

การศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่

A Study of Public Health Policy and Strategic Execution Towards an Application to the Community

เกษมสันต์ ชัยศิลป์

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์ 08 – 1762 – 0424 E - mail : chaisil@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขที่นำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขที่นำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ และเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ประชากรที่ศึกษา 1) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนงานของเขตสุขภาพที่ 1 – 12 2) จังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพที่ 1 – 12 เขตละ 1 จังหวัด มีผลการศึกษา ดังนี้

การขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ (ภาพรวมระดับเขตสุขภาพ) พบว่า

1) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ : ส่วนใหญ่เขตสุขภาพมีการดำเนินงานอยู่ในระดับสูง 2) การจัดทำแผนปฏิบัติการ : ส่วนใหญ่มีกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า เขตสุขภาพยังให้ความสำคัญกับการจัดลำดับความเร่งด่วน ความสำคัญของแผนงาน ค่อนข้างน้อย 3) การขับเคลื่อน/ปฏิบัติตามแผน : ส่วนใหญ่

มีกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานค่อนข้างดี ส่วนการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการและนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ หรือแม้แต่การยกเลิกแผนงาน/โครงการ ในกรณีที่มีความจำเป็น และการมีกระบวนการบูรณาการกลุ่มเป้าหมาย/กิจกรรมร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของแผนงาน ลดความซ้ำซ้อน ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานค่อนข้างน้อย ทั้งนี้ การถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานจากเขตลงไปสู่ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ ภาพรวมพบวิธีดำเนินการอยู่ 2 รูปแบบ ได้แก่ รูปแบบที่ 1 เขตดำเนินการมอบหมายงานแต่ละด้านให้คณะกรรมการแต่ละชุดรับผิดชอบ รูปแบบที่ 2 เขตสุขภาพบางเขตจะมีการมอบหมายให้จังหวัดใดจังหวัดหนึ่งเป็นแกนนำในการดำเนินงาน

ผลการศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ (ภาพรวมระดับจังหวัดถ่ายทอดไปยังอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) : มีการถ่ายทอดแผนพัฒนาสาธารณสุขจากระดับจังหวัดลงสู่ระดับอำเภอ ทั้งโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานมีการจัดทำแผนงานในระดับอำเภอรองรับแผนงานระดับจังหวัด ซึ่งมีการพัฒนาแนวคิดและแนวทางการดำเนินงานที่น่าสนใจ น่าจะสามารถ

นำไปใช้ขยายผลได้ ดังนี้ 1) การจัดทำแผนแบบ bottom up : อำเภอสามารถออกแบบแผนงานและ กิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทและปัญหาของพื้นที่ 2)การติดตามแผนงานในระดับจังหวัดโดยใช้ composite index 3) ระบบตรวจสอบแผนงาน โครงการ : กำหนดให้มีการส่งแผนงานโครงการ ทั้งหมดมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อ พิจารณาตรวจสอบและอนุมัติ ซึ่งกระบวนการ ดังกล่าวจะก่อให้เกิดการบูรณาการแผนงาน ลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงานระหว่างจังหวัด อำเภอ และตำบล ส่งผลต่อการแก้ปัญหา สาธารณสุขในพื้นที่ได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : การขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ สาธารณสุขสู่การปฏิบัติ

Abstract

This survey provides an overview of the process of Public Health policy and strategic implementation towards the application to the community. This study is, in turn, able to develop suggestions and alternative policy of the administrators' decision.

There were two methods used in this study. The first method is a qualitative method (1). The second method is a quantitative method (2). The survey, completed by staff from 1-12 Area Health Service, and it was gathered from the two main groups. The first group was the staff who were involved in the working process of the policies and strategies in 1-12 Area Health Service. The second group were the

representatives of the 1 – 12 Area Health Service, choosing one province in each Area Health Service.

Overall, there were three main findings relating to Public Health policy and strategic execution towards the application to the community. Regarding setting up the strategic plan, the results revealed that the Area Health Service 1-12 appeared to have high quality in strategic planning (1). The process of setting up of the action plan has been implemented and translated. However, the issue of paying less attention to the prioritising of the action plan was found (2).

Third, the driving/following of the action plan showed relatively good results (3). However, the results showed less efficient in driving in the core infrastructure in action plan setting such as adapting and cancelling of the action plan/projects if necessary, integrating management of the target groups /doing activities together to increase the work efficiency and decrease the job repetition.

Moreover, there were two models regarding the translation of the action plan from the Area Health Service to the province, and from the region to local organisations. The first model was that the Area Health Service distributed the tasks to the committee. Then, the committee was responsible for the functions, indicated operational guidelines, followed up the tasks, and evaluated the works together. The second model involved some of the Area Health Service who assigned the

tasks to ones of the provincial Area Health Service to act as leaders in solving public health issues.

