

การถอดบทเรียนการดำเนินงานงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PPA) ระดับเขต/พื้นที่ ปีงบประมาณ 2568 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 10 อุบลราชธานี

Learning Review of the Health Promotion and Prevention Area-based Budget (PPA) Operation at the Regional/Area Level in Fiscal Year 2025, National Health Security Office, Region 10 Ubon Ratchathani

จิราพรรณ โพธิ์กำเนิด*, มลุลี แสนใจ*, ประเสริฐ ประสมรักษ์**, ประสิทธิ์ บุญเกิด*, ศรชัย ผลจันทร์*

Chiraphan Phokumnird*, Malulee Sanjai*, Prasert Prasomrak**, Prasit Boonkerd*, Sornchai Phonchan*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PPA) ในเขตสุขภาพที่ 10 ปี 2568 ในมิติการวางแผน การจัดสรรงบประมาณ กระบวนการดำเนินงาน ปัจจัยสู่ความสำเร็จ และอุปสรรคเชิงระบบ เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการบริหารจัดการ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง และการวิเคราะห์เอกสาร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานโดดเด่นและหน่วยบริการที่ประสบปัญหาในการดำเนินงาน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า หลักการจัดสรรงบประมาณ ยึดถือปัญหาสุขภาพและความจำเป็นของประชาชนในพื้นที่เป็นฐาน (Area-based) และความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สาธารณสุขระดับเขตและประเทศ การขับเคลื่อนโครงการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ 3 ขั้นตอนหลัก โดยใช้กลไก อสม. และการบูรณาการที่มสทวิชาติ เป็นกลไกสำคัญในการแปลงแผนสู่กิจกรรมเชิงรุกในชุมชน นอกจากนี้ การให้อำนาจตัดสินใจของผู้บริหาร ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินงานรวดเร็วและยืดหยุ่น ส่งผลให้โครงการบรรลุเป้าหมาย 7 ใน 8 โครงการ มีการเบิกจ่ายสูงถึง 99.46% และประชาชนได้รับบริการครอบคลุม 99.94% ของกลุ่มเป้าหมาย อุปสรรคสำคัญเชิงระบบที่พบคือ ความซับซ้อนของระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างและการเบิกจ่าย รวมถึงภาระงานเอกสารจำนวนมาก ดังนั้น ควรนำรูปแบบการวางแผนและการขับเคลื่อน ที่เน้นการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มาเป็นแนวปฏิบัติ พร้อมทั้งเร่งแก้ไขข้อจำกัดด้านระเบียบการเงิน และพัฒนาบุคลากรเฉพาะทาง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและยกระดับการบริการสุขภาพแก่ประชาชน

คำสำคัญ: การถอดบทเรียน , งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพ , PPA , สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

* สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อุบลราชธานี

**มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

* National Health Security Office, Ubon Ratchathani

**Mahidol University, Amnat Charoen Campus

Corresponding author: Prasert Prasomruk

Email: prasert.pra@mahidol.ac.th

Received 10/11/2025

Revised 21/12/2025

Accepted 23/12/2025

ABSTRACT

This qualitative research aimed to document lessons learned from the implementation of the Public Health Promotion and Disease Prevention (PPA) budget within Health Region 10 for the 2025 fiscal year. The study specifically analyzed the dimensions of planning, budget allocation, operational processes, success factors, and systemic obstacles, intending to enhance management efficiency. Data were collected through in-depth interviews and focus group discussions with relevant administrators and operators, supplemented by document analysis. Samples were purposively selected from service units with both outstanding and problematic operational results. Data analysis utilized descriptive statistics and content analysis.

The study findings indicate that the principle for budget allocation is based on the health problems and needs of the local population (Area-based) and is aligned with the regional and national public health strategies. The systematic project implementation involved three key steps, utilizing the Village Health Volunteer (VHV) mechanism and the integration of a multidisciplinary team as crucial driving forces to translate plans into proactive community activities. Furthermore, granting discretionary power to executives was a significant factor that allowed for rapid and flexible operations, resulting in the projects achieving their goals. Seven out of eight projects attained a high disbursement rate of 99.46%, and the population coverage reached 99.94% of the target group. The key systemic obstacle identified was the complexity of procurement and disbursement regulations, including a substantial burden of paperwork. Therefore, the planning and implementation model, which emphasizes integration and network participation, should be adopted as a best practice, while simultaneously expediting the resolution of financial regulatory constraints and developing specialized personnel to enhance efficiency and elevate the level of health services provided to the public.

