



## บทที่ 9

# การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

### 1 การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการเมื่อ พ.ศ. 2543 เมื่อรัฐบาลออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติและให้ข้อเสนอแนะต่อการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยมีสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ซึ่งเป็นองค์กรเฉพาะกิจตั้งขึ้นภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นองค์กรเลขานุการ

การจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ ใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม เพื่อชวนคนไทยทั่วประเทศเข้าร่วมคิด ร่วมเสนอแนะ ร่วมยกย่อง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยถือโอกาสใช้กระบวนการจัดทำ พ.ร.บ.ฉบับนี้เป็นเครื่องมือการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมไทยไปพร้อมๆ กัน

#### 1.1 ความเป็นมาของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

กว่า 30 ปีที่ผ่านมาความพยายามของผู้นำทางด้านสาธารณสุขกลุ่มหนึ่งทั้งที่อยู่ในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำข้อเสนอเพื่อการวางแผนการสาธารณสุขของประเทศในทิศทางที่มุ่งชุมชน มีการจัดทำข้อเสนอเพื่อการปฏิรูปแพทยศาสตร์ศึกษาที่ใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางแทนการใช้โรงพยาบาลใหญ่เป็นศูนย์กลาง เข้าลักษณะเสนอให้ทำในสิ่งที่แทบจะเป็นไปไม่ได้ มีความพยายามเสนอให้ตั้งสภาสาธารณสุขแห่งชาติขึ้นมาทำหน้าที่เป็นกลไกทำนโยบายด้านสาธารณสุขของชาติ ในรูปที่มีส่วนร่วมจากหลาย ๆ ฝ่าย ด้วยเล็งเห็นว่า เรื่องสุขภาพอนามัยมีผู้คนเกี่ยวข้องมากมายทั้งในส่วนราชการต่าง ๆ และในส่วนของประชาชนเอง

ในยุคต่อมาเกิดนโยบายมุ่งกระจายบริการสาธารณสุขออกสู่ชนบทระดับอำเภอและตำบลทั่วประเทศ โดยมีนโยบายจัดตั้งโรงพยาบาลอำเภอทั่วประเทศ และสถานีอนามัยตำบลทั่วประเทศขึ้น พร้อมๆ กั้บมีการรับแนวทาง “การสาธารณสุขมูลฐาน” เข้ามาใช้เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในเรื่องสุขภาพ ควบคู่ไปด้วย ซึ่งเป็นการปฏิรูปการบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นชนบทอย่างชัดเจน

พ.ศ. 2535 มีการออกพระราชบัญญัติสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในสมัยที่นายอานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรี เพื่อให้เป็นหน่วยงานของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการ ในกำกับของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่สนับสนุนให้เกิดการสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบสาธารณสุข (สมัยนั้นยังนิยมใช้คำว่าระบบสาธารณสุขมากกว่าระบบสุขภาพ) เพื่อรองรับการปรับเปลี่ยนในอนาคต ซึ่งองค์ความรู้ที่เกิดจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีความสำคัญต่อการปฏิรูประบบสุขภาพในเวลาต่อมา





ในการประชุมวิชาการของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2539 (วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2539) ในหัวข้อว่า “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนา” เป็นการเตรียมการไปสู่การปฏิรูประบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้เขียนหนังสือขึ้นมาเล่มหนึ่ง ใช้ชื่อว่า “การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ”

นายแพทย์ประเวศ วะสี เขียนบทนำไว้ว่า

“สุขภาพ ในความหมายว่า ความสุขสมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม เป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดของการดำรงชีวิตและการพัฒนา ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพเรียกว่า ระบบสุขภาพ (Health System)

ระบบสุขภาพนี้รวมทั้งองค์ประกอบที่อยู่นอก “วงการสาธารณสุข” ด้วย เช่น สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเมือง ระบบบริการสุขภาพ (Health Care System) เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ

ระบบสุขภาพของประเทศใดประเทศหนึ่ง หรือแม้แต่เขตใดเขตหนึ่ง หรือเรื่องใดเรื่องหนึ่งมีความจำเพาะสำหรับประเทศนั้นหรือเขตนั้น หรือเรื่องนั้น เพราะขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น วัฒนธรรม ระบบราชการ ระบบสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ซึ่งมีความจำเพาะ ฉะนั้นจะไปอาศัยความรู้เรื่องระบบสุขภาพจากที่อื่นเอามาใช้เลยหาได้ไม่ แต่ต้องวิจัยระบบสุขภาพ (Health System Research) ของตัวเอง เพื่อให้เข้าใจสถานะการทำงาน และทิศทางของระบบที่เคลื่อนไหวไป จึงจะสามารถปรับปรุงระบบเพื่อสุขภาพได้

ในท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การปฏิรูประบบสุขภาพ (Health System Reform) มีความจำเป็น ถ้าปราศจากการปฏิรูประบบเก่า ๆ จะตกเป็นเบี้ยล่าง ถูกกระทำจากสถานการณ์ใหม่และปัญหาใหม่ อันจะมีผลกระทบต่อสุขภาพเศรษฐกิจ สังคม อย่างรุนแรง ฉะนั้น ขณะนี้การปฏิรูประบบสุขภาพกำลังเป็นกระแสใหญ่ทั่วโลก

ในการปฏิรูประบบสุขภาพ จำเป็นต้องมีความคิดเชิงระบบ (System Thinking)

หรือต้องคิดใหญ่ให้ครบทั้งระบบ ถ้าคิดเล็กคือคิดเป็นส่วนๆ หรือคิดเฉพาะส่วน หรือคิดเฉพาะส่วนที่ตนสนใจเท่านั้น ย่อมไม่สามารถก่อให้เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพ น้อยกว่าจะย่ำไว้เป็นพิเศษ เพราะเราค้นเคยกับการคิดเป็นส่วนๆ หรือคิดเล็ก คนที่อยู่ในฐานะจะคิดใหญ่ได้แล้วก็ยังคิดเล็กอยู่ จำเป็นที่คนที่มีความรู้ความสามารถจะต้องรวมตัวกันคิดใหญ่ คือคิดทั้งระบบ เพื่อให้มีการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพของประชาชนทั้งหมด”

นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้กล่าวถึงความจำเป็นในการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ โดยแนะนำให้ใช้ความรู้ผนวกเข้ากับการจัดการให้เกิดการเคลื่อนไหวของสังคมทั้งสังคม พร้อมกันนั้นก็เสนอพรรค 8 สำหรับการปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพไว้คือ

1. สร้างระบบผู้มีส่วนร่วมในการปฏิรูป
2. การวิจัยแนวโน้มใหญ่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
3. การวิจัยเพื่อสร้างคุณค่าของสุขภาพและเครื่องชี้วัดสุขภาพของสังคม
4. การวิจัยเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนสุขภาพเชิงวัฒนธรรม
5. การวิจัยประเมินผลระบบบริการสาธารณสุข
6. การปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข
7. การส่งเสริมประชาคมสุขภาพ
8. การวิจัยเพื่อยกร่างกฎหมายสาธารณสุขแห่งชาติหรือ พ.ร.บ.ปฏิรูประบบสุขภาพ



คำว่า **“ระบบสุขภาพ”** เริ่มมีความหมายชัดเจนขึ้น ว่าเป็นระบบที่กว้างกว่าเรื่องการแพทย์และการสาธารณสุข กว้างกว่าเรื่องระบบบริการสาธารณสุข และเริ่มมองเห็นแนวทางการขับเคลื่อนเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพชัดเจนขึ้นตามลำดับ