Regarding the results from the driving of health policy and strategy into practice, it indicated that there was an apparent public health development plan translated from the provincial Area Health Service to the District Area Health Service, including community hospitals and Tambon Health Promoting Hospitals. The organisation staff have developed the action plan at the district levels and have prepared the plan at the provincial levels. The study indicated the development of the action plans have been found interesting and may be utilisable in the long-term period. The guidelines found can be used to induce the bottom-up model, and in turn can be useful for the district Area Health Service in designing the action plan and appropriate activities employed in this context (1). In the provincial level, the Composite Index indicator used in the following-up plan may be useful and be able to translate to other areas regarding learning (2). The third model was an action plan audit system, which involved the planning of the action plan review system at the district and provincial levels (3). In doing so, the action plan audit system was given to the rural Area Health Service and the District Area Health Service (Tambon Health Promoting Hospitals). It is to say, both of the provincial Area Health Service and the District Area Health Service are required to submit the action plan of the projects to the Provincial Health Office for the approval.

The process mentioned allows the integration of the action plan, and decreases the tasks repetition in the working process between the district areas and the sub-district areas. These models hopefully can work more efficiently in solving the problems occurred in the Public Health Service areas.

Keywords: Public Health Policy and Strategic Execution

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดทิศทางการปฏิรูปกระทรวงที่มุ่งเน้นการกระจายอำนาจและมอบอำนาจจากส่วนกลางสู่การบริหารจัดการที่ระดับเขตเป็น 12 เขตสุขภาพ ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มจังหวัดครอบคลุมเขตละ 4 – 8 จังหวัด มีประชากรในความรับผิดชอบประมาณ 3 – 6 ล้านคน มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนในพื้นที่ให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน และเป็นธรรม การปรับบทบาทภารกิจและกลไก การทำงานใหม่ในรูปของเขตสุขภาพอยู่ระหว่างการเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้มีกฎหมายและระเบียบต่าง ๆ รองรับการทำงานของเขตสุขภาพให้มีความคล่องตัวและมีประสิทธิภาพ มีการบริหารจัดการแบบเบ็ดเสร็จภายในเขต ภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน ทั้งนี้ หนึ่งในบทบาทหน้าที่หลักที่สำคัญของเขตสุขภาพ คือ การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงาน การจัดทำแผนแผนยุทธศาสตร์และปฏิบัติการ เพื่อกำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน รวมถึงการจัดทำคำของบประมาณ

รายงานประจำปีภาพรวมของเขต ที่สอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพของประเทศ ตามนโยบายรัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2558 ซึ่งเขตสุขภาพได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลัก ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการและงบประมาณภาพรวมของเขตสุขภาพที่ครอบคลุมถึงทุกหน่วยงาน/หน่วยบริการในกลุ่มจังหวัดภายในเขตสุขภาพ และจัดทำโครงการเพื่อรองรับแผนปฏิบัติการ ดังกล่าว รวมทั้งรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

เนื่องจากการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณของเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2558 เป็นปีแรกที่เขตสุขภาพได้รับการผลักดันให้เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำแผนภาพรวมของระดับพื้นที่ของเขตอย่างจริงจังและเป็นระบบ ดังนั้น หากมีการศึกษากระบวนการจัดทำยุทธศาสตร์ การจัดทำแผนปฏิบัติการ และการขับเคลื่อนและการปฏิบัติตามแผนของเขตสุขภาพและหน่วยงานในระดับพื้นที่ จะทำให้ทราบถึงกระบวนการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะสำคัญจากผู้ปฏิบัติจริงในพื้นที่ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้ดำเนินการศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุข ที่นำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อให้ผู้บริหาร ใช้ในการตัดสินใจกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนนโยบาย

และยุทธศาสตร์สาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ต่อไป

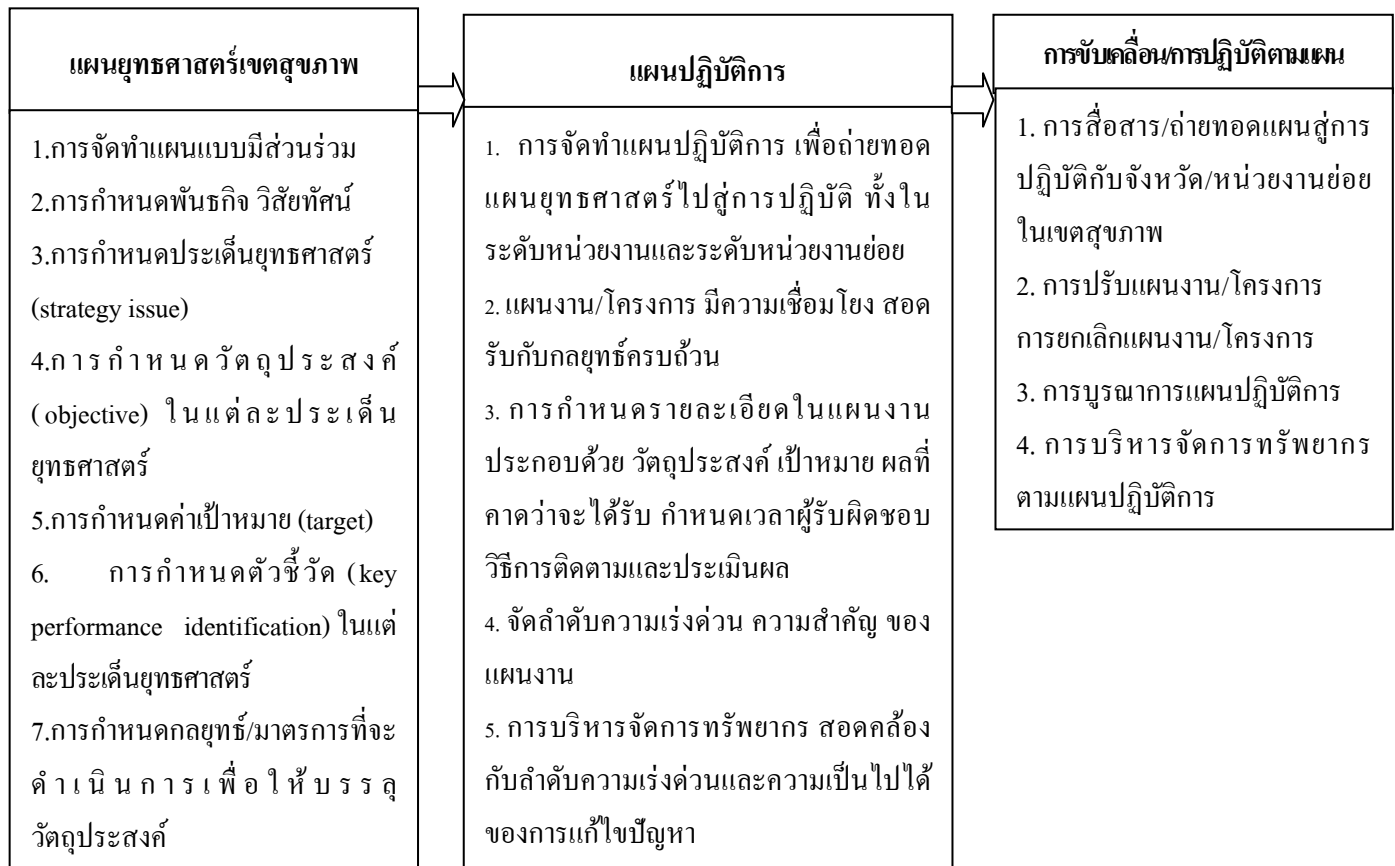
วัตถุประสงค์

1. ศึกษากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขที่นำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่
2. พัฒนาข้อเสนอแนะทางเลือกเชิงนโยบายเพื่อผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่

ขอบเขตของการศึกษา

1. ประชากรที่ศึกษา : (1) บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนงานของเขตสุขภาพที่ 1 – 12 ทั้งรูปแบบของคณะกรรมการคณะทำงาน และผู้รับผิดชอบหลักในการจัดทำยุทธศาสตร์และแผนงาน เป็นต้น (2) จังหวัดตัวแทนเขตสุขภาพที่ 1 - 12 เขตละ 1 จังหวัด (เพื่อให้ได้ข้อมูลการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์จากระดับเขตถ่ายทอดไปสู่การปฏิบัติระดับจังหวัด) (3) พื้นที่การศึกษา : เขตสุขภาพที่ 1 - 12
2. เนื้อหาที่ศึกษา : มุ่งศึกษากระบวนการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขที่นำไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ประกอบด้วย การจัดทำยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพ การจัดทำแผนปฏิบัติการและการขับเคลื่อน/ปฏิบัติตามแผน
3. ระยะเวลาในการศึกษา : มีนาคม 2558 - มกราคม 2559

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative study) และการศึกษาเชิงปริมาณ (quantitative study) (1) การศึกษาเชิงคุณภาพ : ศึกษาจากแบบสอบถามซึ่งพัฒนาให้เป็นแบบประเมินตนเอง และการสนทนากลุ่ม (2) การศึกษาเชิงปริมาณ : โดยการแปลงข้อความผลการศึกษา (เชิงคุณภาพ) จากแบบประเมินตนเองเป็นค่าคะแนน และนำข้อมูลที่ได้มานำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในลักษณะการแจกแจงความถี่ เพื่อแสดงให้เห็นแนวโน้มการกระจายของข้อมูลการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในภาพรวม

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดกลุ่มตัวอย่าง 2 ระดับ ได้แก่ (1) ระดับเขตสุขภาพ กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นทุกเขตสุขภาพ จำนวน 12 เขต และ (2) ระดับจังหวัด กำหนดให้เขตคัดเลือกจังหวัดผู้รับการประเมินเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด (จำนวน 12 จังหวัด) ประกอบด้วย เขตสุขภาพที่ 1 : จังหวัดน่าน เขตสุขภาพที่ 2 : พิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 3 : อุทัยธานี เขตสุขภาพที่ 4 : ลพบุรี เขตสุขภาพที่ 5 : ประจวบคีรีขันธ์ เขตสุขภาพที่ 6 : ตรัง เขตสุขภาพที่ 7 : ขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 8 : นครพนม เขต