Keywords: Learning Review, Health Promotion Budget, PPA, National Health Security Office

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

งบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion and Prevention Area-based: PPA) ถือเป็นกลไกทางการคลังที่สำคัญภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย¹ โดยมีบทบาทเชิงยุทธศาสตร์ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพจากมิติการรักษาพยาบาลไปสู่มิติการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก เพื่อมุ่งเป้าหมายหลักในการลดความเจ็บป่วย เพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน และบรรลุเป้าหมายความครอบคลุมที่มีประสิทธิภาพของบริการด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับนานาชาติ²⁻³ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในฐานะผู้บริหารจัดการงบประมาณหลัก ได้จัดสรรงบประมาณ PPA อย่างต่อเนื่องทุกปีในลักษณะงบประมาณรวมระดับเขต ในช่วงปีงบประมาณ 2558–2568 เขตสุขภาพที่ 10 มีการจัดสรรงบประมาณรวมทั้งสิ้น 133 โครงการ คิดเป็นวงเงินงบประมาณสะสมรวม 255,355,389.96 บาท ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของงบประมาณ PPA ในฐานะกลไกเชิงพื้นที่ ที่ถูกใช้เป็นเครื่องมือหลักในการขับเคลื่อนมาตรการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ระดับปฏิบัติการในพื้นที่จริง โดยยังคงได้รับการจัดสรรอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงเวลาดังกล่าว แม้ในหลายเขตสุขภาพของประเทศมีข้อเสนอให้ยกเลิก หรือจำกัดการจัดสรรงบประมาณประเภทนี้ อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านระเบียบการเงินและภาระเชิงเอกสาร การดำรงอยู่ของงบประมาณ PPA ในเขตสุขภาพที่ 10 จึงสะท้อนทั้งศักยภาพของหน่วยปฏิบัติและความเชื่อมั่นเชิงนโยบายที่ยังคงให้ความสำคัญต่อการลงทุนเชิงป้องกันในระดับพื้นที่⁴

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาได้ชี้ให้เห็นว่า แม้จะมีการวางแผนตามหลักการประเมินความต้องการด้านสุขภาพ แต่ความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนงบประมาณ ในทางปฏิบัติมักถูกบั่นทอนด้วย ความซับซ้อนของระเบียบการเบิกจ่าย และภาระงานเอกสาร ที่ขัดแย้งกับหลักการความคล่องตัวของงบประมาณเชิงรุก⁵ นอกจากนี้ การที่งบประมาณ PPA มีการปรับเปลี่ยนประเด็นเป้าหมายในแต่ละปีงบประมาณตามสถานการณ์และนโยบายที่เปลี่ยนไป ยังส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของโครงการสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่ ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นอุปสรรคสำคัญที่บั่นทอนแรงจูงใจของผู้ปฏิบัติงานและส่งผลต่อประสิทธิภาพการใช้จ่ายงบประมาณโดยรวม⁶ ซึ่งการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการประเมินผลการดำเนินงานช่วยในการปรับปรุงการวางแผนและขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น⁷⁻⁹ ดังนั้น การดำเนินงาน PPA ในเขตสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีการถอดบทเรียน ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้เข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงประสบการณ์ กระบวนการบริหารจัดการในบริบทพื้นที่จริง รวมถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคเชิงระบบที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาพของประชาชน ได้ชุดความรู้ที่นำมาสู่การปรับวิธีคิดและเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานที่สร้างสรรค์และมีคุณภาพยิ่งขึ้น¹⁰ อันจะนำไปสู่การสังเคราะห์ชุดความรู้และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับการยกระดับประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการใช้จ่ายงบประมาณ PPA ในพื้นที่อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาการวางแผนและการจัดสรรงบประมาณ กระบวนการดำเนินงาน ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และอุปสรรคที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน PPA
2. เพื่อสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอเชิงปฏิบัติการในการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการใช้จ่ายงบประมาณ PPA

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อศึกษาการบริหารจัดการงบประมาณ PPA นำไปสู่การสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายและข้อเสนอเชิงปฏิบัติการในการปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารจัดการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน PPA ในหน่วยบริการที่กำหนดทั้ง 5 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร และมุกดาหาร ประกอบด้วย ผู้บริหารระดับสูงจำนวน 2 คน (เช่น ผู้อำนวยการ หรือหัวหน้าฝ่ายบริหาร) เพื่อให้ข้อมูลในเชิงนโยบายและการสนับสนุน ผู้รับผิดชอบโครงการ/ผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 4 คน (เช่น นักวิชาการสาธารณสุข, พยาบาล) เพื่อให้ข้อมูลในเชิงปฏิบัติการและปัญหาที่พบ เจ้าหน้าที่การเงิน/พัสดุ จำนวน 2 คน เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับระเบียบการเบิกจ่ายและปัญหาด้านเอกสาร และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่จังหวัดระบุ จำนวน 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง จากหน่วยบริการที่มีผลการดำเนินงานโดดเด่นและหน่วยบริการที่มีปัญหาในการดำเนินงาน จังหวัดละ 2 อำเภอ รวม 10 อำเภอ อำเภอละ 10 คน รวมทั้งสิ้น 100 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. **แนวทางการสนทนากลุ่ม** สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดการวิจัย ครอบคลุมประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การวางแผนและการจัดสรรงบประมาณ 2) กระบวนการดำเนินงาน 3) ปัญหาและอุปสรรค 4) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และ 5) ข้อเสนอแนะต่อการกำหนดนโยบายและการปฏิบัติงาน