ในส่วนของความพยายามที่จะปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพที่มีปัญหาต่าง ๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของปัญหาการกระจายบริการ ปัญหาการกระจายบุคลากร ปัญหาคุณภาพบริการ ปัญหาเรื่องความไม่เป็นธรรม ปัญหาการเงินการคลัง และปัญหาเชิงจริยธรรม แม้ว่ารัฐบาลทุกชุดได้พยายามแก้ปัญหาและพัฒนาาระบบบริการสาธารณสุข มาโดยตลอดก็ตาม ทางกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Care Reform Project) ขึ้นเมื่อ พ.ศ. 2539 เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับประชาคมยุโรป (EU.) มีนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นแกนนำคนสำคัญ ทำหน้าที่สร้างความรู้ พัฒนาบุคลากร ทดลองรูปแบบระบบบริการและผลักดันการปฏิรูปเชิงนโยบาย ผลงานของโครงการนี้ที่สำคัญที่สุดคือ การผลักดันให้รัฐบาลชุดนายทักซิณ ชินวัตร ทำการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขด้วยโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) เมื่อ พ.ศ. 2544 ซึ่งตามมาด้วยการจัดทำ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผลสำเร็จใน พ.ศ. 2545 โครงการนี้มีการทำงานอย่างใกล้ชิดร่วมกับเครือข่ายประชาชนเพื่อองค์กรสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่มีการเคลื่อนไหวหารายชื่อประชาชนจำนวน 5 หมื่นคนมาสนับสนุนการเสนอ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในช่วง พ.ศ. 2544

พ.ศ. 2540 ประเทศไทยได้รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ พร้อม ๆ กับเป็นเวลาที่ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจอย่างรุนแรง รัฐธรรมนูญฉบับใหม่ได้เปิดศักราช “ประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม” ควบคู่ไปกับ “ประชาธิปไตยแบบตัวแทน” ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2540 คณะกรรมการการสาธารณสุข วุฒิสภา ชุดที่ 7 (ชุดสุดท้ายก่อนใช้รัฐธรรมนูญใหม่) ได้ตั้งคณะทำงานขึ้นมาชุดหนึ่งเพื่อจัดทำ **“รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ”** เพื่อเป็นข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มี ศ.นพ.ประสพ รัตนากร เป็นประธาน ศ.นพ.เกษม วัฒนชัย เป็นรองประธาน และมีนายแพทย์สุภกร บัวสาย เป็นเลขานุการ

ผลงานวิชาการชิ้นนี้ได้นำเสนอสาระสำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติที่ควรจะเป็นไว้ค่อนข้างครบถ้วน โดยแบ่งสาระสำคัญเป็น 8 หมวด คือ (1) ความมุ่งหมาย เจตนารมณ์ และหลักการสำคัญ (2) สิทธิ หน้าที่ ความเสมอภาคและหลักประกันความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน (3) การสร้างสุขภาพและการควบคุมโรค (4) ระบบบริการ (5) ทรัพยากรและการลงทุนในระบบสุขภาพ (6) กลไกการตรวจสอบคุณภาพ/คุ้มครองสุขภาพ (7) การบริหารจัดการข้อมูลและความรู้เพื่อสุขภาพ (8) บทบาทรัฐและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น โดยในแต่ละหมวดได้เสนอหลักการ ความมุ่งหมาย คุณลักษณะที่พึงประสงค์และความหมายต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ พร้อมเสนอตัวอย่างรูปธรรม ตลอดจนข้อเสนอการออกกฎหมายสำหรับอนาคตด้วย ซึ่งสาระสำคัญบางส่วนของรายงานฉบับนี้ได้นำมาสู่การยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติในเวลาต่อมา และส่วนหนึ่งกลายเป็นที่มาของสโลแกนที่ว่า **“สร้างนำซ่อม”** ซึ่งใช้กันอย่างกว้างขวางในเวลาถัดมาด้วย

กรกฎาคม พ.ศ. 2543 มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ โดยระบุเหตุผลความจำเป็นไว้ว่า **“โดยที่ระบบสุขภาพแห่งชาติในปัจจุบัน ยังไม่สามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีพอ ปัญหาโรคและภัยอันตรายหลายประการยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพยังขาดประสิทธิภาพ ไม่ทั่วถึง และไม่เป็นที่มาของเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย”**

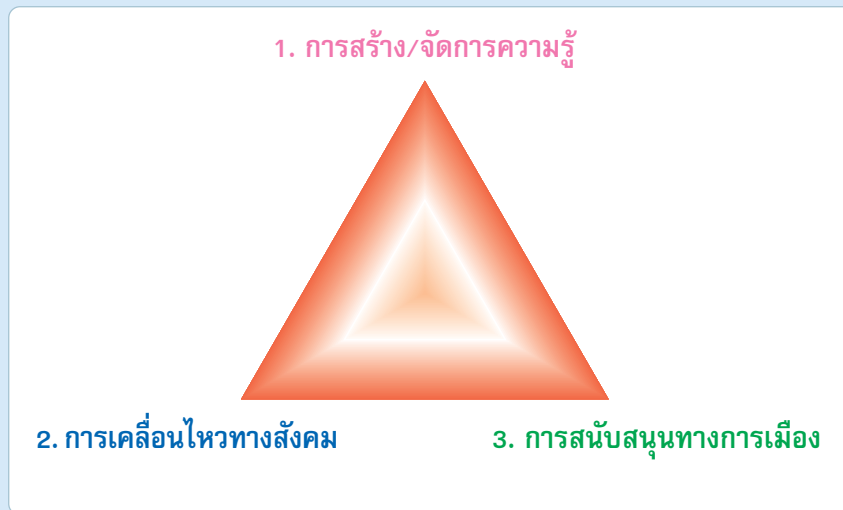




## 1.2 ยุทธศาสตร์และความคืบหน้าของการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ใช้ยุทธศาสตร์ “สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา” ที่เน้นการเชื่อมโยงการสร้าง/จัดการองค์ความรู้ การเคลื่อนไหวทางสังคม และการสนับสนุนทางการเมืองเข้าด้วยกัน ดังภาพที่ 9.1

ภาพที่ 9.1 ยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา



ที่มา : ประเวศ วะสี, 2545

### 1) การสร้าง/จัดการความรู้หรือการทำงานวิชาการ

การสร้าง/จัดการความรู้หรือการทำงานทางวิชาการ ก่อให้เกิดพลังปัญญาที่เป็นฐานการปฏิรูประบบสุขภาพที่จะช่วยประสานความเข้าใจระหว่างกลุ่มการเมืองและประชาสังคม จนสามารถสร้างเจตนาธรรมร่วมที่ชัดเจนในการปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นเสมือนเครื่องช่วยนำทางให้สังคมพ้นจากมัจฉาที่ลึ อ้นอาจครอบงำกลุ่มที่มีผลประโยชน์ได้เสียอยู่ในระบบสุขภาพ และช่วยให้เกิดการรวบรวมประสบการณ์และความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและต่างประเทศมาเสนอให้ผู้เข้าร่วมการปฏิรูประบบสุขภาพใช้เป็นแนวทางประกอบในการตัดสินใจได้อย่างเป็นวิทยาศาสตร์และไร้อคติ การฝึกกำลังของนักวิชาการจากหลากหลายสาขาเข้ามาช่วยวิเคราะห์ข้อมูลทางวิชาการ เพื่อย่อยข้อมูลเหล่านี้แล้วนำเสนอต่อสาธารณชน ให้เข้าใจและเรียนรู้ รวมทั้งทำการสังเคราะห์ความรู้ในการปฏิรูประบบสุขภาพร่วมกับกลุ่มการเมืองและกลุ่มประชาสังคม จะช่วยผลักดันให้เส้นทางสู่การปฏิรูปกระจ่างชัดขึ้น (วิฑูร พูลเจริญ, 2544)

### 2) การเคลื่อนไหวทางสังคม

การเคลื่อนไหวทางสังคม เป็นตัวสร้างพลังประชาสังคม เป็นพลังพลเมืองที่เริ่มมีความเข้มแข็งและเข้ามามีส่วนในการริเริ่มผลักดันให้เกิดปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองทั้งในระดับท้องถิ่น และระดับชาติอย่างกว้างขวางขึ้น การปฏิรูประบบการเมืองจนก่อเกิดเป็นรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 เป็นผลจากพลังประชาสังคมที่รวมตัวอย่างเป็นระบบ ทำให้เกิดรัฐธรรมนูญที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการเพิ่มและขยายศักยภาพของประชาสังคมให้แข็งแกร่งยิ่งขึ้น กลุ่มประชาคมประกอบด้วยกลุ่มผู้สนใจ กลุ่มผลประโยชน์ และองค์กรวิชาชีพ ตลอดจนกลุ่มที่รวมตัวกันโดยมีจุดมุ่งหมายในผลประโยชน์สาธารณะ ต่างก็พัฒนาประสบการณ์และเริ่มขยายเครือข่าย