สุขภาพที่ 9 : ชัยภูมิ เขตสุขภาพที่ 10 : มุกดาหาร
เขตสุขภาพที่ 11 : ระนอง เขตสุขภาพที่ 12 : ตรัง

วิธีการเก็บข้อมูล

1. แบบสอบถาม (questionnaire) โดยพัฒนาเป็นแบบประเมินตนเอง (พัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ. 2558)^[3] และให้ผู้ที่จะให้ข้อมูล ได้แก่

1.1 ระดับเขตสุขภาพ : คณะทำงานแผนงานหรือแผนยุทธศาสตร์ระดับเขตสุขภาพของเขตสุขภาพ

1.2 ระดับจังหวัด : บุคลากรกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำการประเมินตนเองก่อนผู้ศึกษาลงพื้นที่เก็บข้อมูล เพื่อให้ผู้ที่จะให้ข้อมูลได้ทบทวนกระบวนการทำงานของตนตามหลักการของการดำเนินงาน และเกิดการเรียนรู้เบื้องต้นของผู้ให้ข้อมูล

2. การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

2.1 ระดับเขตสุขภาพ จะมีการสนทนากลุ่ม 1 กลุ่ม ได้แก่ คณะทำงานจัดทำแผนงานระดับเขตสุขภาพ และผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด คณะทำงานที่ทำหน้าที่กำกับ ติดตาม และประเมินผล และผู้เกี่ยวข้อง ทำการสนทนาทบทวนกระบวนการจัดทำแผน การบริหารแผน ตลอดจนการขับเคลื่อน/ปฏิบัติตามแผน

2.2 ระดับจังหวัด ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ได้แก่ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และกลุ่มงานอื่น ๆ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการสนทนา

ทบทวนกระบวนการจัดทำแผน การบริหารแผน ตลอดจนตลอดจนการขับเคลื่อน/ปฏิบัติตามแผนทั้งหมดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และทบทวนกระบวนการถ่ายทอดแผนงานจากระดับเขตสุขภาพลงสู่ระดับจังหวัด การถ่ายทอดแผนงานระดับเขตลงไปสู่ระดับพื้นที่ (อำเภอ/ตำบล)

ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมบางส่วนอาจเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระดับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของแต่ละจังหวัด เพื่อให้เห็นภาพการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติในหน่วยบริการทุกระดับได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับความพร้อมในการมาให้ข้อมูลเพิ่มเติมของบุคลากรในกลุ่มดังกล่าว

ผลการศึกษา

1. การขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ (ภาพรวมระดับเขตสุขภาพ)

1.1 การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ พบว่าส่วนใหญ่ผู้นำระดับสูงของเขตสุขภาพให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมด้วยความร่วมมือของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ดำเนินการวางแผนยุทธศาสตร์ตามขั้นตอน และมีการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ประเด็นยุทธศาสตร์ (strategy issue) วัตถุประสงค์ (objective) ตัวชี้วัด (key performance identification) ในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ รวมทั้งค่าเป้าหมาย (target) คิดเป็นร้อยละที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 100 ส่วนการกำหนดกลยุทธ์/มาตรการที่จะดำเนินการเพื่อให้บรรลุ

เป้าประสงค์ ส่วนใหญ่เขตสุขภาพมีการดำเนินงาน สูงถึงร้อยละ 91.67

1.2 การจัดทำแผนปฏิบัติการ พบว่า ส่วนใหญ่เขตสุขภาพมีกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการ เพื่อย่อยทอดแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ แผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ที่กำหนดไว้มีแผนปฏิบัติการรองรับครบถ้วน แผนงาน/โครงการในแผนปฏิบัติการมีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับกลยุทธ์ที่กำหนด และมีการกำหนดรายละเอียดในแผนงาน (ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลที่คาดว่าจะได้รับ กำหนดเวลาผู้รับผิดชอบ วิธีการติดตาม และประเมินผล) คิดเป็นร้อยละที่เท่ากัน คือร้อยละ 100 ประกอบกับเขตสุขภาพส่วนใหญ่มีการบริหารจัดการทรัพยากรสอดคล้องกับลำดับความเร่งด่วน และความเป็นไปได้ของการแก้ปัญหา ซึ่งสร้างความมั่นใจได้ว่ามีทรัพยากรด้านการเงินและด้านอื่น ๆ เพียงพอที่จะนำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติให้บรรลุผล คิดเป็นร้อยละ 75.00 ส่วนการจัดลำดับความเร่งด่วน ความสำคัญ ของแผนงาน เป็นที่น่าสังเกตว่า เขตสุขภาพส่วนใหญ่มีการจัดลำดับความเร่งด่วน ความสำคัญ ของแผนงาน เพียงร้อยละ 58.33 เท่านั้น