2. **แบบสัมภาษณ์เชิงลึก** เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้บริหารโครงการทั้งระดับเขต จังหวัด อำเภอทั้งที่มีผลการดำเนินงานโดดเด่นและหน่วยบริการที่มีปัญหาในการดำเนินงาน ครอบคลุมประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ความสอดคล้องเชิงยุทธศาสตร์กับการปฏิบัติงานจริง 2) กลไกการประสานงานและการจัดการปัญหาเฉพาะหน้า 3) ปัญหาและอุปสรรค 4) แรงจูงใจ คุณค่างาน และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน และ 5) ข้อเสนอแนะเพื่อสร้างความยั่งยืน

3. **แบบบันทึกการสังเกตการณ์** ใช้ประกอบการสัมภาษณ์ เพื่อบันทึกสภาพแวดล้อมและบรรยากาศปฏิสัมพันธ์และพฤติกรรม ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียงของผู้ให้ข้อมูล และเหตุการณ์ระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อช่วยในการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล และสามารถตีความข้อมูลคำพูดได้อย่างลึกซึ้งและแม่นยำยิ่งขึ้น

4. **การวิเคราะห์เอกสาร** ศึกษาเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แผนงานโครงการ รายงานผลการดำเนินงาน และรายงานการเงิน ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตให้ผู้ถูกสัมภาษณ์จัดเตรียมไว้ในวันที่สัมภาษณ์ เพื่อใช้ในการสนับสนุนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

การเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมวิจัยดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพภายหลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ 2568/01.040 โดยเก็บข้อมูล 2 วิธี คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก และการวิเคราะห์เอกสาร สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก ทีมวิจัยจะทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ที่ถูกเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ ทำการสัมภาษณ์ในพื้นที่ที่หน่วยงานผู้ให้ข้อมูลจัดเตรียมไว้ พร้อมทั้งมีการบันทึกเสียงและจดบันทึกประเด็นสำคัญหลังได้รับการยินยอมให้การสัมภาษณ์ โดยการเก็บข้อมูลจะยุติลงเมื่อถึงจุด ข้อมูลอิ่มตัว หรือการไม่พบประเด็นใหม่เพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์ และเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยจะใช้กระบวนการตรวจสอบสามเส้า โดยเปรียบเทียบความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายจากผู้บริหาร ผู้รับผิดชอบงาน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน และเปรียบเทียบผลระหว่างการสัมภาษณ์กับการวิเคราะห์เอกสาร

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม เพื่อหาประเด็นสำคัญและสร้างข้อสรุปเชิงสังเคราะห์ นำผลการวิเคราะห์มาสรุปเป็นบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงาน PPA เพื่อให้ได้ชุดองค์ความรู้ และข้อเสนอในการปรับปรุงการดำเนินงาน เกี่ยวกับแนวทางการวางแผนและการจัดสรรงบประมาณ กระบวนการดำเนินงาน ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ผลการศึกษา (Results)

1. **คุณลักษณะส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.0 อายุระหว่าง 40-49 ร้อยละ 36.0 ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 34.0 รองลงมาคือ พยาบาล ร้อยละ 28.0 อายุงาน ระหว่าง 20-30 ปี ร้อยละ 41.0 เคยผ่านการอบรมเกี่ยวกับการบริหารงบประมาณ PPA ร้อยละ 90.0

2. การวางแผนและการจัดสรรงบประมาณ

1) หลักการในการจัดสรรงบประมาณเชิงพื้นที่และเชิงยุทธศาสตร์ ยึดข้อมูลปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจริงและความจำเป็นของประชาชนในแต่ละพื้นที่เป็นฐาน และสอดคล้องกับกรอบนโยบายและทิศทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับเขตและระดับประเทศควบคู่กันไป เพื่อให้การลงทุนด้านสุขภาพเชิงป้องกันนำไปสู่ผลลัพธ์เชิงประจักษ์และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อระบบสุขภาพโดยรวม

2) การเสนอขอรับงบประมาณ PPA หน่วยบริการในพื้นที่วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพเชิงพื้นที่จัดทำข้อเสนอโครงการในรูปแบบมาตรฐานก่อนส่งเข้าสู่ระบบเพื่อพิจารณาในระดับเขต การจัดทำข้อเสนอจำเป็นต้องมีหลักฐานเชิงข้อมูลรองรับอย่างเพียงพอ เพื่อยืนยันความจำเป็น ความคุ้มค่าของการใช้จ่าย และความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน

3) การตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบข้อเสนอโดยฝ่ายเลขานุการ ก่อนเสนอเข้าสู่การพิจารณาถ้อยแถลงของคณะอนุกรรมการระดับเขตซึ่งพิจารณาทั้งความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์สุขภาพ ความสำคัญของปัญหาเชิงพื้นที่ ประสิทธิภาพเชิงต้นทุน ตลอดจนศักยภาพในการเชื่อมโยงกระบวนการบริการของหน่วยงานกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน หากเห็นสมควร โครงการจะได้รับอนุมัติหรืออาจได้รับข้อเสนอแนะให้ปรับแก้ก่อนอนุมัติ

