

รูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน



โดย

คณะทำงานพัฒนารูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

เมษายน ๒๕๕๘

คำนำ

หลังจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) ได้อนุมัติการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เมื่อ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๗ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเสนอ การพัฒนารูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ก็ได้เริ่มดำเนินการทันที โดยคณะทำงานพัฒนารูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้ง มีนายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธาน

ในการพัฒนาเอกสารรูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน คณะทำงานฯ ได้จัดประชุมอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ข้อมูลทางวิชาการและจัดกระบวนการมีส่วนร่วมจากภาคี เครือข่ายและสาธารณะในหลายช่องทาง ได้แก่ เวทีพัฒนาร่างข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อกำหนดเป็นระเบียบวาระสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ ณ โรงแรมปรีณส์พลาเสช กรุงเทพมหานคร จากนั้นรวบรวมความคิดเห็นที่เกี่ยวข้อง จัดทำเอกสารร่างเค้าโครงรูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เผยแพร่ต่อสาธารณะและแจ้งไปยังภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดกระบวนการรับฟังความคิดเห็นภายในกลุ่มเครือข่าย ต่อมามีการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะทำงานฯ เมื่อวันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๕๗ การจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นต่อร่างรูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เมื่อวันที่ ๑๖ ตุลาคม ๒๕๕๗ ณ อาคารสุขภาพแห่งชาติ จังหวัดนนทบุรี และการรับฟังความคิดเห็นในระหว่างการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗ เมื่อวันที่ ๒๖ ธันวาคม ๒๕๕๗ ณ ศูนย์นิทรรศการและการประชุมอิมแพค เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี โดยมีการเผยแพร่เอกสารร่างรูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน และรับฟังความคิดเห็นผ่านโซเซียลมีเดียตลอดกระบวนการ รวมถึงการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นในระดับพื้นที่และภายในกลุ่มเครือข่ายต่างๆ จากนั้น คณะทำงานฯ ได้ประมวลข้อมูลที่ได้จากเวทีรับฟังความคิดเห็นฯ และจากช่องทางการสื่อสารอื่นๆ พัฒนาเป็นเอกสาร “รูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน” เพื่อเตรียมการนำเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อดำเนินการต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ในฐานะฝ่ายเลขานุการของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หวังเป็นอย่างยิ่งว่าภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน จะได้ร่วมกันขับเคลื่อนการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน สำหรับใช้เป็นกลไกขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ตามทิศทาง “สร้างนำซ่อม” ต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

เมษายน ๒๕๕๘

รูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน^๑

๑. ความเป็นมา

๑.๑ ประเทศไทยมีการพัฒนาและปฏิรูประบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมาตามลำดับ โดยช่วงแรก รัฐเน้นเรื่องความเสมอภาคในการเข้าถึงและได้รับบริการสาธารณสุข จึงมีการขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรทั้งประเทศ มีการจัดตั้งสถานบริการระดับต่าง ๆ ไล่เรียงจากกรุงเทพมหานคร จังหวัด ทุกจังหวัด อำเภอทุกอำเภอ สถานีอนามัยและศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนครบทุกตำบล รวมทั้งพัฒนาและขยายการผลิตบุคลากรสาธารณสุข^๒ ในขณะเดียวกันนับตั้งแต่ปี ๒๕๒๐ เป็นต้นมา ประเทศไทยรับแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและบทบาทของประชาชนในการพัฒนาสาธารณสุข เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการพัฒนาสาธารณสุขจากเดิมที่เน้นบทบาทของรัฐและวิชาชีพเป็นศูนย์กลาง มาเป็นการพัฒนาสาธารณสุขบนฐานความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นที่ผสมผสานเรื่องสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีการขยายความร่วมมือกับกระทรวงต่างๆ ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์^๓ เป็นต้น

การปฏิรูประบบสาธารณสุขหรือระบบสุขภาพ มิได้หยุดอยู่เพียงเท่านั้น มีการจัดตั้งสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ปี ๒๕๓๕) เพื่อสนับสนุนการสร้างความรู้เชิงระบบรองรับการปฏิรูประบบและโครงสร้างต่างๆในระบบสุขภาพ ในทศวรรษล่าสุดนี้ ระบบสุขภาพได้ขยายความกว้างออกไปกว่าพรมแดนระบบสาธารณสุขเดิม มีภาคส่วนต่างๆ เข้ามาเป็นผู้เล่นร่วมจำนวนมาก ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานในกำกับต่างๆ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ประชาสังคมและภาคส่วนอื่นๆ เป็นไปในทิศทาง “สุขภาพโดยคนทั้งมวล เพื่อคนทั้งมวล (All for Health for Health for All) มีการออกกระเปาะสำนึกนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพ แต่งตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) จัดทำ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ เพื่อเป็นกฎหมายแม่บทด้านสุขภาพของประเทศที่เน้นทิศทาง “สร้างนำซ่อม” (ปี ๒๕๔๓) มีการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนโรงพยาบาลอำเภอบ้านแพ้วเป็นองค์การมหาชน (ปี ๒๕๔๔) มีการจัดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าโดยยึดระบบการอภิบาลแบบมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน (ปี ๒๕๔๕) มีการออกกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ (ปี ๒๕๕๐) ที่กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีกรรมการจาก ๓ ภาคส่วน ทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบเน้นการมีส่วนร่วม ที่เป็นการทำงานอภิบาลระบบแบบเครือข่าย (Governance by Networking) ที่เชื่อมโยงกับการอภิบาลโดยรัฐ