เชื่อมโยงเป็นแนวร่วมในประเด็นปัญหาเดียวกันหรือใกล้เคียงกันได้ดีขึ้น พลังประชาสังคมจึงสามารถสะท้อนปัญหาและความต้องการทางด้านสุขภาพได้อย่างคมชัดขึ้น (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

### 3) การสนับสนุนทางการเมือง

การสนับสนุนทางการเมือง คือพลังการเมือง เป็นพลังในระบบประชาธิปไตยที่มีตัวแทนของปวงชนชาวไทยเข้ามาทำหน้าที่นิติบัญญัติและบริหารกลไก โดยมีข้าราชการเป็นผู้บริหารจัดการให้เป็นไปตามนโยบาย พลังทางการเมืองเป็นพลังสำคัญในการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทางนโยบาย งบประมาณ และกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้ตอบสนองต่อเจตนารมณ์ในการปฏิรูประบบสุขภาพ ในสภาพการกระจายอำนาจทางการเมืองในปัจจุบัน กลไกการเมืองท้องถิ่นกำลังพัฒนาองค์กรขึ้นมาเป็นพลังทางการเมือง แยกย่อยรับผิดชอบภาระเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพในแต่ละท้องถิ่น เป็นกลุ่มพลังที่กำลังได้รับความสนใจจากทุกภาคส่วน เพราะแม้จะยังเป็นสื่อใหม่ที่เริ่มเข้ามารับบทบาทในการปกครองบริหารระบบสุขภาพในพื้นที่ชุมชนก็ตาม แต่หากช่วยกันสร้างสรรค์ศักยภาพและแสวงหาความชัดเจนในรูปแบบและบทบาทในการจรรโลงระบบสุขภาพของแต่ละท้องถิ่นได้จริง ก็จะเป็นฐานพลังหลักสำหรับการปฏิรูประบบสุขภาพได้เป็นอย่างดี (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

รัฐบาลที่จัดตั้งใหม่ใน พ.ศ. 2549 ได้แถลงนโยบายทางด้านสังคมเอาไว้ว่า “ รัฐบาลมุ่งมั่นที่จะสร้างสังคมเข้มแข็งที่คนในชาติอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันอย่างสมานฉันท์บนพื้นฐานของคุณธรรม ” และได้กำหนดนโยบายในด้านสาธารณสุขและสุขภาพในข้อ 3.4 ดังนี้ “ พัฒนาสุขภาพของประชาชนให้ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิต สังคมและปัญญา โดยการปฏิรูประบบสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เน้นการมีส่วนร่วม และพัฒนาระบบบริการสุขภาพทั้งยามปกติและฉุกเฉินที่สมดุลทั้งการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค การบริการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพ ทั้งถึง และเป็นธรรม และจะเสนอให้มีการออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ”

พลังสามประสานตามยุทธศาสตร์สามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา เป็นการสร้างความร่วมมือให้เกิดการสานต่อพลังจนเกิดการรวมพลัง (Synergy) เป็นแนวทางหลักสำหรับการเกิดการเคลื่อนไหวกระบวนทัศน์ (Paradigm shift) ที่จะนำไปสู่การเป็นแนวร่วมในการออกแบบองค์กร ความสัมพันธ์ขององค์กรและเครือข่ายภายใต้ระบบสุขภาพให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนภายใต้เงื่อนไขของระบบสังคมและเศรษฐกิจในยุคโลกาภิวัตน์ ตลอดจนสอดคล้องกับวิวัฒนาการอย่างรวดเร็วของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

### 1.3 ความคืบหน้าของกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สรุปได้ดังนี้

#### พ.ศ. 2543

- ม.ค. 43 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตั้งสำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นเป็นสำนักงานชั่วคราว
- ม.ค.-ก.ค. 43 สังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบย่อยต่าง ๆ ของระบบสุขภาพ ที่มีการสร้างความรู้อย่างต่อเนื่องมาเกือบ 10 ปี โดยมีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเป็นองค์กรแกนหลัก
- มี.ค. 43 กรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา เสนอรายงานเรื่อง “รายงานระบบสุขภาพประชาชาติ ข้อเสนอตาม รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540” รายงานฉบับนี้อาศัยองค์ความรู้ที่สั่งสมมาโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขเช่นเดียวกัน





- ก.ค. 43 ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ตั้ง คปรส. และ สปรส. เพื่อดำเนินงานภายในเวลาไม่เกิน 3 ปี
- ส.ค. 43 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขจัดประชุมใหญ่เรื่อง “ภูมิปัญญาประชาคม สุขภาพ ประชาชาติไทย” ประชาสังคม 12 เครือข่ายนำเสนอมุมมองและข้อคิดเห็นต่อระบบสุขภาพในแง่มุมมองต่าง ๆ (1,500 คน)
- พ.ย.-ธ.ค.43 จัดทำกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเผยแพร่รับฟังความคิดเห็นจากทุกฝ่ายในสังคม

#### พ.ศ. 2544

- ม.ค.-ส.ค.44 จัดเวทีสาธารณะโดยเครือข่ายภาคประชาชน รับฟังความคิดเห็นต่อกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ กว่า 100 เวทีทั่วประเทศ
- 1-5 ก.ย. 44 มีงาน “ตลาดนัดสุขภาพ” เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการสร้างสุขภาพ มีผู้เข้าร่วมงานประมาณ 150,000 คน มีการจัดเวทีเสวนาสัมชชาสุขภาพแห่งชาติ รับฟังความคิดเห็นต่อกรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ มีผู้เข้าร่วมจาก 1,599 ภาควิ ประมาณ 5,000 คน
- ต.ค.-ธ.ค.44 สังเคราะห์ข้อเสนอแนะ จัดทำเป็นร่างสาระสำคัญของที่ควรบรรจุใน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ

#### พ.ศ. 2545

- ก.พ.-เม.ย. 45 มีเวทีสาธารณะจัดโดยเครือข่ายภาคประชาชน ทั้งระดับอำเภอและจังหวัดประมาณ 500 เวที รับฟังความคิดเห็นต่อร่างสาระสำคัญมีผู้เข้าร่วมเวทีรวมประมาณ 40,000 คน
- เม.ย.-พ.ค.45 สังเคราะห์สาระสำคัญและข้อคิดเห็นต่าง ๆ จัดทำเป็น “ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ....”
- มิ.ย.-ก.ค.45 นำร่างพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ไปรับฟังความคิดเห็นในเวทีสมัชชาสุขภาพจังหวัด ทุกจังหวัด และเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นต่างๆ ที่ผู้เข้าร่วมเวทีและให้ความเห็นผ่านช่องทางสาธารณะอื่นๆ รวมกว่า 100,000 คน
- 8-9 ส.ค. 45 รับฟังความคิดเห็นต่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ในเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มีผู้เข้าร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคมกว่า 3,000 ภาควิ รวมประมาณ 4,000 คน นายกรัฐมนตรีมาร่วมแสดงปาฐกถาพิเศษและรับเป็นเจ้าภาพผลักดัน พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้เป็นผลสำเร็จ
- ก.ย.-ต.ค.45 ปรับปรุงร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... รอบสุดท้าย ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) เสนอต่อรัฐบาลเพื่อดำเนินการผลักดันเป็นกฎหมาย
- 1-7 พ.ย. 45 มี “การรณรงค์ร่วมพลังสร้างสุขภาพตามรอยพระยุคลบาท” ประชาคมทุกภาคส่วน ร่วมจัดกิจกรรมวิ่งและปั่นจักรยานรณรงค์ 5 สาย พร้อมกันทั่วประเทศ มีการรวบรวมรายชื่อคนไทยที่สนับสนุนการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้จำนวน 4,717,119 รายชื่อ ส่งมอบให้ประธานรัฐสภาเพื่อเป็นการแสดงเจตนารมณ์ของประชาชน



- ๓.ค. 45 ร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เข้าสู่การพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสนอ ครม.

