวดเร็ว แม่นยำ และข้อมูลเป็นปัจจุบันแบบ Real time โดยเฉพาะเมื่อใช้กับระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ จะช่วยให้ทุกหน่วยงานรวมทั้งผู้บริหารสามารถเข้าถึงสถานการณ์ได้ดียิ่งขึ้น

4. สร้างความสัมพันธ์ที่เป็นจุดเชื่อมโยงระหว่างระบบการวางแผน และระบบการบริหารงบประมาณ

5. ทำให้การประสานแผนระหว่างหน่วยย่อยต่าง ๆ ภายในองค์กรดีขึ้น แต่เดิมแต่ละหน่วยจะมีอาณาจักรของตัวเอง เมื่อยึดงานและภารกิจเป็นหลัก แผนงานที่ดีจะเป็นเครื่องสะท้อนความร่วมมือซึ่งกันและกัน และมักจะเป็นแผนที่ผสมผสานหน้าที่ต่าง ๆ เข้าหากัน

จุดอ่อนของระบบ

1. แผนสาธารณสุขที่วางไว้ยังเป็นแผนเฉพาะส่วนที่ดำเนินการโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเท่านั้น ขาดการเชื่อมประสานกับส่วนราชการอื่น ๆ ทั้งนี้การประสานแผนระหว่างหน่วยงานต่างองค์กรภายในจังหวัดนั้นต้องอาศัยเงื่อนไขและบรรยากาศที่เหมาะสม ได้แก่ เจตนาารมณ์ของผู้บริหาร ความพร้อมของหน่วยต่าง ๆ และการยึดมั่นในหลักของการวางแผนเพื่อแก้ปัญหา

2. การกำกับ ติดตามผลการปฏิบัติงานตามแผนทำโดยอาศัยอัตราของการใช้จ่ายงบประมาณเป็นตัวชี้วัด ยังไม่สามารถวัดผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง หรือผลกระทบจากแผนงานนั้น ๆ ได้ จึงเป็นเพียงเครื่องมือป้องกัน

ประสิทธิภาพการเบิกจ่ายงบประมาณตามระยะเวลา และกิจกรรมที่กำหนดเท่านั้น

3. กระบวนการวางแผนที่กำหนดใหม่มีปัญหา ขั้นตอนที่ย้อนกับการวางแผนพัฒนาจังหวัดในระบบเดิม เนื่องจากกลไกมหภาคยังไม่มีการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น ปัญหาที่เกิดขึ้นมีดังนี้

3.1 ต้องทำแผนซ้อนกัน 2 ชุด ชุดหนึ่งเป็น แผนค่าของงบประมาณและแผนปฏิบัติการในระบบ กชข. เสนอไปส่วนกลาง กรมก็จะพิจารณาสนับสนุนงบประมาณตามความเห็นกรม ตามแผนงานหรือโครงการ ลักษณะเดียวกันทั่วประเทศ อีกชุดหนึ่งเป็นแผนปฏิบัติจริงของจังหวัด ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนงบประมาณแล้ว

3.2 มีปัญหาความล่าช้าและเสียเวลา รวมทั้งเกิดความสับสน เนื่องจากต้องตรวจสอบยอดงบประมาณ ที่คาดว่าจะได้รับจัดสรรในช่วงต้นปีงบประมาณ ในสถานะปัจจุบันของจังหวัดที่พึ่งพิงงบประมาณและทรัพยากรจากส่วนกลางแทบทั้งสิ้น

3.3 การคลุกงบประมาณให้ลงตัวกับแผนงานใหม่ of จังหวัด จำเป็นต้องเบิกจ่ายงบดำเนินการจากหลายแผนงานหรือโครงการ ซึ่งหากงบประมาณได้รับการจัดสรรเป็นก้อนหรืออยู่ในหมวดอุดหนุนทั่วไปน่าที่จะเอื้อต่อการวางแผนแบบกระจายอำนาจได้ดีที่สุด

4. ไม่สามารถผลักดันให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนได้อย่างแท้จริง ซึ่งในระบบปัจจุบันก็ไม่เกิดขึ้นเช่นเดียวกัน แม้ขั้นตอนจะกล่าวว่าเป็นแบบจากล่างสู่บน (Bottom-up) แต่มีปัญหาในทางปฏิบัติอีกมาก

ปัญหาและอุปสรรค

1. ความไม่พร้อมของหน่วยงานและบุคลากร นับเป็นปัญหาใหญ่โตมากและยังประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ มากมายเกิดปฏิสัมพันธ์ส่งผลซึ่งกันและกันยุ่งเหยิง