1.3 การขับเคลื่อน/ปฏิบัติตามแผน พบว่า เขตสุขภาพส่วนใหญ่มีกระบวนการสื่อสาร/ถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติกับจังหวัด/หน่วยงานย่อยในเขตสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนแผนงานสู่การปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 100 มีการบริหารจัดการทรัพยากร และการสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของจังหวัด/หน่วยงานย่อย ถึงร้อยละ 75 ส่วนการปรับเปลี่ยนแผนปฏิบัติการและนำแผนที่ปรับเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติ หรือแม้แต่การยกเลิกแผนงาน/โครงการ ในกรณีที่มีความจำเป็น และการ

มีกระบวนการบูรณาการกลุ่มเป้าหมาย/กิจกรรมร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของแผนงาน ลดความซ้ำซ้อน ส่วนใหญ่มีการดำเนินงานเพียงร้อยละ 50 เท่านั้น รวมทั้งมีข้อมูลที่น่าสังเกตจากการสนทนากลุ่มและจากการวิเคราะห์ผลการถ่ายทอดแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับเขตสุขภาพลงไปสู่ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่า มีแผนงานระดับเขตสุขภาพ และไม่ สามารถระบุได้ว่าแผนงานใดเป็นแผนงานของเขต โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่จะไม่ทราบรายละเอียดหลัก ๆ ของแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับเขต

ทั้งนี้ การถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานจากเขตลงไปสู่ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ โดยภาพรวมพบวิธีดำเนินการอยู่ 2 รูปแบบ ได้แก่

รูปแบบที่ 1 เขตดำเนินการมอบหมายงานแต่ละด้านให้คณะกรรมการแต่ละชุดรับผิดชอบ และร่วมกันกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน รวมถึงการติดตามและประเมินผล โดยคณะกรรมการที่แต่งตั้งนี้จะมีโครงสร้างประกอบไปด้วยผู้รับผิดชอบงานในแต่ละด้านของแต่ละจังหวัดในเขต นักวิชาการที่เกี่ยวข้องของศูนย์วิชาการในเขตนั่น ๆ เข้าร่วมเป็นกรรมการ

รูปแบบที่ 2 เขตสุขภาพบางเขตจะมีการมอบหมายให้จังหวัดใดจังหวัดหนึ่งเป็นแกนนำในการดำเนินงานแก้ปัญหาสาธารณสุขแต่ละประเด็น ทั้งนี้จะมีการเลือกจังหวัดแกนนำ 2 ลักษณะ ก็คือ 1) เลือกจังหวัดที่มีผลงานประเด็นดังกล่าวดีอยู่แล้ว เพื่อให้จังหวัดนั้นเป็นแกนนำและ

คาดหวังให้แกนนำช่วยพัฒนาจังหวัดอื่น ๆ ในเขต
2) เขตเลือกจังหวัดที่มีผลงานในประเด็นดังกล่าวต่ำ
ที่สุด มาเป็นแกนนำ ทั้งนี้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้
จังหวัดนั้นพัฒนาตนเองขึ้นมา

2. ผลการศึกษาการขับเคลื่อนนโยบายและ
ยุทธศาสตร์สาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่
(ภาพรวมระดับจังหวัดถ่ายทอดไปยังอำเภอ/รพ.
สต.)

การถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์เพื่อนำไป
ปฏิบัติ พบว่า ส่วนใหญ่มีการถ่ายทอดแผนพัฒนา
สาธารณสุขจากระดับจังหวัดลงสู่ระดับอำเภอ ทั้ง
โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลอย่างชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานระดับโรงพยาบาล
ชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับแผนงานระดับจังหวัด
มีการจัดทำแผนงานในระดับอำเภอรองรับแผนงาน
ระดับจังหวัด ทั้งนี้ยังพบว่าในหลายพื้นที่ แผน
ระดับอำเภอมีการเพิ่มเติมและให้ความสำคัญกับ
ปัญหาเฉพาะของพื้นที่อย่างชัดเจน ซึ่งในบาง
จังหวัด มีการพัฒนาแนวคิดบางแนวคิดที่น่าสนใจ
น่าจะสามารถนำไปใช้ขยายผลได้ สามารถสรุปได้
ดังนี้

1) การจัดทำแผนแบบ bottom up
มีการกำหนดนโยบายการทำงานและตัวชี้วัดที่
สำคัญจากระดับจังหวัด โดยยังไม่มีจัดทำ
แผนงานระดับจังหวัด แต่กำหนดให้ทุกอำเภอใน
จังหวัดนั้นจัดทำแผนปฏิบัติงานระดับอำเภอขึ้นมา
ก่อน และจังหวัดทำหน้าที่รวบรวมแผนงานจาก
ระดับอำเภอ และนำแผนงานดังกล่าวมาจัดทำ
แผนงานระดับจังหวัด โดยจังหวัดมีการพยายาม
วางแผนงานเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของ
แผนงานระดับอำเภอ มองหาส่วนขาดในแผนงาน