#### พ.ศ. 2546

- ม.ค. 46 คณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสนอ ครม. ชุดที่มีนายจาตุรนต์ ฉายแสง เป็นประธาน ให้ความเห็นชอบหลักการของร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ แล้วส่งต่อให้คณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสนอ ครม. ชุดที่มีนายวิษณุ เครืองาม เป็นประธาน พิจารณาอีกชั้นหนึ่งตามมติ ครม.เมื่อ 21 ม.ค. 46
- ก.พ.-ก.ค.46 มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ 4 ภาค เพื่อทดลองและพัฒนาไกด์ตามร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ
- มิ.ย. 46 ครม. เห็นชอบให้ต่ออายุการทำงานของ คปรส. และ สปรส. ออกไปอีก ไม่เกิน 2 ปี (ไม่เกิน 8 ส.ค. 48) เพื่อดูแลการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติให้แล้วเสร็จ
- ส.ค. 46 มีเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2546 พิจารณานโยบายสาธารณะ 6 ประเด็น พร้อมกับจัดกิจกรรมร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างสุขภาพในมิติต่าง ๆ ผู้เข้าร่วมเวทีประมาณ 3,000 คน

#### พ.ศ. 2547

- ม.ค.-ก.พ.47 เครือข่ายประชาคมที่มีส่วนช่วยกันยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ มาตั้งแต่ต้น รวมตัวกันจัดตั้ง “เครือข่ายส่งเสริมกระบวนการเสนอกฎหมายภาคประชาชน” (สกช.) เพื่อศึกษาช่องทางเสนอกฎหมายโดยภาคประชาชน ตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ด้วยพิจารณาเห็นว่าร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ที่รัฐบาลรับเป็นเจ้าภาพไปติดค้างอยู่ที่รัฐบาลเป็นเวลานาน จนไม่มีที่ท่าว่าจะผ่านขั้นตอนบริหารได้เมื่อใด
- ก.พ.-มี.ค.47 สกช. รวบรวมรายชื่อประชาชนเสนอร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ โดยตั้งเป้าหมาย 150,000 รายชื่อ มีสถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนาเป็นองค์กรแกนประสานงานหลัก
- 27 พ.ค. 47 สกช. ยื่นรายชื่อประชาชน 120,000 รายชื่อ เสนอร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ต่อประธานรัฐสภา
- ก.พ.-ส.ค.47 มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นทั่วประเทศจำนวน 173 เวที มีผู้เข้าร่วมเวทีประมาณ 32,600 คน พิจารณานโยบายสาธารณะรวม 5 ประเด็น
- ก.ค. 47 คณะกรรมการกฤษฎีกาเรื่องเสนอ ครม. ที่มีนายวิษณุ เครืองาม เป็นประธาน ให้ความเห็นชอบต่อร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ หลังจากค้างอยู่ที่รัฐบาลประมาณ 1 ปีครึ่ง
- ส.ค. 47 ครม. มีมติเห็นชอบหลักการของร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตั้งคณะกรรมการชุดพิเศษขึ้นมาพิจารณาให้แล้วเสร็จโดยเร็วเพื่อส่งเข้าสู่ขั้นตอนนิติบัญญัติ
- ก.ย. 47 มีเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2547 ประเด็นหลักกว่าด้วยเกษตรและอาหารเพื่อสุขภาพ มีการพิจารณาประเด็นย่อยอีก 10 ประเด็น มีผู้เข้าร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะจากภาคส่วนต่างๆ ประมาณ 3,500 คน



### พ.ศ. 2548

- มี.ค.-มิ.ย. 48 มีการจัดเวทีสมัชชาสุภาพระดับพื้นที่และสมัชชาสุภาพเฉพาะประเด็น รวม 64 เวที มีผู้เข้าร่วมเวทีรวมประมาณ 8,000 คน พิจารณานโยบายสาธารณะ 8 กลุ่มเรื่อง
- เม.ย. 48 ร่าง พ.ร.บ.สุภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ที่ภาคประชาชนเข้าชื่อกันเสนอ (ผ่านการตรวจสอบรายชื่อถูกต้อง 95,410 รายชื่อ) ได้รับการบรรจุวาระการพิจารณาของสภาผู้แทนราษฎร
- 7-8 ก.ค.48 มีเวทีสมัชชาสุภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2548 พิจารณาประเด็นหลักว่าด้วยความอยู่เย็นเป็นสุข และประเด็นย่อยอีก 12 ประเด็น มีผู้เข้าร่วมเวทีประมาณ 3,800 คน
- ก.ค. 48 ร่าง พ.ร.บ.สุภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ฉบับที่รัฐบาลรับเป็นเจ้าภาพ ผ่านการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขโดยคณะกรรมการชุดพิเศษ ของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ต่อมา คปรส. และกระทรวงสาธารณสุขยืนยันให้ความเห็นชอบร่าง พ.ร.บ.ฯ ตามที่มีการปรับปรุงแก้ไข
- 23 ส.ค. 48 ครม.เห็นชอบร่าง พ.ร.บ.สุภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ที่ปรับปรุงโดยสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ส่งต่อให้คณะกรรมการประสานงานสภาผู้แทนราษฎร พิจารณาเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎร
- 30 พ.ย. 48 นายกรัฐมนตรีลงนามส่งร่าง พ.ร.บ.สุภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... ให้ประธานสภาผู้แทนราษฎรพิจารณาดำเนินการเป็นเรื่องด่วน
- 14 ธ.ค. 48 สภาผู้แทนราษฎรพิจารณาร่าง พ.ร.บ.สุภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... วาระ 1 มีมติเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ด้วยคะแนน 277 คะแนน ไม่ออกเสียง 3 เสียง โดยให้ใช้ร่างฉบับที่รัฐบาลเสนอเป็นหลัก พร้อมตั้งคณะกรรมการวิสามัญ จำนวน 47 คน ขึ้นมาพิจารณา

### พ.ศ. 2549

- ก.พ.49 มีการยุบสภา ทำให้ ร่าง พ.ร.บ.สุภาพแห่งชาติ ฉบับที่เสนอโดยรัฐบาล ภาคประชาชน และพรรคการเมือง 5 ฉบับ ต้องรอการพิจารณาของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรชุดใหม่
- 19 ก.ย. 49 มีการปฏิรูปการปกครองและประกาศยุติการใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ทำให้ ร่าง พ.ร.บ.สุภาพแห่งชาติต้องตกไป
- 3 พ.ย. 49 รัฐบาลใหม่โดยพลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์ นายกรัฐมนตรีได้แถลงนโยบายต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ นโยบายข้อ 3.4 กำหนดให้มีการปฏิรูประบบสุภาพแห่งชาติ
- 7 พ.ย. 49 คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบ ร่าง พ.ร.บ.สุภาพแห่งชาติ และส่งให้สภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณา
- 22 พ.ย. 49 สภานิติบัญญัติแห่งชาติมีมติในวาระที่ 1 (รับหลักการ) ด้วยคะแนนเห็นด้วย 118 เสียง ไม่เห็นด้วย 5 เสียง ไม่ออกเสียง 1 เสียง และตั้งกรรมาธิการวิสามัญพิจารณาร่าง พ.ร.บ.สุภาพฯ จำนวน 33 คน

### พ.ศ.2550

- 4 ม.ค. 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติพิจารณาวาระที่ 2 และมีมติในวาระที่ 3 ให้ประกาศใช้





พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติเป็นกฎหมายด้วยคะแนนเห็นด้วย 154 เสียง ไม่เห็นด้วย 9 เสียง ไม่ออกเสียง 2 เสียง

- 19 มี.ค. 2550 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16ก มีผลบังคับตั้งแต่วันที่ 20 มีนาคม 2550

#### 1.4 พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ : เครื่องมือหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพ

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ถูกคาดหวังให้เป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพ ในขณะที่กระบวนการจัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ถูกคาดหวังให้เป็นเครื่องมือที่คนไทยทุกภาคส่วนจะได้เข้ามามีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อการปรับความคิดเรื่องสุขภาพจากสุขภาพที่ว่าด้วยโรค (Disease Oriented) ไปสู่กรอบความคิดของสุขภาพที่ว่าด้วยสุขภาวะ (Well Being Oriented)

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติฉบับนี้ ถูกออกแบบและจัดทำขึ้นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1) ขยายขอบเขตความหมายของสุขภาพออกไปกว้างกว่าเรื่องการแพทย์และสาธารณสุขโดยให้หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา ที่เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล เพื่อนำไปสู่เป้าหมายการเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนในสังคมเข้าร่วมกันดำเนินงานสร้างสุขภาพ และร่วมกันดูแลแก้ไขปัญหาสุขภาพ และปัจจัยที่กระทบต่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง

2) กำหนดสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพที่สำคัญๆ ที่ยังมีได้กำหนดไว้ในกฎหมายอื่น เช่น สิทธิการอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ สิทธิการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่เพียงพอ เพื่อตัดสินใจในการรับหรือปฏิเสธการบริการสาธารณสุข สิทธิการปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่จะเป็นไปเพียงเพื่อการยึดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น

3) กำหนดให้มีกลไกคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน โดยกรรมการมาจากทั้งภาคราชการ นักวิชาการ วิชาชีพด้านสาธารณสุข และภาคประชาชน ทำหน้าที่เสนอแนะและให้คำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีเกี่ยวกับนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ คณะกรรมการชุดนี้จะเป็นกลไกระดับชาติที่จะสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมให้เข้ามาดูแลและขับเคลื่อนระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพและร่วมกันผลักดันนโยบายเหล่านั้นให้เป็นผลสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม

4) กำหนดให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ และสนับสนุนการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ และสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นกระบวนการที่ให้ทุกฝ่ายในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในการดำเนินงานสร้างสุขภาพเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่หลากหลาย โดยไม่ต้องรอคอยรับบริการหรือรอความช่วยเหลือจากรัฐและจากวิชาชีพด้านสาธารณสุขแต่เพียงอย่างเดียว

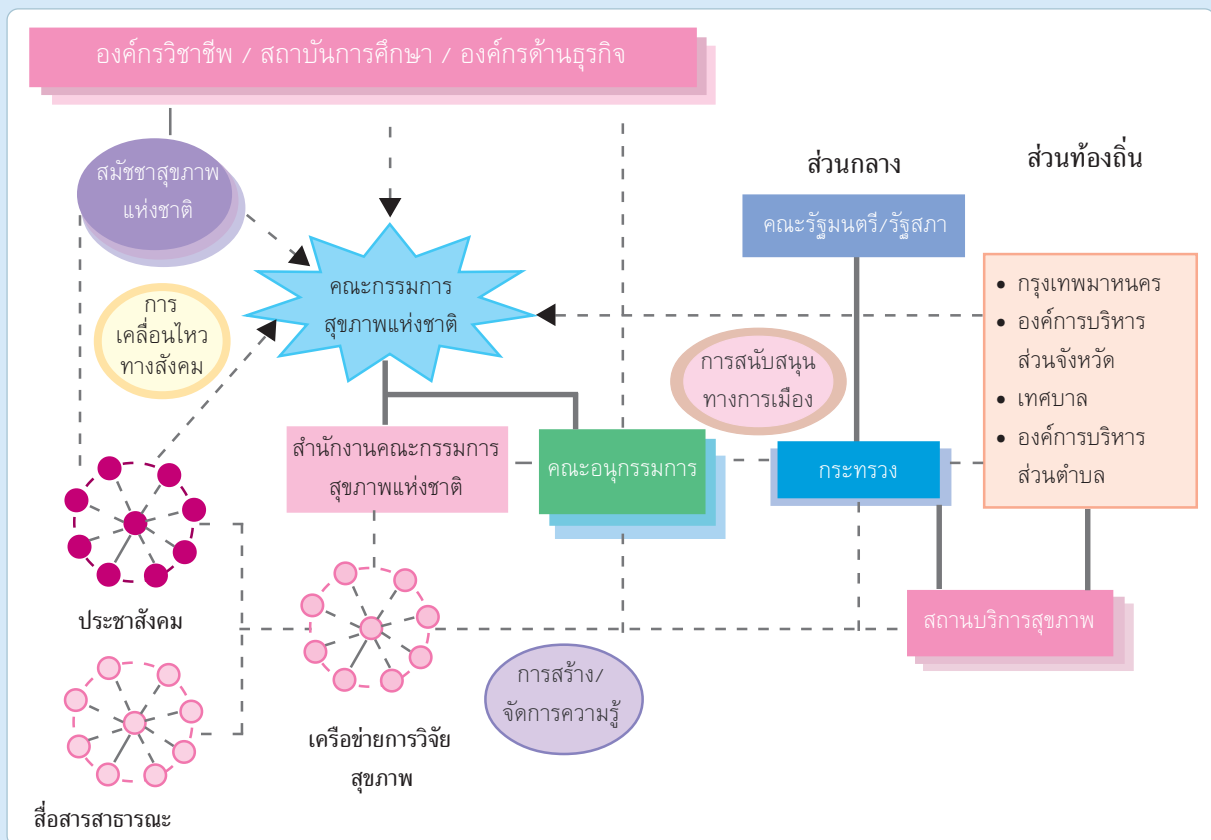
5) กำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดูแลให้มีการจัดทำ **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ** เสนอให้คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ และรายงานต่อสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาเพื่อทราบ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศที่ทุกฝ่ายในสังคมจะได้ใช้ร่วมกัน โดยให้ใช้กระบวนการจัดทำที่เปิดให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางและให้มีการปรับปรุงทบทวนอย่างน้อยทุกห้าปีเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป



จากสาระสำคัญข้างต้น ผลที่ประชาชนและสังคมจะได้รับเมื่อมี พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ คือ

- 1) ได้กลไกระดับชาติที่มีส่วนร่วมจากภาคการเมืองและราชการ ภาควิชาการและวิชาชีพ และภาคประชาชนมาร่วมกันดูแลทิศทางและนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของรัฐบาล ของกระทรวงสาธารณสุขและองค์กรทุกภาคส่วนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ
- 2) ได้กลไกและกระบวนการสมัชชาสุขภาพ เป็นกลไกการมีส่วนร่วมรูปแบบหนึ่งตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 มาตรา 76 ที่เป็นกระบวนการสาธารณะที่เปิดให้ทุกฝ่ายในสังคมได้ร่วมกันพัฒนาและผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการสร้างสุขภาพ
- 3) ได้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติที่ทุกภาคส่วนร่วมกันจัดทำขึ้น เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ที่ส่วนราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จะนำไปใช้ประกอบการทำงานด้านสุขภาพร่วมกัน
- 4) การปรับปรุง เปลี่ยนแปลงพัฒนาและแก้ไขระบบย่อยต่าง ๆ ในระบบสุขภาพแห่งชาติจะเกิดตามมาอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับทิศทางของระบบสุขภาพแห่งชาติที่พึงประสงค์โดยมีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกติดตามดูแลให้ภาพรวมอย่างต่อเนื่อง
- 5) ในระยะยาวคนไทยจะป่วย พิกัด และตายด้วยเหตุอันไม่สมควรลดลง รายจ่ายด้านสุขภาพก็จะลดลงหรือเพิ่มขึ้นน้อย ซึ่งจะหนุนช่วยให้รัฐบาลลดภาระรายจ่ายตามนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติอีกทางหนึ่งและลดภาระรายจ่ายด้านสุขภาพของประชาชนโดยรวมลงได้