ไปทั้งระบบงาน การแก้ไขจึงไม่สามารถทำเฉพาะจุดใดจุดหนึ่ง แต่ต้องทำเป็นกระบวนการต่อเนื่องเป็นลูกโซ่ และใช้ระยะเวลายาวพอสมควร จึงเห็นผลความไม่พร้อมหรือขาดศักยภาพในการทำงานปรากฏผลดังนี้

1.1 ความไม่เข้าใจธรรมชาติของปัญหา ปัญหาสาธารณสุขโดยส่วนใหญ่ประกอบด้วยส่วนที่เป็นฐานชีวภาพ (Bio-medical basis) และส่วนที่เป็นฐานทางสังคม (Social basis) ซึ่งก่อกำเนิดพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบ การมองปัญหาจากมุมของความรู้ทางชีวภาพ หรือเทคโนโลยีต่างๆ โดยไม่เข้าใจรากฐานทางสังคมและพฤติกรรมของบุคคลและชุมชน จะไม่สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขได้เบ็ดเสร็จ ตัวอย่าง เช่น ปัญหาภาวะและโรคที่เกิดในสังคมยุคใหม่ (Modern society) ปัญหาจากการบริโภค หรือเสพสิ่งที่เป็นอันตราย ปัญหาโรคเอดส์ ปัญหายาเสพติด ฯลฯ สิ่งเหล่านี้นับเป็นข้อจำกัดของบุคลากรสาธารณสุขนับตั้งแต่แพทย์ลงมาในทุกสายงานอันเนื่องมาจากการศึกษาอบรมที่มุ่งเน้นความรู้ทางเทคนิคมาตลอด

1.2 ความสามารถในการเข้าถึงปัญหา การวิเคราะห์ และเชื่อมโยงปัญหาไปสู่กลยุทธ์ กลวิธี และแผนปฏิบัติ อย่างสอดคล้องกับสภาพข้อเท็จจริงมีอยู่อย่างจำกัด วัฒนธรรมที่เกิดขึ้นเสมอๆ เช่น ในการเขียนแผนหรือโครงการผู้ปฏิบัติมักเริ่มต้นคิดจากกิจกรรมก่อนว่าอยากทำอะไร จะเสนอขอของงบประมาณอย่างไรจึงได้เงินมา หรือจะใช้มาตรการอะไรใหม่มาทดลอง ประเด็นของวัตถุประสงค์และปัญหาจะเป็นส่วนประกอบสุดท้ายที่นำมาคิด และบ่อยครั้งที่ไม่โยงถึงกลยุทธ์ หรือกิจกรรมเลย วัตถุประสงค์ที่เขียนก็กว้างเกินไปจนขาดความชัดเจน ขาดทิศทาง และเป็นนามธรรมเกินไป มาตรการที่ผ่านมามากครั้งจึงไม่ประสบผลสำเร็จในการแก้ปัญหา

1.3 วิธีคิดของทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมักคิดในกรอบเดิมๆ ขาดวิสัยทัศน์อย่างกว้าง ทั้งนี้เชื่อว่าเกิดจากความเคยชินในการทำงานภายใต้กรอบที่ส่วนกลาง

เป็นผู้กำหนดมาเป็นระยะเวลาต่อเนื่องยาวนาน ทำให้หมดโอกาสในการใช้ความคิด ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจนคือ การทำงานภายใต้กรอบ กชช. ซึ่งใช้กรอบเดียวทั่วประเทศ ซึ่งทำให้ขาดความหลากหลาย

2. ปัญหากระบวนการวางแผน

2.1 ความสามารถของหน่วยงานระดับจังหวัด ในการวางแผนกลยุทธ์ยังมีข้อจำกัด ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติเองหลายคนไม่เข้าใจความหมายที่แท้จริงของแผนกลยุทธ์ บางครั้งไม่สามารถแยกแยะระหว่างแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการออกจากกันได้ ตัวอย่างเช่น แผนพัฒนาจังหวัด 5 ปี ซึ่งโดยตัวเองเป็นแผนกลยุทธ์ แต่ในทางปฏิบัติจะเห็นว่าไม่ต่างจากการนำแผนปฏิบัติรายปีมารวมต่อกันล่วงหน้า 5 ปี นอกจากนี้การทำแผนกลยุทธ์ส่วนกลางยังขาดการสนับสนุนด้านวิชาการเท่าที่ควร