การเปลี่ยนแปลงนโยบายอย่างชัดเจนในแต่ละปี เมื่อเทียบกับปี 2565 การจัดสรรงบประมาณจะเน้นไปที่ประเด็นพื้นฐานทั่วไป เช่น การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการพัฒนาการเด็ก แต่ในช่วงปี 2565-2566 มีการเน้นงบประมาณไปที่ประเด็นสำคัญอย่าง "โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ" โดยมีงบประมาณสูงถึง 1,671,048 บาท ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการจัดการโรคที่เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต และในปี 2567-2568 มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับประเด็นใหม่ๆ เช่น "การเข้าถึง P&P" และ "โรคไต" ซึ่งเป็นสัญญาณว่าหน่วยงานระดับนโยบายเริ่มขยายขอบเขตการทำงานเชิงรุกไปสู่ประเด็นที่กว้างขึ้นและเฉพาะทางมากขึ้น

ตารางที่ 1 ผลการพิจารณางบประมาณ PPA เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566 – 2568

Fiscal Year (FY)	Projects Proposed	Projects Approved	Requested Budget (THB)	Allocated Budget (THB)
2023 (B.E. 2566)	9	7	18,560,880	15,879,480
2024 (B.E. 2567)	7	5	20,462,410	15,825,420
2025 (B.E. 2568)	22	8	49,304,026	15,761,416

การดำเนินงานตามนโยบายที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้โรคหรือประเด็นสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญ ได้ส่งมอบบริการให้แก่กลุ่มเป้าหมายได้เพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัย กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขณะที่ประเด็นปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มลดลงหรือมีกลไกที่ชัดเจนแล้วจะถูกนำเข้าสู่ระบบบริการปกติ และประเด็นปัญหาสุขภาพใหม่ ได้รับการสนับสนุนให้จัดบริการให้แก่กลุ่มเป้าหมาย เสริมจากงานปกติที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้เข้าถึงบริการตามโครงการที่ได้รับงบประมาณ PPA เขตสุขภาพที่ 10 ปี 2566 – 2568

Health Service Priority	Number of service users				
	2022 (B.E.2565)	2023 (B.E.2566)	2024 (B.E.2567)	2025 (B.E.2568)	Total
Stroke and Cardiovascular Disease (CVD)	0	2,387	0	0	2,387
Depression and Suicide Prevention	17,723	24,443	0	4,150	46,316
Dental Care	29,775	21,960	50,000	15,000	116,735
Elderly Care (Dementia / Falls Prevention)	5,704	7,750	5,717	0	19,171
Child Development	9,810	13,610	4,000	4,000	31,420
Liver and Bile Duct Cancer	10,615	0	0	0	10,615
Pediatric Vision (Eyeglasses for Children)	0	200,000	0	0	200,000
Mental Health	20,000	0	0	0	20,000
Health of Buddhist Monks	0	0	0	5,413	5,413
Non-Communicable Diseases (NCDs)	0	600	15,000	5,950	21,550
Maternal and Child Health (MCH)	0	0	0	3,000	3,000
Chronic Kidney Disease (CKD)	0	0	0	3,000	3,000
Adolescent Reproductive Health Behavior	0	0	8,000	10,000	18,000

นโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 10 อุบลราชธานี ปี 2566-2568 มอบเป็นแนวทางในการพิจารณาถ่วงน้ำหนักโครงการ PPA ระดับเขตและพื้นที่ ได้แก่ โครงการต้องขยับภาพใหญ่ของปัญหาสุขภาพภายในเขต 10 ในกรณีโครงการที่สอดคล้องงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น ควรบูรณาการร่วมกัน และถ้าดำเนินการครบ 3 ปี ควรนำเข้าสู่งานปกติ ทั้งนี้ในการระดมกลุ่มเป้าหมายจะต้องมีเกณฑ์ในการคัดเลือกที่ชัดเจน เพื่อไม่ให้กิจกรรมทับซ้อนในกลุ่มเดียวกัน

ตารางที่ 3 เกณฑ์การพิจารณาและแนวทางการดำเนินงานตามนโยบายหลักของเขตสุขภาพที่ 10 ปีงบประมาณ 2566 – 2568

Policy Criteria	FY 2023 (2566) Focus: Child Dev, Elderly, & NCDs	FY 2024 (2567) Focus: Intensity & Scaling	FY 2025 (2568) Focus: Specialization & Complication Prevention
1. Addressing Large-Scale Regional Health Issues	Projects focused on Child Development, Pediatric Vision, and Fall Prevention in the Elderly.	Shifted focus to High Mortality/Disability diseases: Approved Stroke & STEMI projects with a high budget of 1,671,048 THB.	Focus on High Prevalence and Disease Burden: Approved DM Remission (Diabetes) with the highest budget of 7,110,420 THB to reduce NCD burden.
2. Management of Specific Issues & Budget Integration	Elderly care focused on Dementia and Falls. Alignment with target groups was clear, but budget integration with Local Health Funds (LTC/CPF) was not yet evident.	Continuity of large-scale issues: Fall Prevention and DM Remission projects continued to receive PPA funding.	Active Diabetes management: Pilot project in Amnat Charoen Province for "Modern Diabetes Risk Management & Service Systems" (3.8 Million THB).
3. 3-Year Project Cycle Management	Initial phase: Projects were diverse and covered broad Ministry of Public Health (MOPH) policies.	Continuation of core projects: Dental Care, Child Development, and Elderly Care remained active.	Evolution and Scaling: Executive Function (EF) and Oral Disease Prevention projects were further developed and scaled up.
4. Differentiation from Routine Work	Designed as proactive community-based activities: e.g., BMI > 25 surveillance and behavior modification led by community networks.	Intensive Service Models: DM Remission and EF models were developed as high-intensity services that exceed routine workload capabilities.	Specialized & Mission-based Integration: Projects like "Buddy Kidney Care" and Monk Health Promotion emphasized PPA's value-add beyond routine services.