ระดับอำเภอ เช่น ขาดการสนับสนุนทางวิชาการ
จังหวัดก็จะจัดแผนงานวิชาการเพิ่มเติมให้ เป็นต้น
การจัดทำแผนลักษณะนี้ ทำให้ระดับอำเภอสามารถ
ออกแบบแผนงานและกิจกรรมที่เหมาะสมกับ
บริบทและปัญหาของพื้นที่

2) การติดตามแผนงานในระดับจังหวัด
โดยใช้ composite index ซึ่งจังหวัดที่ใช้ตัวชี้วัดแบบ
นี้จะพยายามพัฒนาตัวชี้วัดให้เหมาะสมกับบริบท
และสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยการปรับเปลี่ยน
น้ำหนักและตัวชี้วัดกิจกรรม (process indicator)
จนได้ตัวชี้วัดที่ประเมินได้แม่นยำเพียงพอ

3) ระบบการตรวจสอบแผนงาน
โครงการ มีการวางระบบการตรวจสอบแผนงาน
และโครงการภายในจังหวัด แผนงานโครงการ
ทั้งหมดทั้งระดับจังหวัด (จากฝ่ายและงานต่าง ๆ ใน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และแผนงาน
โครงการจากระดับอำเภอ หรือแม้แต่โครงการจาก
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะต้องส่ง
แผนงานโครงการทั้งหมดมาที่สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด เพื่อพิจารณาอนุมัติ ทั้งนี้จะมี
ระบบการตรวจสอบแผนงานก่อนการอนุมัติ โดยจะ
มีการตรวจสอบทั้งในเรื่องของการเขียนแผนงาน
วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ความสอดคล้องของ
แผนงาน กิจกรรมการแก้ปัญหา พร้อมให้
ข้อเสนอแนะในกรณีที่เห็นว่าควรปรับปรุงแก้ไข
และส่งผลการตรวจสอบให้ผู้รับผิดชอบแผนงาน
โครงการได้รับทราบ กระบวนการตรวจสอบ
ดังกล่าว ก่อให้เกิดการเรียนรู้สำหรับผู้เขียนและ
หรือผู้รับผิดชอบแผนงานโครงการ ซึ่งผลจาก
การตรวจสอบแผนงานที่มีการปฏิบัติในพื้นที่ ทำให้
คุณภาพโดยรวมของแผนงานโครงการได้รับ
การพัฒนาขึ้น ทั้งนี้คาดหวังว่าแผนงานโครงการ

ที่ได้รับการพัฒนาอย่างมีคุณภาพจะส่งผลต่อการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ได้ดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

1. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ : จากผลการศึกษาที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้นำระดับสูงของเขตสุขภาพให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ มีการดำเนินการวางแผนยุทธศาสตร์ตามขั้นตอน และมีการกำหนดพันธกิจ วิสัยทัศน์ ประเด็นยุทธศาสตร์ (strategy issue) วัตถุประสงค์ (objective) ตัวชี้วัด (key performance identification) ในแต่ละประเด็นยุทธศาสตร์ รวมทั้งค่าเป้าหมาย (target) คิดเป็นร้อยละที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติที่พบว่า ความมุ่งมั่นของผู้บริหาร ความร่วมมือของบุคลากรในองค์กรจะเป็นปัจจัยปัจจัยที่ส่งผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ^[4]

2. การจัดทำแผนปฏิบัติการ พบว่า ส่วนใหญ่เขตสุขภาพมีกระบวนการจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ แผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ มีแผนปฏิบัติการรองรับครบถ้วน แผนงาน/โครงการในแผนปฏิบัติการมีความเชื่อมโยงสอดคล้องกับกลยุทธ์ที่กำหนด และมีการกำหนดรายละเอียดในแผนงาน (ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ผลที่คาดว่าจะได้รับ กำหนดเวลาผู้รับผิดชอบ วิธีการติดตาม และประเมินผล) คิดเป็นร้อยละที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 100 สอดคล้องกับขั้นตอนการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการของหน่วยราชการ

ส่วนภูมิภาค ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข^[5, 6]

3. การขับเคลื่อน/ปฏิบัติตามแผน พบว่า เขตสุขภาพส่วนใหญ่มีกระบวนการสื่อสาร/ถ่ายทอดแผนสู่การปฏิบัติกับจังหวัด/หน่วยงานย่อยในเขตสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนแผนงานสู่การปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งสอดคล้องกับผลการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ ที่พบว่า การติดต่อสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การนำนโยบายสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ^[2, 1]

4. การถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานจากเขตลงไปสู่ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่

จากผลการศึกษาที่พบว่าผู้ปฏิบัติงานระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่ ไม่ทราบว่า มีแผนงานระดับเขตสุขภาพ และไม่สามารถระบุได้ว่า แผนงานใดเป็นแผนงานของเขต โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่จะไม่ทราบรายละเอียดหลัก ๆ ของแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับเขต ทำให้แผนปฏิบัติการระดับเขตอาจไม่ส่งผลต่อการจัดทำแผนและการปฏิบัติงานของจังหวัดมากนัก แต่ก็พบว่าในการปฏิบัติงานจริง การดำเนินงานแก้ปัญหาสาธารณสุขของเขตสุขภาพ มีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานจากเขตลงไปสู่ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ โดยภาพรวมพบวิธีดำเนินการอยู่ 2 รูปแบบ ได้แก่