2.2 ภายใต้อะไรระเบียบวิธีการงบประมาณปัจจุบัน ดูเหมือนแผนต่างๆ ถูกเสนอจากเบื้องล่าง แต่โดยข้อเท็จจริงอำนาจการตัดสินใจ และการจัดสรรทรัพยากรที่แท้จริงกลับอยู่ที่กรม กองในส่วนกลาง (ผ่านขั้นตอนการพิจารณาครั้งก่อนงบประมาณ) งบประมาณจึงตอบสนองแผนงานของส่วนกลางมากกว่าส่วนภูมิภาคซึ่งมีความแตกต่างกัน จากจุดนี้ความพยายามในการวางแผนเชิงรุกคาดว่าจะยังสัมฤทธิ์ผลได้ยาก

2.3 ชุมชนมีโอกาสร่วมในการวางแผนในส่วนที่เกี่ยวข้องได้น้อยมาก แม้ว่าหลักการสาธารณสุขมูลฐานจะสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ปัญหาสาธารณสุข แต่เงื่อนไขการจัดทำงบประมาณและความพร้อมของเจ้าหน้าที่ และชุมชนยังเป็นอุปสรรคสำคัญ

2.4 ขาดทักษะพื้นฐานในการวางแผน เช่น ทักษะในการวางแผนกลยุทธ์ ความสามารถในการวางแผนปฏิบัติอย่างรัดกุมที่ตอบสนองปัญหา หรืออีกนัยหนึ่งคือ การไม่เข้าใจความหมายของแผนปฏิบัติการในนัย

ของการตอบสนองปัญหา เกิดความสับสนในแผนงานและการใช้จ่ายเงิน คือ คิดว่าแผนงานเป็นแผนปฏิบัติและการใช้จ่ายเงินได้หมด คือ การปฏิบัติตามแผนได้อย่างดี ขาดทักษะในวิธีการและการใช้เครื่องมือเก็บข้อมูลทักษะของการจัดลำดับความสำคัญ (Priority setting) ไม่ว่าจะพิจารณาในกลุ่มประชากรเป้าหมาย หรือพิจารณาแผนงานกิจกรรมต่างๆ ภายในกลุ่มประชากรนั้น การจัดลำดับความสำคัญควรเกี่ยวข้องกับผู้มีอิสระในการปฏิบัติงานที่ไม่มีความจำเป็น หรือภารกิจที่ด้อยประสิทธิภาพออกไปเพื่อให้ผู้ปฏิบัติมีเวลาในส่วนที่สำคัญ

2.5 ความสามารถในการกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน ยังเป็นปัญหาทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติในทุกระดับ (ซึ่งควรเน้น Self-monitoring) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีการกระจายอำนาจมากขึ้นเพียงไร ความสำคัญของระบบ Post-auditing ในการติดตามผลสัมฤทธิ์ยิ่งต้องมากขึ้น ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่มุ่งกำกับ หรือประเมินผลตรงกิจกรรม และงบประมาณที่เบิกจ่ายไปเท่านั้น

2.6 ระบบการสนับสนุน และปรับโครงสร้างภายในยังไม่เพียงพอ ได้แก่ การพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการวางแผน การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อแก้ปัญหา และการนำเสนอวิธีการบริหารจัดการสมัยใหม่เป็นต้น

3. ขาดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีที่เหมาะสมต่อการแก้ปัญหาสาธารณสุข

3.1 องค์ความรู้ที่จำเป็นสำหรับการวางแผนแก้ปัญหา มักถูกละเลย ทำให้ขาดมาตรการที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเป้าหมายต่างๆ (Appropriated Intervention to Target Population) มาตรการแก้ปัญหาบางครั้งคิดจากประสบการณ์ตัวเอง ลองผิดลองถูก และมักไม่ประสบผลสำเร็จ องค์ความรู้และเทคโนโลยีที่ใช้กำหนดมาตรการที่สำคัญและยังเป็นปัญหา เช่น มาตรการการปรับพฤติกรรมสุขภาพ มาตรการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ ความรู้และเทคนิคของการถ่ายทอด

ความรู้ ฯลฯ

3.2 ระบบข้อมูลไม่สามารถบ่งชี้สภาพปัญหาได้ชัดเจน ข้อมูลมีเป็นจำนวนมาก แต่ผู้ปฏิบัติใช้ประโยชน์ได้น้อย เพราะข้อมูลส่วนใหญ่ถูกกำหนดตามความต้องการจากส่วนกลางจึงมีแบบรายงานจำนวนมาก ข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับพื้นที่ เช่น ความครอบคลุมของการบริการกลับได้รับความสนใจน้อยและไม่พัฒนาเท่าที่ควร