จากกระบวนการดำเนินงาน PPA ในเขตสุขภาพที่ 10 ดังกล่าว ชี้ให้เห็นจุดเด่นสำคัญคือ การใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพเชิงพื้นที่เป็นฐานในการจัดสรรงบประมาณ และมีการขับเคลื่อนแบบบูรณาการ โดยทีมสหวิชาชีพและกลไก อสม. โดยกลไกหลักที่ใช้ในการขับเคลื่อนที่จุดแข็ง และจุดอ่อนหรืออุปสรรคที่จะต้องพัฒนาต่อ ดังนี้

ตารางที่ 4 จุดแข็งและจุดอ่อน อุปสรรคของการดำเนินงานขับเคลื่อนโครงการงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PPA) ในระดับเขต

Aspects	Strengths	Weaknesses / Obstacles
Management	Executive Empowerment: Decision-making authority granted by executives enables operational speed and flexibility.	Regulatory Complexity: Complicated procurement and disbursement regulations create a significant administrative/paperwork burden.
Operations	Synergistic Collaboration: Integration of multidisciplinary teams and active community participation (VHVs/LAOs) are key drivers for proactive outreach.	Personnel Gaps: A shortage of specialized staff who possess a deep understanding of PPA budget administration and guidelines.
Results	High Performance Metrics: Exceptional outcomes in both budget disbursement (99.46%) and service coverage (99.94%).	Policy Instability: Frequent annual policy shifts may disrupt the continuity of proactive health projects within the community.

2. กระบวนการดำเนินงานขับเคลื่อนโครงการงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PPA) ในระดับเขต/พื้นที่ การขับเคลื่อนโครงการ ในปี 2568 ดำเนินการอย่างเป็นระบบภายใต้แนวทางของ สปสช. เพื่อบริหารจัดการสุขภาพเชิงรุก โดยมี 3 ขั้นตอนหลักที่เชื่อมโยงกัน

1) การขับเคลื่อนและการจัดการโครงการอย่างบูรณาการ หน่วยบริการจัดตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจแบบสหวิชาชีพ เพื่อแปลงแผนเป็นกิจกรรมเชิงรุกในชุมชน โดยมี อสม. เป็นกลไกสำคัญ อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนนี้เผชิญกับอุปสรรคจาก ความซับซ้อนของระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างและการเบิกจ่าย ที่สร้างภาระงานเอกสารและขั้นตอนยุ่งยาก

2) การกำกับติดตามและการแก้ไขปัญหาระหว่างดำเนินการ มีการติดตามตัวชี้วัดอย่างสม่ำเสมอ และ สปสช. เขต/สสจ. ทำหน้าที่เฝ้าระวังเชิงรุก เพื่อให้คำปรึกษาและแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะปัญหาด้านระเบียบการเงินที่ซับซ้อน เพื่อให้สามารถปรับแผนงานได้ตามสถานการณ์

3) การบริหารการเงินและบทเรียนจากการเบิกจ่าย หน่วยบริการรวบรวมเอกสารเพื่อขอเบิกจ่ายจาก สปสช. ซึ่งขั้นตอนนี้มักเกิดปัญหาความล่าช้าในการตรวจสอบความถูกต้อง เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ จะมีการสรุปผลและถอดบทเรียน เพื่อประเมินปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคสำหรับการทบทวนเชิงนโยบายในปีถัดไป

จากการขับเคลื่อนดังกล่าว ส่งผลให้โครงการที่ดำเนินการได้ครบถ้วนตามเป้าหมายที่กำหนด 7 โครงการ มีเพียง 1 โครงการที่ส่งผลงานไม่ครบถ้วน คือ การพัฒนาระบบบริการและการจัดการกลุ่มเสี่ยงเบาหวานแนวใหม่ ด้วยรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น โดยเบิกจ่ายได้ร้อยละ 99.46 ประชาชนได้รับบริการครอบคลุมร้อยละ 99.94 ของกลุ่มเป้าหมาย

3. ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จและล้มเหลว

- 1) การสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมของผู้บริหาร การให้ความสำคัญและอำนาจการตัดสินใจแก่ทีมงาน ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนแผนงานให้เข้ากับสถานการณ์ได้
- 2) ความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ การทำงานร่วมกันระหว่างแพทย์พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่การเงิน ช่วยให้การวางแผน การประชาสัมพันธ์ และดำเนินงานสอดคล้องกัน
- 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน โครงการที่เปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ มักประสบความสำเร็จและได้รับการตอบรับที่ดี โดยเฉพาะ อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลกลุ่มเป้าหมายในครอบครัว เป็นต้น
- 4) ความซับซ้อนของระเบียบการเบิกจ่าย กฎระเบียบที่เคร่งครัดและขั้นตอนที่ยุ่งยากในการเบิกจ่าย ทำให้เกิดความล่าช้าและเป็นภาระงานเอกสารแก่เจ้าหน้าที่
- 5) การขาดบุคลากรเฉพาะทาง การขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการบริหารงบประมาณ PPA โดยเฉพาะ ทำให้เกิดข้อผิดพลาดในการดำเนินงาน

4. การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย

4.1 การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบาย

4.1.1 ข้อเสนอเชิงนโยบาย (Policy Synthesis)

1. เร่งแก้ไขข้อจำกัดด้านระเบียบการเงิน ควรกำหนดนโยบายที่เร่ง แก้ไขความซับซ้อนของระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างและการเบิกจ่าย รวมถึงภาระงานเอกสารจำนวนมาก เพื่อให้กลไกทางการเงินเอื้อต่อความคล่องตัวของการดำเนินงานเชิงรุก (PPA) มากกว่าการเน้นการตรวจสอบเพียงอย่างเดียว
2. การสร้างความยั่งยืนของโครงการ ควรพัฒนารูปแบบการวางแผนและการขับเคลื่อนที่มุ่งเน้นให้โครงการสามารถ ผสมเข้ากับระบบบริการปกติได้ในที่สุด เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่เน้นเฉพาะกิจกรรมเฉพาะกิจเท่านั้น

4.1.2 ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ (Operational Synthesis)

1. การพัฒนาบุคลากรเฉพาะทาง ควรพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจเฉพาะทางในการบริหารจัดการงบประมาณ PPA เพื่อลดข้อผิดพลาดในการดำเนินงาน
2. นำรูปแบบที่เน้นการบูรณาการมาเป็นแนวปฏิบัติ ควรนำรูปแบบการวางแผนและการขับเคลื่อนที่เน้น การบูรณาการและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (อสม. และ อบท.) มาเป็นแนวปฏิบัติ (Best Practice) ในการบริหารจัดการโครงการ PPA

4.2 ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการสำหรับการถอดบทเรียนไปใช้ในเขตสุขภาพอื่น

1. ด้านการวางแผน ควรใช้ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ (Area-based) เป็นหลักในการกำหนดโครงการ และมีหลักฐานเชิงข้อมูลยืนยันความจำเป็นและความคุ้มค่า
2. การขับเคลื่อน ควรนำรูปแบบการขับเคลื่อนที่เน้นการบูรณาการทีมสหวิชาชีพ และใช้อสม. เป็นกลไกหลักในการแปลงแผนสู่กิจกรรมเชิงรุกในชุมชน
3. การบริหาร ผู้บริหารควรให้อำนาจตัดสินใจและสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้ทีมงานสามารถปรับเปลี่ยนแผนงานได้อย่างรวดเร็วและยืดหยุ่น

วิจารณ์ (Discussions)

1. การวางแผนและการจัดสรรงบประมาณเชิงกลยุทธ์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ผลการวิจัยพบว่า การจัดสรรงบประมาณ PPA ในเขตสุขภาพที่ 10 ยึดหลักการใช้ข้อมูลปัญหาสุขภาพและความจำเป็นของประชาชนในพื้นที่ เป็นฐาน โดยมีทิศทางการจัดสรรที่มุ่งเน้นไปยังภาระโรคสำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ และโรคเบาหวาน (DM Remission) ซึ่งได้รับงบประมาณสูงเป็นพิเศษในช่วงปี 2567-2568 ซึ่งผลการค้นพบนี้ สอดคล้องกับหลักการบริหารงบประมาณสาธารณสุขยุคใหม่ที่เน้นการจัดสรรตามผลลัพธ์ และ การจัดสรรตามความต้องการที่แท้จริงในพื้นที่ ดังที่งานวิจัยที่ผ่านมาเสนอไว้ว่า การจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสมต้องมีการบูรณาการข้อมูลทางระบาดวิทยาและข้อมูลเชิงปฏิบัติการเพื่อลดความเหลื่อมล้ำและเพิ่มประสิทธิภาพในการลงทุนด้านสุขภาพ¹¹ อย่างไรก็ตาม ความเข้มงวดในการกลั่นกรองที่ส่งผลให้โครงการที่เสนอขอจำนวนมากไม่ได้รับการอนุมัติ อาจชี้ให้เห็นถึงความท้าทายในการสร้างความสมดุลระหว่างความต้องการเชิงพื้นที่กับการควบคุมเชิงกลยุทธ์ ซึ่งงานวิจัยที่ผ่านมาเคยตั้งข้อสังเกตไว้ว่าความเคร่งครัดของเกณฑ์การพิจารณาอาจทำให้ข้อเสนอโครงการที่มาจากชุมชนเป็นฐานถูกปฏิเสธได้¹²