1) เขตดำเนินการมอบหมายงานแต่ละด้านให้คณะกรรมการแต่ละชุดรับผิดชอบ และร่วมกันกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน ข้อดีของรูปแบบนี้ก็คือ จะเกิดการเรียนรู้ปัญหาและ

วิธีการแก้ปัญหาพร้อมกันภายในเขต ทำให้ภายในเขต มีความเข้าใจปัญหาและสภาพของเขตของตนเอง ได้ดี แต่เนื่องจากคณะกรรมการมีองค์ประกอบค่อนข้างมาก จึงทำให้การดำเนินงานต้องใช้เวลาในการดำเนินการค่อนข้างมาก การที่พื้นที่ในเขต มีขนาดใหญ่ การเดินทางเข้าร่วมประชุมที่ต้องใช้ ระยะเวลาในการเดินทาง ก็เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่ส่งผลให้การทำงานของคณะกรรมการเป็นไปด้วย ความยากลำบาก แต่สิ่งที่ได้รับกลับมาคือความ ต่อเนื่องในการทำงาน เนื่องจากกรรมการเป็นผู้รับผิดชอบงานในแต่ละด้านของแต่ละจังหวัด ทำงานอยู่กับปัญหามาโดยตลอด จึงมีความต่อเนื่อง ในการทำงานและมีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกัน และกันมากขึ้น

2) เขตสุขภาพบางเขตจะมีการมอบหมายให้จังหวัดใดจังหวัดหนึ่งเป็นแกนนำ ในการดำเนินงานแก้ปัญหาสาธารณสุขแต่ละ ประเด็น ทั้งนี้จะมีการเลือกจังหวัดแกนนำ 2 ลักษณะ ก็คือ ลักษณะที่ 1 เลือกจังหวัดที่มีผลงาน ประเด็นดังกล่าวอยู่แล้ว เพื่อให้จังหวัดนั้นเป็น แกนนำ และคาดหวังให้แกนนำช่วยพัฒนาจังหวัด อื่น ๆ ในเขต ในขณะที่ลักษณะที่ 2 เขตเลือกจังหวัด ที่มีผลงานในประเด็นดังกล่าวดีที่สุด มาเป็นแกน นำ ทั้งนี้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้จังหวัดนั้นพัฒนา ตนเองขึ้นมา รูปแบบนี้ประสบความสำเร็จ พอสมควร ในกรณีของการเลือกจังหวัดที่มีผลงานดี เป็นแกนนำ จะมีตัวอย่างที่ดี (best practice) ให้เป็น แบบอย่าง ส่วนในกรณีที่เลือกจังหวัดที่ผลงานต่ำ เป็นแกนนำ ก็จะมีแรงกระตุ้นให้พื้นที่นั้นพัฒนา ตนเอง ตามความคาดหวังของเขต สุขภาพ รูปแบบ การให้จังหวัดที่มีผลงานดีหรือต่ำเป็นแกนนำใน การดำเนินงานนั้น สามารถดำเนินการและเห็น

ผลได้ค่อนข้างเร็ว แต่ก็มีข้อเสียที่การมีส่วนร่วมของ จังหวัดต่าง ๆ ภายในเขตอาจจะน้อยกว่าที่ควร จะเป็น รวมถึงโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้ก็น้อยกว่า อยู่บ้าง

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

1. การขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ สาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ (ภาพรวม ระดับเขตสุขภาพ)

1.1 เนื่องจากผลการศึกษาในส่วนของ 1) การจัดทำแผนปฏิบัติการที่พบว่า เขตสุขภาพ ส่วนใหญ่ยังมีการจัดลำดับความเร่งด่วน ความสำคัญ ของแผนงาน เพียงร้อยละ 58.33 2) การขับเคลื่อน/ปฏิบัติตามแผนที่พบว่า ส่วนใหญ่ เขตสุขภาพจะมีกระบวนการดำเนินการบูรณาการ กลุ่มเป้าหมาย/กิจกรรมร่วมกัน เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพของแผนงาน ลดความซ้ำซ้อน เพียง ร้อยละ 50 เท่านั้น ประกอบกับผู้ปฏิบัติงานระดับ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ามีการมีแผนงานระดับเขต สุขภาพ และไม่สามารถระบุได้ว่าแผนงานใดเป็น แผนงานของเขต โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติงานระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่จะไม่ ทราบรายละเอียดหลัก ๆ ของแผนพัฒนา สาธารณสุขระดับเขต ดังนั้น ผู้บริหารระดับเขตและ ผู้บริหารที่เกี่ยวข้อง ควรเน้นย้ำกับผู้ปฏิบัติงาน ให้มีความสำคัญกับขั้นตอนการดำเนินงานตาม ประเด็นดังกล่าว เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพของการนำแผนไปสู่การปฏิบัติได้ อย่างแท้จริง