ภาพที่ 9.2 ความสัมพันธ์ของกลไกต่างๆ ภายใต้ระบบสุขภาพใหม่



ที่มา : สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2548



อนึ่งมักจะมีการเข้าใจสับสนกันเสมอเกี่ยวกับ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ พ.ร.บ.การสาธารณสุข จึงขอเน้นลักษณะสำคัญของ พ.ร.บ.ทั้ง 3 ฉบับมาเปรียบเทียบให้เห็น โดยสังเขปดังตารางต่อไปนี้

| พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ  | พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  | พ.ร.บ.สาธารณสุข   |
|---|---|---|
| 1. จัดทำโดย 3 ฝ่าย (การเมือง & ราชการ+วิชาการ & วิชาชีพ + ประชาชน) เริ่ม พ.ศ. 2543 เน้นการมีส่วนร่วม พ.ศ. 2550 ประกาศใช้เป็นกฎหมาย  | - โดยรัฐบาล ตามนโยบายของรัฐ เริ่ม พ.ศ. 2544 เป็นกฎหมาย พ.ศ. 2545 และประชาชนก็มีส่วนร่วม โดยเสนอชื่อ 5 หมั่นชื่อเสนอร่างกฎหมายฉบับประชาชน                | - โดยภาครัฐ เป็นกฎหมาย พ.ศ. 2535 (กำลังมีการแก้ไขบางส่วนให้ทันสมัย)   |
| 2. ครอบคลุมการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ (Total Health Systems) กว้างกว่าระบบการแพทย์และสาธารณสุข   | - ครอบคลุมการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (Health Service System)  | - ครอบคลุมการจัดการเกี่ยวกับการสาธารณสุข (Public Health Activities)   |
| 3. เป็นเครื่องมือสำหรับทุกฝ่ายในสังคมใช้เพื่อทำงานด้านสุขภาพร่วมกัน<br>- รัฐ ส่ง เสริม สนับสนุน กระบวนการ<br>- ผลที่ได้กลับไปสนับสนุนการทำงานของรัฐและทุกภาคส่วน<br>- ไม่เน้นการใช้อำนาจของรัฐ<br>- เปิดให้มีการพัฒนาระบบสุขภาพ อย่างเป็นพลวัต (ผ่านการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ และการพัฒนาโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วม) | - เป็นเครื่องมือการบริหารของรัฐ<br>- กำหนดกติกาและกลไกการจัดการการเงินการคลังของภาครัฐ เพื่อให้มีบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงได้ถ้วนหน้า                   | - เป็นเครื่องมือบริหารของรัฐ<br>- กำหนดกติกาและกลไกการจัดการของภาครัฐ   |
| 4. ใช้กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (Participatory Healthy Public Policy Process) เป็นเครื่องมือเปิดให้ ทุกฝ่ายในสังคมเข้าร่วมทำงานเพื่อสุขภาพอย่างกว้างขวาง  | - ใช้การปรับระบบการเงินการคลัง (Health Financing Reform) เป็นเครื่องมือให้เกิดการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้ทุกคนเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น | - ใช้อำนาจรัฐเข้าจัดการงานสาธารณสุข ได้แก่ ความสะอาด ตลาด อาคาร การเลี้ยงสัตว์ กิจกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ฯลฯ                               |
| 5. มีคณะกรรมการที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และมีภาคีต่างๆ ทั้งรัฐ ประชาคมและวิชาชีพเข้าร่วม   | - มีคณะกรรมการที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีองค์กรภาคีเข้าร่วม   | - มี ค ณ ะ ก ร ร ม ก า ร สาธารณสุขที่มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน อธิบดีกรมต่างๆ เป็นกรรมการ และกรมอนามัยเป็นเลขาฯ ไม่มีองค์กรภาคี เข้าร่วม |



## 2 การกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

### 2.1 การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพที่ผ่านมา

ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งบัญญัติตามกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 กำหนดให้ทุกกระทรวงรวมทั้งกระทรวงสาธารณสุขด้วย ต้องจัดทำรายละเอียดของแผนที่จะถ่ายโอนภารกิจ ทรัพยากรและบุคลากร ไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เทศบาล และหรือองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ภายใน 10 ปี (พ.ศ. 2553)

ในพระราชบัญญัติยังได้กำหนดเป้าหมายในการเพิ่มสัดส่วนของรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจากระดับในขณะนั้นคือ 9% ของรายรับทั้งหมดของรัฐ เป็น 20% ใน พ.ศ. 2544 และ 35% ใน พ.ศ. 2549 ซึ่งในการกระจายรายได้แบบใหม่นี้เองที่จะทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดเตรียมการบริการสังคมในรูปแบบต่างๆ ภายใต้ข้อบังคับของกฎหมายการบริหารส่วนท้องถิ่นโดยมีหน้าที่หลัก 6 ประการคือ

- 1) การสร้างโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็น
- 2) การปรับปรุงคุณภาพชีวิต อันได้แก่ **บริการสาธารณสุขและการศึกษา**เป็นสำคัญ
- 3) การจัดการชุมชนและสังคม
- 4) การวางแผนและลงทุนระดับท้องถิ่นและการท่องเที่ยว
- 5) การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- 6) การจัดการวัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทย

พ.ร.บ. ดังกล่าว ได้นำไปสู่การจัดทำแผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543 และแผนปฏิบัติการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2545 ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 13 มีนาคม 2545

ในด้านการกระจายอำนาจด้านสุขภาพนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการที่สำคัญ ดังนี้

1) การให้มีกลไกคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ขึ้นมารองรับการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพเป็นลักษณะเครือข่าย (เป็นพวง) และให้มีการถ่ายโอนงานหลักประกันสุขภาพ (30 บาท) ให้แก่ กสพ. ภายใน พ.ศ. 2546

พ.ศ. 2545 มีการแต่งตั้ง กสพ. ขึ้น โดยคำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็น Advisory Board ใน 52 จังหวัด และเน้นหนักใน 10 จังหวัด แต่การดำเนินการหยุดชะงัก เพราะมีนโยบายเร่งด่วน เรื่องการปฏิรูประบบสุขภาพตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการปฏิรูประบบราชการตาม พ.ร.บ. ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545

2) การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 41 ภารกิจ ได้ถ่ายโอนแล้ว 16 ภารกิจ คงเหลืออีก 25 ภารกิจ (ตารางที่ 9.1) สำหรับภารกิจ ที่ได้ถ่ายโอนแล้วมีดังนี้

(1) ถ่ายโอนภารกิจด้านโครงสร้างพื้นฐาน รวม 7 ภารกิจ คือ ภารกิจด้านสาธารณสุขปลอดภัยเกี่ยวกับแหล่งน้ำ / ระบบประปาชนบท 7 ภารกิจ

(2) ถ่ายโอนภารกิจด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิตรวม 9 ภารกิจ คือ งานส่งเสริมสุขภาพ 5 ภารกิจ งานอนามัยสิ่งแวดล้อม 1 ภารกิจ การสนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 1 ภารกิจ การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย 1 ภารกิจ และการบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ 1 ภารกิจ



ตารางที่ 9.1 การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกตามงาน

| ภารกิจ                     | งาน   | หน่วยงาน                         | จำนวนภารกิจทั้งหมดที่ต้องถ่ายโอน | ถ่ายโอน | ยังไม่ถ่ายโอน | หมายเหตุ                                  |
|----------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|---------|---------------|---|
| ด้านโครงสร้างพื้นฐาน       | <b>สาธารณสุขภาค</b><br>- แหล่งน้ำ/ระบบประปาชนบท                   | กรมอนามัย                        | 7                                | 7       | -             | ถ่ายโอนให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ อบต. |
| ด้านการส่งเสริมสุขภาพ      | - งานส่งเสริมสุขภาพ   | กรมอนามัย                        | 12                               | 5       | 7             |   |
| ส่งเสริมคุณภาพชีวิต        | - งานอนามัยสิ่งแวดล้อม  | กรมอนามัย                        | 4                                | 1       | 3             |   |
|                            | - งานจัดหาน้ำสะอาด  | กรมอนามัย                        | 1                                | -       | 1             |   |
|                            | - งานสุขาภิบาลอาหาร   | กรมอนามัย                        | 1                                | -       | 1             |   |
|                            | - งานอาชีวอนามัย  | กรมอนามัย                        | 1                                | -       | 1             |   |
|                            |   | สำนักงานปลัด                     | 1                                | -       | 1             |   |
| ด้านการส่งเสริมคุณภาพชีวิต | - การก่อสร้างสถานบริการใหม่/เพิ่มเติม/ซ่อมแซม                     | กระทรวงสาธารณสุข<br>สำนักงานปลัด | 1                                | -       | -             | ไม่ได้ถ่ายโอนไป อบต. แต่ถ่ายโอนไป สปสช.   |
|                            | - โครงการประกันสุขภาพ (30 บาท รักษาทุกโรค)                        | กระทรวงสาธารณสุข                 |                                  |         |               |   |
|                            | - สนับสนุนเงินอุดหนุนเพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ                  | สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข     | 1                                | -       | -             | ถ่ายโอนให้กรมส่งเสริม/อบต.                |
|                            | - ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมาย        | กรมสุขภาพจิต                     | 1                                | 1       | -             |   |
|                            | - การพัฒนาบุคลากรและชุมชน เพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ | กรมควบคุมโรค                     | 1                                | 1       | 1             | อยู่ในชุดสิทธิบัตรฯ                       |
|                            | - การปฏิบัติการเฝ้าระวังและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ     | กรมควบคุมโรค                     | 1                                | -       | 1             | อยู่ในชุดสิทธิบัตรฯ                       |