3.3 ขาดเทคโนโลยีของการวัดและประเมินผล เช่น ไม่นัดในการออกแบบตัววัด (Measurement) และตัวชี้บ่ง (Indicator) ที่เหมาะสมและจำเพาะกับมาตรการที่จะวัดสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของงาน ด้วยเหตุนี้หน่วยงานส่วนใหญ่จะขาดการประเมินผลในแทบทุกระดับ

3.4 ขาดการให้ความสำคัญ และสนับสนุนงานวิจัยในส่วนภูมิภาค ไม่ว่างานนั้นจะเป็นงานวิจัยเพื่อหาคำตอบหรือเป็นงานวิจัยปฏิบัติการทำให้ขาดข้อมูลพอที่จะเชื่อมโยงมาสู่การวางแผนกลยุทธ์ ในระดับจังหวัดยังขาดแคลนบุคลากรที่สามารถทำงานวิจัยค่อนข้างมาก

ข้อเสนอแนะในภาพรวม

เพื่อให้เกิดการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขในเชิงรุก ข้อเสนอต่อไปนี้บางส่วนอาจดำเนินการได้ทันที แต่บางส่วนยังเป็นแนวคิดที่ต้องการการระดมสมองเพื่อให้ได้มาตรการที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่คงเป็นมาตรการในระยะยาว

1. แม้ว่าได้มีการยกเลิกกรอบ กชข. ตั้งแต่ปี 2538 เป็นต้นไป และเปิดโอกาสให้จังหวัดใช้ข้อมูลต่างๆ มาจัดทำแผนกลยุทธ์ (แผนพัฒนาสาธารณสุข 5 ปี) แต่เชื่อว่าผลลัพธ์คงไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก เนื่องจากกรอบความคิดและวิธีการทำงานของผู้เกี่ยวข้องกับการทำแผน

ยังคงเป็นเช่นเดิม จึงควรมีการเตรียมความคิดและความพร้อมแก่ผู้เกี่ยวข้องกับแผนในส่วนภูมิภาค ตลอดจนการสร้าง ความเข้าใจ และแนวทางร่วมกันระหว่างกรม กอง ในส่วนกลางอีกด้วย นอกจากนี้ควรทำการประเมินความเหมาะสมสอดคล้อง ความน่าเชื่อถือ และความเป็นไปได้ของแผนกลยุทธ์เป็นรายจังหวัด

2. ปรับปรุงการจัดทำค่าของงบประมาณร่วมกับสำนักงานประมาณ โดยให้มีจังหวัดทดลองเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการจัดทำงบประมาณเป็นรายจังหวัด หรืออย่างน้อยให้ตั้งงบประมาณเป็นก้อนในแผนงานหรือโครงการใหญ่ๆ และรวมแผนงานย่อย ๆ เข้าด้วยกัน เช่น

- งบที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคติดต่อ (ปัจจุบันจัดสรรเป็นรายโรคถึง 8 โรค ไม่รวมงานกามโรค และงานควบคุมโรคเอดส์)

- งบด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยโรงเรียน

- งบด้านสิ่งแวดล้อม เช่น งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม งานสุขาภิบาลอาหาร และงานอาชีวอนามัย

- งบในแผนงานสาธารณสุขมูลฐาน

3. พัฒนากลไกการติดตามผลแบบ Post-auditing เป็นแผนประจำปีของหน่วยงานส่วนกลาง และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งหาหรือสำนักงบประมาณในการเปลี่ยนระบบรายงานในรูปกิจกรรมเป็นรายงานความก้าวหน้า และผลสัมฤทธิ์จากโครงการ การวัดผลแบบ Post-auditing นี้ผู้วัดควรมีความเชี่ยวชาญในการเลือกตัวชี้วัด (Indicators) และสามารถสร้างตัวชี้วัดได้จำเพาะ กล่าวคือให้ตอบประสิทธิภาพของมาตรการ (Intervention) ที่โครงการได้ดำเนินการแล้วโดยเปรียบเทียบผลลัพธ์กับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้แต่แรก นอกจากนี้ควรมีการวัดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและผลกระทบทางสังคมด้วย

4. ปรับปรุงวิธีการกระจายและบริหารทรัพยากรสาธารณสุข ได้แก่ เงินงบประมาณ และอัตรากำลังให้มี

ความยืดหยุ่น ยึดหลักกระจายอำนาจและเกิดความเป็นธรรมที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนางานสาธารณสุขโดยรวม ตัวอย่างเช่น ปรับสัดส่วนของงบประมาณด้านรักษาพยาบาล และงานด้านส่งเสริมป้องกัน กระจายเงินงบประมาณเพื่ออุดหนุนแก่สถานบริการส่วนปลายที่พึ่งตนเองได้น้อย กำหนดอัตรากำลังเป็นกลุ่มตำแหน่งให้หน่วยงานไปจัดโครงสร้างภายในโดยไม่เกินเพดานเงินเดือน เป็นต้น