2. กระบวนการดำเนินงาน ประสิทธิภาพเชิงปฏิบัติการและอุปสรรคเชิงระบบผลการวิจัยยืนยันว่า การขับเคลื่อนโครงการในพื้นที่ประสบความสำเร็จสูงในการบรรลุเป้าหมายการให้บริการและการเบิกจ่าย (ร้อยละ 99.94 และ 99.46 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นผลมาจากการสนับสนุนของผู้บริหาร และการบูรณาการทีมสหวิชาชีพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย สอดคล้องด้านปัจจัยความสำเร็จ ที่พบว่า การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการมีส่วนร่วมของชุมชน (อสม./อปท.) เป็นปัจจัยสำคัญในการนำโครงการไปสู่ความสำเร็จนั้น สอดคล้องอย่างยิ่งกับงานวิจัยหลายชิ้นที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสุขภาพและการทำงานในพื้นที่ ซึ่งถือว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็นหัวใจสำคัญ ในการสร้างความเป็นเจ้าของและการยอมรับในชุมชน¹³⁻¹⁵ แม้จะมีความสำเร็จในการส่งมอบบริการ แต่ผลการวิจัยเน้นย้ำถึงปัญหา "ความซับซ้อนของระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างและการเบิกจ่าย" ที่เป็นภาระงานเอกสารและขั้นตอนแรงจูงใจของผู้ปฏิบัติงานโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ระบุว่า ปัญหาด้านกฎระเบียบและการบริหารการเงินที่ยุ่งยากมักเป็นอุปสรรคหลัก ในการดำเนินงานโครงการที่ได้รับงบประมาณนอกระบบปกติ ซึ่งอาจเกิดจากการออกแบบกลไกทางการเงินที่เน้นการตรวจสอบความถูกต้องมากกว่าการอำนวยความสะดวกในการทำงาน¹⁶⁻²⁰

3. ทิศทางการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืนผลการวิจัยชี้ว่า โครงการ PPA มีแนวโน้มที่จะเน้นรูปแบบที่ต้องใช้การบูรณาการและการทำงานเฉพาะกิจ (เช่น โครงการ DM Remission หรือ Buddy Kidney Care) ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายที่ให้แยกกิจกรรมออกจากรางงานประจำ การที่โครงการที่มีความยากต่อการจัดทำในรูปแบบงานประจำ ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายในการสร้างความยั่งยืน สอดคล้องกับข้อเสนอแนะจากการศึกษาที่ผ่านมา²¹ ที่เน้นว่าโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพควรได้รับการออกแบบให้สามารถผนวกเข้ากับระบบบริการปกติได้มากที่สุด เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การที่โครงการ PPA มุ่งเน้นการเป็นกิจกรรมเฉพาะกิจ อาจทำให้เกิดความเสี่ยงที่ผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นในช่วงดำเนินโครงการ แต่จะไม่คงอยู่เมื่อการสนับสนุนสิ้นสุดลง

ข้อยุติ (Conclusions)

การดำเนินงาน PPA ในเขตสุขภาพที่ 10 มีประสิทธิภาพสูงในการบรรลุเป้าหมายบริการและการเบิกจ่าย โดยมีปัจจัยความสำเร็จคือ การวางแผนตามปัญหาพื้นที่ และ กลไกขับเคลื่อนที่เข้มแข็งโดย อสม. และการบูรณาการทีมสหวิชาชีพ แต่ยังคงมีอุปสรรคเชิงระบบที่สำคัญคือ ความซับซ้อนของระเบียบการจัดซื้อจัดจ้างและการเบิกจ่าย ซึ่งสร้างภาระงานแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างมาก ดังนั้น การยกระดับประสิทธิภาพต้องมาพร้อมกับการแก้ไขข้อจำกัดด้านระเบียบการเงินการคลัง ควบคู่ไปกับการเสริมสร้างกลไกการทำงานในพื้นที่เพื่อความยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรมีกฎไกที่สร้างความต่อเนื่องในการสนับสนุนโครงการ PPA ที่ให้ผลลัพธ์อย่างน้อย 3 ปี เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และมีการกำหนดเกณฑ์การถ่ายโอนโครงการที่ประสบความสำเร็จเข้าสู่การดำเนินงานตามปกติอย่างชัดเจน
2. ควรมีการวิจัยเชิงเปรียบเทียบ ระหว่างเขตสุขภาพที่ใช้รูปแบบการบริหารจัดการ PPA ที่แตกต่างกัน เพื่อค้นหากลไกการบริหารจัดการที่เหมาะสมที่สุดในการลดอุปสรรคเชิงระบบ (โดยเฉพาะระเบียบการเงิน)
3. ควรมีการวิจัยเชิงปริมาณเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระงานเอกสารการเบิกจ่ายกับความเครียดและแรงจูงใจในการทำงาน ของบุคลากรในหน่วยบริการ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายในการลดภาระงานที่ไม่จำเป็น

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ผลการศึกษานี้ได้สังเคราะห์ชุดองค์ความรู้และบทเรียนสำคัญเกี่ยวกับการบริหารจัดการงบประมาณสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (PPA) ในบริบทของเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการยกระดับประสิทธิภาพการบริหารจัดการและการใช้จ่ายงบประมาณ PPA ในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความรู้จากหลายส่วน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 10 อุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุน ขอขอบพระคุณผู้รับผิดชอบโครงการ PPA ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นจริง และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานในอนาคต

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Watabe A., Wongwatanakul W., Thamarangsi T., Prakongsai P., Yuasa M. Analysis of health promotion and prevention financing mechanisms in Thailand. **Health Promotion International** 2016; 32(4): 1-9. doi: 10.1093/heapro/daw010
2. Kuhirunyarath P., Jindawong, B. Source of Information and Experience of Participation in Elderly Health Promotion Program Funded by National Health Security Local Fund in Northeastern Part of Thailand. **Indian Journal of Public Health Research & Development** 2020; 11(6): 1426-1430. doi:10.37506/ijphrd.v11i6.10010
3. Shilton T., Barry M. The critical role of health promotion for effective universal health coverage. **Glob Health Promot** 2021; 29. doi: 10.1177/1757975920984217
4. Liwanag H., Wyss K. Optimising decentralisation for the health sector by exploring the synergy of decision space, capacity and accountability: insights from the Philippines. **Health Res Policy Syst** 2019; 17(1): 4. doi: 10.1186/s12961-018-0402-1
5. Herlitz L., Macintyre H., Osborn T., Bonell C. The sustainability of public health interventions in schools: a systematic review. **Implementation Science: IS** 2020; 15(4): 1-28. doi:10.1186/s13012-019-0961-8.

6. Jensen U., Kjeldsen A., Vestergaard C. How is public service motivation affected by regulatory policy changes?. **International Public Management Journal** 2020; 23(4): 465-495. doi: 10.1080/10967494.2019.1642268
7. Liao G., Wang J., Xue J. Relative performance evaluation and investment efficiency. **Pacific-Basin Finance Journal** 2024;83: 102261. doi: 10.1016/j.pacfin.2024.102261.
8. Roberton T., Sawadogo-Lewis T. Building coherent monitoring and evaluation plans with the Evaluation Planning Tool for global health. **Glob Health Action** 2022; 15(1): 2067396 doi: 10.1080/16549716.2022.2067396.
9. Mukamwiza R., De Dieu Hakizimana K. The Role Of Monitoring And Evaluation On Effective Project Implementation. **International Journal of Scientific and Research Publications** 2021; 11(7): 298-305 doi: 10.29322/ijsrp.11.07.2021.p11537.
10. Cabarcas J., Ríos C., Gómez R. Learned Lessons Management Model for Project Administration. **Migration Letters** 2023; 20(5): 1293-1303 doi: 10.59670/ml.v20i5.5347.
11. McGuire F., Revill P., Twea P., Mohan S., Manthalu G., Smith P. Allocating resources to support universal health coverage: development of a geographical funding formula in Malawi. **BMJ Global Health** 2020; 5(9): e002763. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002763.
12. Sáenz-Royo C., Lozano-Rojó Á. Authoritarianism versus participation in innovation decisions. **Technovation** 2023; 124: 102741 doi: 10.1016/j.technovation.2023.102741.
13. Lund L., Thomsen H., Andersen C., Overgaard C. Promoting ownership in local community health promotion interventions. **The European Journal of Public Health** 2024; 34(3): ckae144.1269. doi: 10.1093/eurpub/ckae144.1269.
14. Robert R., Feijoo B. Beneficiary and Local Stakeholder Participation in Community-Based Nutrition Interventions. **Curr Dev Nutr** 2022; 6(9): nzac131. doi: 10.1093/cdn/nzac131. eCollection
15. Kobashi Y., Goto A., Chi C. The role of stakeholder structure in fostering community ownership: A case study of community-based projects. **Int J Health Plann Manage** 2023; 39(2): 593-601 doi: 10.1002/hpm.3750.
16. Rohovyi A., Zabashtanska T., Piven Y. Financial aspects of implementation of public-private partnership projects. **Problems and prospects of economics and management** 2025; 1(41): 313-322 doi: 10.25140/2411-5215-2025-1(41)-313-322.
17. Amayo E., Owulade O., Isi L. Risk Management and Compliance in Healthcare Project Delivery: Lessons From West Africa. **Engineering and Technology Journal** 2025; 10(3): 4242-4255 doi: 10.47191/etj/v10i03.33.
18. Ahmed S., Begum T., Smith O. **Diagnostic Study of Public Financial Management: To Strengthen Health Financing and Service Delivery in Bangladesh**. Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development; 2019. doi: 10.1596/31768.

19. Moradi T., Kabir M., Poursaghari H., Ehsanzadeh S., Aryankhesal A. Challenges of Budgeting and Public Financial Management in Iran's Health System: A Qualitative Study. **Med J Islam Repub Iran** 2023; 37: 80. doi: 10.47176/mjiri.37.80.
20. Ravishankar N., Mathauer I., Barroy H., Vilcu I., Chaitkin M., Offosse M., et al. Reconciling devolution with health financing and public financial management: challenges and policy options for the health sector. **BMJ Global Health** 2024; 9(5): e015216. doi: 10.1136/bmjgh-2024-015216.
21. Bodkin A., Hakimi S. Sustainable by design: a systematic review of factors for health promotion program sustainability. **BMC Public Health** 2020; 20(1): 964. doi: 10.1186/s12889-020-09091-9.