| ภารกิจ | งาน   | หน่วยงาน                     | จำนวนภารกิจทั้งหมดที่ต้องถ่ายโอน | ถ่ายโอน | ยังไม่ถ่ายโอน | หมายเหตุ                         |
|--------|---|------------------------------|----------------------------------|---------|---------------|----------------------------------|
|        | - การวินิจฉัยและรักษาพยาบาลเบื้องต้น  | กรมควบคุมโรค                 | 1                                | -       | 1             | กำลังดำเนินการ                   |
|        | - สนับสนุนเงินอุดหนุนค่าอาหารผู้ป่วยโรคเรื้อน   | กรมควบคุมโรค                 | 1                                | -       | 1             | กำลังดำเนินการ                   |
|        | - สนับสนุนเงินอุดหนุนในการส่งเคราะห์ผู้ป่วยโรคเรื้อน  | กรมควบคุมโรค                 | 1                                | -       | 1             | กำลังดำเนินการ                   |
|        | - การผลิตสื่อและหรือเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารและยา                           | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | 1                                | -       | 1             | กำลังดำเนินการ                   |
|        | - เสริมสร้างศักยภาพผู้บริโภครองและเรียกร้องสิทธิอันชอบธรรม                                    | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | 1                                | -       | 1             | กำลังดำเนินการ                   |
|        | - สร้างและขยายเครือข่ายการมีส่วนร่วมในงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขของผู้บริโภคในท้องถิ่น | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | 1                                | -       | 1             | กำลังดำเนินการ                   |
|        | - ตรวจสอบ ติดตาม คุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในสถานที่จำหน่าย                         | สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา | 1                                | -       | 1             | กำลังดำเนินการ                   |
|        | - งานบริการสาธารณสุขเขต กทม. / ปริมณฑล / เขตเมือง   | กรมการแพทย์                  | 1                                | -       | 1             | ขอปรับเป็นการบริการระดับตติยภูมิ |
|        | - การบริการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ   | กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์       | 1                                | 1       | -             |                                  |
|        |   |                              | 41                               | 7       | 27            |                                  |

ที่มา: กลุ่มสนับสนุนและพัฒนาการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์



โดยสรุปก็คือ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีความคืบหน้าในระดับหนึ่งแต่ยังไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายของแผนปฏิบัติการฯ พ.ศ.2545 ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจะต้องมีการปรับแก้ไขแนวทางการกระจายอำนาจด้านสุขภาพและปรับปรุงแผนปฏิบัติการฯ ในส่วนที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับแนวทาง ดังกล่าวต่อไปคือ

## 2.2 การดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพในอนาคต

### 1) หลักการในการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

ยึดหลักการและวัตถุประสงค์ตาม “รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540” “พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542” และ “แผนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2543” โดยเฉพาะประเด็น ดังนี้

1.1) **มุ่งประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน** โดยมุ่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น **มีศักยภาพระยะยาว** ในการตัดสินใจ และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพให้เกิดผลดียิ่งขึ้นกว่าก่อนการกระจายอำนาจ และเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่ **เสมอภาค มีประสิทธิภาพและคุณภาพดี**

1.2) **มุ่งระบบที่ยืดหยุ่นและมีพลวัต** โดยให้มีความยืดหยุ่นตามศักยภาพ ความเป็นไปได้ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง และการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น เพื่อนำไปสู่กระบวนการกระจายอำนาจอย่าง **ต่อเนื่อง** และเกิดความ **ยั่งยืน** ในการพัฒนาสุขภาพ

1.3) **มุ่งระบบที่มีส่วนร่วม** โดยการสร้างกลไกและกระบวนการ **ที่มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็ง** ทั้งจากส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค ส่วนท้องถิ่นและภาคประชาชนในท้องถิ่น โดยตัดสินใจร่วมกันด้วยกระบวนการปรึกษาหารือบน **พื้นฐานของความปรารถนาดี ความรัก ความเมตตาและขันติ หลีกเลี่ยงอัตตา** และความยึดมั่นถือมั่นในความคิดของตนเอง ทั้งนี้ เพื่อให้การถ่ายโอนภารกิจเป็นไปอย่างราบรื่น และ **สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะทางระบบบริการสุขภาพ**

มีข้อสังเกตที่สำคัญคือ การที่จะให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้ร้อยละ 35 ของรายได้ของรัฐนั้น มิได้เป็นเป้าหมายหลักของการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

### 2) ขอบเขตของภารกิจที่จะถ่ายโอน

ภารกิจที่จะถ่ายโอนสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจแบ่งเป็น 2 แบบ

2.1) **ลักษณะของภารกิจ** ได้แก่ ภารกิจด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ

2.2) **ความกว้างขวางครอบคลุมของภารกิจ** อาจเป็นกิจกรรมที่บริการเฉพาะบุคคล เฉพาะครอบครัวหรือภารกิจที่ดำเนินการในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถรับการถ่ายโอนภารกิจในเรื่องการพัฒนาสุขภาพแวดล้อมเพื่อการป้องกันโรคและภารกิจการสร้างเสริมสุขภาพไปได้ทั้งหมดโดยเร็ว

### 3) ลักษณะการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

อาจมีได้อย่างน้อย 4 ลักษณะ (ซึ่งผสมผสานกันได้) ดังนี้

3.1) **ท้องถิ่นเป็นผู้ซื้อบริการ** โดยท้องถิ่นเป็นเจ้าของเงิน (เช่น เงินรายได้ของท้องถิ่นเอง หรืองบประมาณตามนโยบายหลักประกันสุขภาพที่มีการโอนให้ท้องถิ่น) และเป็นผู้ซื้อบริการจากสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในและนอกพื้นที่

ในส่วนนี้ ต้องมีการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถจัดการด้านการเงินและสามารถดูแลคุณภาพมาตรฐานบริการที่ได้รับเป็นอย่างดี





3.2) **ท้องถิ่นดำเนินการร่วมกับส่วนกลาง/ภูมิภาค** เช่น ท้องถิ่นร่วมกับโครงการ 30 บาท ลงทุนในการดำเนินงานด้านการเสริมสร้างสุขภาพ ท้องถิ่นร่วมกับสถานีอนามัย/โรงพยาบาลต่างๆ พัฒนา โครงสร้างระบบบริการสุขภาพ

3.3) **ท้องถิ่นดำเนินการเองบางส่วน** เช่น ท้องถิ่นรับผิดชอบดำเนินการในด้านการพัฒนา สภาพแวดล้อมและการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

3.4) **ท้องถิ่นดำเนินการเองทั้งหมด** ท้องถิ่นเป็นเจ้าของสถานบริการสุขภาพและเป็น ผู้ดำเนินการด้านสุขภาพทั้งหมด

ท้องถิ่นใดจะดำเนินการในลักษณะใด ในด้านใดและเมื่อไร ให้เป็นไปตามหลักการ 3 ประการในข้อ 1)

#### 4) รูปแบบการถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

อาจมีได้หลายแบบ ซึ่งสามารถปรับตามความพร้อมของทุกฝ่าย ตามความเหมาะสมของ พื้นที่และตามสถานการณ์ เช่น

4.1) **ถ่ายโอนแบบแยกส่วน** โดยถ่ายโอนสถานบริการให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใน ระดับต่างๆ เช่น โอนสถานีอนามัยให้ อบต., โอนโรงพยาบาลให้เทศบาลหรือ อบจ. เป็นต้น

4.2) **ถ่ายโอนเป็นเครือข่ายบริการ (เป็นพวงบริการ)** โดยรวมสถานีอนามัยและโรงพยาบาล ในพื้นที่เป็นเครือข่าย แล้วถ่ายโอนทั้งเครือข่ายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการบริหาร

4.3) **จัดตั้งเป็นองค์การมหาชน (Autonomous Public Organization)** โดยองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมในการบริหารและอาจเป็นองค์การมหาชน เฉพาะสถานบริการหรือเฉพาะเครือข่ายบริการ หรือให้ กสพ. เป็นองค์การมหาชน