1.2 จากข้อค้นพบรูปแบบการถ่ายทอด แนวทางการดำเนินงานจากเขตลงไปสู่ระดับจังหวัด

และระดับพื้นที่ โดยภาพรวมที่พบวิธีดำเนินการอยู่ 2 รูปแบบ : รูปแบบที่ 1 การมอบหมายงานแต่ละด้านให้คณะกรรมการแต่ละชุดรับผิดชอบ และร่วมกันกำหนดแนวทางในการดำเนินงาน รูปแบบที่ 2 การมอบหมายให้จังหวัดใดจังหวัดหนึ่งเป็นแกนนำในการดำเนินงานแก้ปัญหาสาธารณสุขแต่ละประเด็น ซึ่งหลักการเลือกจังหวัดแกนนำมี 2 ลักษณะ 1) เลือกจังหวัดที่มีผลงานดีอยู่แล้ว เพื่อให้จังหวัดนั้นเป็นแกนนำ (คาดหวังให้แกนนำช่วยพัฒนาจังหวัดอื่น ๆ ในเขต) 2) เลือกจังหวัดที่มีผลงานน้อยที่สุด เป็นแกนนำ (เพื่อเป็นการกระตุ้นให้จังหวัดนั้นพัฒนาตนเองขึ้นมา) ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องจึงควรให้เขตสุขภาพแต่ละเขต ปรับใช้รูปแบบและวิธีการถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานจากเขตลงไปสู่ระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ โดยคำนึงถึงข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละรูปแบบความสอดคล้องตามบริบท และทรัพยากรของแต่ละเขตสุขภาพ

2. การขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สาธารณสุขสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ (ภาพรวมระดับจังหวัดถ่ายทอดไปยังอำเภอ/รพ.สต.) ซึ่งพบเทคนิคการทำแผนหลายรูปแบบทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และ รพ.สต. ที่มีการพัฒนาแนวคิดการขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติในพื้นที่ ผู้บริหารที่เกี่ยวข้องควรนำรูปแบบต่าง ๆ ไปใช้ในการขยายผล และถ่ายทอดต่อให้พื้นที่อื่นสามารถเรียนรู้ และนำไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ดังนี้

2.1 การจัดทำแผนแบบ bottom up : ควรนำวิธีการจัดทำแผนดังกล่าวบูรณาการให้เกิดกระบวนการจัดทำแผน ในระดับจังหวัด ซึ่งเป็นรูปแบบที่ทำให้จังหวัดและอำเภอมีอิสระ

ในการจัดทำแผนงานกับระดับพื้นที่ที่มีความใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด อำเภอจึงสามารถออกแบบแผนงานและกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบทและปัญหาของพื้นที่ได้

2.2 การติดตามแผนงานในระดับจังหวัด โดยใช้ composite index : เป็นรูปแบบที่จังหวัดควรนำมาใช้ในการดำเนินการพัฒนา/จัดทำ/กำหนดตัวชี้วัดให้เหมาะสมกับบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยการปรับเปลี่ยนน้ำหนักและตัวชี้วัดกิจกรรม (process indicator) ซึ่งจะทำได้ตัวชี้วัดที่ประเมินได้แม่นยำเพียงพอ โดยใช้ทั้ง output indicator และ process indicator ของงานนั้นๆ นำมาให้น้ำหนักคะแนน และประเมินคะแนนร่วมกันในงานเดียวกันเป็นตัวชี้วัดตัวเดียว ตัวชี้วัดดังกล่าวจะสามารถวัดผลได้ทั้งผลงานและความก้าวหน้าในการปฏิบัติงานของงานนั้นๆ ซึ่งตัวชี้วัดลักษณะนี้เหมาะกับการทำงานในระดับจังหวัด

2.3 ระบบการตรวจสอบแผนงานโครงการ : เป็นรูปแบบที่จังหวัดควรนำมาใช้ในการวางระบบการตรวจสอบแผนงานและโครงการภายในจังหวัด ทั้งแผนงานระดับจังหวัด (จากฝ่ายและงานต่าง ๆ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) และแผนงานโครงการจากระดับอำเภอ หรือแม้แต่โครงการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ต้องส่งแผนงาน โครงการ ทั้งหมดมาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อพิจารณาตรวจสอบและอนุมัติ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะก่อให้เกิดการเรียนรู้การพัฒนาการทำงานอย่างมีคุณภาพ และเป็นการบูรณาการแผนงาน ลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงานระหว่างจังหวัด อำเภอ และตำบล

เอกสารอ้างอิง

- [1] จักรวัชร ศิริวรรณ. การนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ. [ออนไลน์]. (ม.ป.ท.): [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 28 มีนาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก www.gotoknow.org/posts/437655
- [2] จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ และคณะ. รายงานสรุปการประเมินผลแผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). โรงพิมพ์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.) กรุงเทพฯ : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2554.
- [3] สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2557.
- [4] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดทำแผนปฏิบัติการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2553.
- [5] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure : SOP) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. กรุงเทพฯ : บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพฯ) จำกัด; 2554.