5. ในกรณีเป็นโครงการที่เกี่ยวข้องของหลายหน่วยงาน ได้แก่ โครงการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ระดับจังหวัด ควรส่งเสริมบทบาทของคณะกรรมการระดับจังหวัดให้อำนาจบริหารงบประมาณอย่างอิสระเช่นเดียวกับงบประมาณภูมิภาคและท้องถิ่น เพราะปัจจุบันแม้จะมีการเสนอแผนจากหน่วยงานต่างๆ ขึ้นไปแต่ผลลัพธ์กลับไม่เป็นไปตามแผนที่เสนอ

6. ปรับบทบาทของส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ให้สอดคล้องกับการวางแผนเชิงรุกดังนี้

บทบาทของส่วนกลาง

1) ทำหน้าที่กำหนดเป้าประสงค์สุดท้าย (Ultimate Goal Formulation) รวมทั้งวัตถุประสงค์ของแผนงาน (Objective Setting) ทั้งนี้ทั้งเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ก็เป็นส่วนขยายจากนโยบาย และควรกำหนดให้ชัดเจน มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และวัดผลได้

2) ถ่ายทอดฝึกอบรมเพื่อขยายนโยบายสู่การปฏิบัติ

3) กำกับ ติดตาม วัดผลสัมฤทธิ์ของนโยบายและแผนงาน (Post-auditing) ซึ่งต้องเข้าใจแก่นของเรื่องราว และกลไกการแก้ปัญหาต่างๆ ด้วย

4) วิจัยและพัฒนาเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ และมาตรการ (Intervention)ใหม่ๆ ตลอดจนการสนับสนุนวิชาการอื่นๆ แก่จังหวัด

บทบาทของส่วนภูมิภาค

1) พัฒนาคู่มือของหน่วยงานให้มีศักยภาพใน

การวางแผนและการแก้ปัญหาในพื้นที่

2) กำกับ ติดตาม ผลการดำเนินงานในเชิงกิจกรรมและผลระยะใกล้ (Performance and Outcome)

3) วิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเน้นการศึกษากระบวนการทำงานและผลจากมาตรการการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะความสำเร็จ

ดังที่กล่าวมาข้างต้นว่า กระบวนการวางแผนไม่สามารถดำเนินไปได้โดยลำพังหากไม่มีการพัฒนาระบบอื่นๆ ควบคู่กันทั้งระบบใหญ่ อันได้แก่ คน แผน และวิชาการ จึงเป็นหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักนโยบายและแผน สำนักพัฒนากำลังคน สำนักวิชาการสาธารณสุข สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตลอดจนหน่วยงานหลักในส่วนภูมิภาค (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป) ที่จะพัฒนาระบบทั้งหมดแบบ Comprehensive ซึ่งได้แก่

1. พัฒนาคู่มือการโดยผ่านการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องให้มีศักยภาพในการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง เรื่องนี้ได้กล่าวมาพอสมควรแล้ว

2. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสาธารณสุขให้มีความหลากหลายในแง่การใช้ประโยชน์ในแต่ละระดับพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศตลอดจนพัฒนาผู้บริหารข้อมูลและผู้ใช้ข้อมูลทุกระดับด้วย

3. ในระดับจังหวัดควรจัดตั้งศูนย์ข้อมูลร่วมระหว่างส่วนราชการต่างๆ โดยเริ่มต้นจากข้อมูลที่มีความจำเป็นต้องใช้ร่วมกันในแผนพัฒนาจังหวัด เช่น ข้อมูลแหล่งน้ำและการแก้ปัญหาภัยแล้ง ข้อมูลโรงงานอุตสาหกรรมและแรงงานที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ฯลฯ แต่การดำเนินงานของศูนย์ต้องพัฒนาให้มีประสิทธิภาพทั้งในเรื่องแหล่งข้อมูล ความทันสมัยของข้อมูล การรวบรวมวิเคราะห์ และที่สำคัญต้องมีและใช้

เทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ที่ทันสมัย

4. พัฒนาระบวนการเรียนรู้ของชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของตนเอง แนวทางการดำเนินการส่วนใหญ่เน้นในส่วนภูมิภาคโดยผ่านกระบวนการถ่ายทอดความรู้ที่เหมาะสมให้เกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง

5. พัฒนางานวิจัยและขยายบทบาทของงานวิจัยในการวางแผนแก้ปัญหาท้องถิ่น