4.4) **จัดตั้งหน่วยบริการรูปแบบพิเศษ (Service Delivery Unit-SDU)** โดยให้แต่ละ โรงพยาบาลเป็น SDU ภายใต้การดูแลขององค์กร Health Facility Authority (หรือ Hospital Authority) ซึ่งเป็นองค์การมหาชนภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมใน การบริหาร

การดำเนินการในรูปแบบที่ 4.3) และ 4.4) อาจมิใช่การถ่ายโอนภารกิจโดยตรง เพราะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะมีส่วนร่วมในการบริหาร แต่มิได้เป็นเจ้าของโดยตรง

#### 5) กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการกระจายอำนาจ

เพื่อให้เป็นตามหลักการ ขอบเขต ลักษณะและรูปแบบการกระจายอำนาจ ได้มีการกำหนด กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ ดังนี้

5.1) **กลไกและกระบวนการในการตัดสินใจ** ให้มีการกำหนดและพัฒนา กลไกและ กระบวนการที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในระดับต่าง ๆ เพื่อพิจารณาตัดสินใจเลือกแนวทาง รูปแบบ กระบวนการและ ขั้นตอนการถ่ายโอนในทุกพื้นที่ ทุกระดับ ซึ่งจะสามารถเกิดรูปแบบและแนวทาง/ขั้นตอน การถ่ายโอนภารกิจที่หลากหลาย ไม่จำเป็นต้องเหมือนกันทุกพื้นที่ เช่น

**ในระดับประเทศ** ให้มีคณะกรรมการเฉพาะกิจกระจายอำนาจด้านสุขภาพภายใต้ คณะกรรมการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

**ในระดับจังหวัด** อาจใช้ กสพ. ซึ่งมีผู้ว่าราชการจังหวัดและ/หรือนายกองค์การบริหาร





ส่วนจังหวัด (อบจ.) เป็นประธาน และสื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ทุกประเภทร่วมเป็นกรรมการ  
**ในระดับอำเภอ** อาจใช้กรรมการสุขภาพระดับอำเภอ (กสอ.) ที่มีนายอำเภอและ/หรือนายกเทศมนตรี เป็นประธาน

**ในระดับตำบล** อาจใช้กรรมการสุขภาพระดับตำบล (กสต.) ที่มีกำนันและ/หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นประธาน เป็นต้น

**5.2) กลไกและกระบวนการในการสนับสนุนการดำเนินการถ่ายโอน** ให้มีการพัฒนากลไก และกระบวนการในการสนับสนุนการดำเนินการของกลไกในข้อ 5.1 และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินการ ดังนี้

**5.2.1) การสนับสนุนทั่วไป** ดำเนินการในการถ่ายโอนทุกลักษณะ และรูปแบบ เช่น กระบวนการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การพัฒนาระบบความเชื่อมโยงของสถานบริการสุขภาพ การพัฒนาความเชื่อมโยงของระบบงบประมาณ โดยเฉพาะภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบ เป็นต้น

**5.2.2) การสนับสนุนเฉพาะลักษณะ / รูปแบบ** ดำเนินการเฉพาะการถ่ายโอนบางลักษณะ/รูปแบบ ตามความจำเป็น เช่น การออก พ.ร.ฎ. การจัดตั้งองค์การมหาชน การออกกฎหมายให้ กสพ. เป็นนิติบุคคล การจัดทำหลักเกณฑ์เงื่อนไข มาตรฐานและแนวทางการถ่ายโอนสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

### 5.3) โครงสร้างกลไก

**5.3.1) ในส่วนกลาง** กลุ่มสนับสนุนและพัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นองค์กรประสานหลัก โดยมีคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจ และกรมวิชาการ ต่างๆ ให้การสนับสนุน ทั้งนี้ ให้พัฒนากลุ่มสนับสนุนและพัฒนาระบบกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้เป็นสำนัก แยกต่างหากจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ในระยะต่อไป

**5.3.2) ในส่วนภูมิภาค** ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย เป็นองค์กรสนับสนุนกลไกในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ตามลำดับ

### 6) เงื่อนไขสำคัญในการดำเนินการถ่ายโอน

ในการดำเนินการกระจายอำนาจด้านสุขภาพมีเงื่อนไขสำคัญ/สิทธิ การทำความเข้าใจก่อนถ่ายโอน มีการวางระบบการถ่ายโอน เพื่อดำเนินการประคับประคอง ดังนี้

**6.1) บุคลากรสาธารณสุขการกระจายอำนาจและการถ่ายโอนภารกิจจะกระทบต่อวิถีชีวิต และอนาคตของบุคลากรสาธารณสุขอย่างมาก** จึงต้องดำเนินการด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษในเรื่องนี้ และมีความชัดเจนว่า ถ่ายโอนแล้ว สิทธิและศักดิ์ศรีจะไม่ลดลง บุคลากรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การย้ายการโอนจะต้องสะดวกและเป็นไปได้เหมือนเดิม ที่สำคัญที่สุด คือ ต้องมีการทำความเข้าใจกับบุคลากรทุกระดับอย่างถ่องแท้ และมีระบบ/กลไกที่จะประคับประคองการดำเนินการให้เกิดความราบรื่น

**6.2) ระบบการจัดการทางการเงิน** แหล่งที่มาของงบประมาณต่างๆ ทั้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ส่วนกลางหรือจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ **ต้องมีความชัดเจนและสร้างความมั่นใจในความยั่งยืนของระบบ** ทั้งนี้ อาจมีความแตกต่างกันในองค์ประกอบของแหล่งเงินทุนในการกระจายอำนาจของแต่ละพื้นที่





6.3) การจัดระบบสุขภาพในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ซึ่งต้องการระดมทรัพยากรสุขภาพในสังกัดต่างๆ มาช่วยแก้ไขภาวะฉุกเฉินและวิกฤต เช่น การระบาดของโรคอย่างรุนแรงและภัยพิบัติอื่นๆ จะต้อง**มีระบบที่สร้างความมั่นใจว่า จะสามารถระดมทรัพยากรมาได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ**

6.4) การจัดระบบบริการสุขภาพ ต้องสามารถเชื่อมโยงงานด้านสุขภาพ ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมทั้งระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เฉพาะ เช่น พื้นที่ชายแดน พื้นที่สูงและพื้นที่ทุรกันดารที่มีประชากรไม่มากนัก รวมทั้งพื้นที่ที่มีแรงงานอพยพจำนวนมาก

### 7) ความคืบหน้าในการดำเนินการ

7.1) การถ่ายโอนสถานีนอนามัยให้แก่ อบต. มีการจัดตั้งคณะกรรมการกำหนดกลไก กระบวนการ หลักเกณฑ์และวิธีประเมินความพร้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับการถ่ายโอนสถานีนอนามัยและอนุกรรมการ 3 ชุด ดำเนินการจัดทำกลไกกระบวนการและคู่มือแนวทางในการถ่ายโอน ตลอดจนการติดตามประเมินผลแล้ว คาดว่าจะให้ทดลองการถ่ายโอนได้ภายในกลางปี 2550 โดยเริ่มจาก อบต. ที่ได้รับรางวัลธรรมมาภิบาลดีเด่นและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ (เช่น ร่วมลงทุนกับ สปสช. ในกองทุนพัฒนาสุขภาพชุมชน หรือลงทุนส่งคนในตำบลหรือเทศบาลและรับกลับมาทำงานในพื้นที่)

7.2) การพัฒนาสถานพยาบาลในกำกับให้เป็นองค์กรมหาชน มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบการจัดตั้งและดำเนินการองค์กรมหาชนและการบริหารองค์การรัฐรูปแบบพิเศษ (SDU) สำหรับสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาจัดทำหลักเกณฑ์และคัดเลือกสถานพยาบาลที่มีความ พร้อมและเตรียมออกพระราชกฤษฎีกาต่อไป คาดว่าจะมีการจัดตั้งโรงพยาบาลเป็นองค์กรมหาชนใหม่ เพิ่มขึ้นอีกภายในกลางปี 2550

ภาพที่ 9.3 กรอบแนวคิดการดำเนินงานกระจายอำนาจด้านสุขภาพ