๑.๒ ปัจจุบันระบบสุขภาพของประเทศเป็นพหุลักษณะเชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่น และมีแนวโน้มที่ซับซ้อนมากขึ้นในอนาคต จึงจำเป็นต้องบูรณาการการทำงานของส่วนต่างๆในระบบสุขภาพแห่งชาติให้หนุน

^๑ มีผู้เสนอความคิดเห็นในเวทีรับฟังความคิดเห็น เมื่อวันที่ ๑๕ ตุลาคม ๒๕๕๗ ว่าควรปรับชื่อเป็น “เครือข่ายพื้นที่สุขภาพเพื่อประชาชน” เพื่อป้องกันความสับสนกับเขตพื้นที่ของหน่วยงานต่างๆ ที่มีอยู่แล้ว

^๒ ครอบคลุมร้อยละ ๒๐ ของพื้นที่เป้าหมายในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๔ (๒๕๒๐-๒๕๒๔) และครอบคลุมทุกพื้นที่ในช่วงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๕ (๒๕๒๕-๒๕๒๙)

^๓ กระบวนการดำเนินงานใช้แผนพัฒนาระดับชุมชนเป็นเครื่องมือเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และใช้ตัวชี้วัด “ความจำเป็นพื้นฐาน - จปฐ.” เป็นกรอบ

เสริมการทำงานกันและกันอย่างสร้างสรรค์ เพื่อการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในทิศทางสร้างนำซ่อม รวมทั้งกระจายอำนาจและทรัพยากรให้ ชุมชนท้องถิ่น และภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมมีบทบาทหน้าที่ในการอภิบาลระบบสุขภาพ พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และจัดการงานด้านสุขภาพมากขึ้น สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ จึงได้มีมติเห็นชอบกับการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย ซึ่งมีสาระสำคัญประกอบด้วย

(๑) การปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการภัยคุกคามสุขภาพ ที่เน้นการปฏิบัติตามหลักการที่เรียกว่า “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policy) การสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพในมิติที่กว้างกว่าสุขภาพกายและการรักษาพยาบาล รวมถึงการจัดการปัจจัยสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

(๒) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ระบบบริการปฐมภูมิ และเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เพื่อดูแลสุขภาพองค์รวมและระยะยาว การวางแผนระบบบริการครอบคลุมรัฐและเอกชนทุกระดับ ในการดำเนินงานควรคำนึงถึงขนาดของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบที่เหมาะสม ให้สามารถจัดบริการเบ็ดเสร็จในตัวเอง โดยเป็นการจัดบริการร่วมกันเป็นเครือข่ายเดียว อย่งไร รอยต่อ และมีระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมภายในเครือข่าย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและยกระดับคุณภาพของบริการ ทบทวนนโยบายศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์และการออกมาตรการลดผลกระทบจากบริการสุขภาพเชิงพาณิชย์ การพัฒนาและใช้การแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือกและภูมิปัญญาท้องถิ่น และการพัฒนาระบบสนับสนุน การจัดการความรู้ ข้อมูลข่าวสาร สื่อสารสุขภาพ นโยบาย การเงินการคลัง

(๓) การปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพกลุ่มที่มีความจำเป็นสูง การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ (เช่น ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ฯลฯ) ให้ร่วมจัดบริการ และการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ และพัฒนากลไกคุ้มครองสิทธิและการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากบริการสุขภาพ

(๔) การปฏิรูประบบการเงินการคลัง และระบบหลักประกันสุขภาพ โดยการเน้นลงทุนที่เอื้อให้คนมีสุขภาพดีด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรคและจัดการภัยคุกคามสุขภาพ ด้วยวิธีการต่าง ๆ ลดความเหลื่อมล้ำในการได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพด้วยการปรับระบบการบริหารจัดการของกองทุนสุขภาพต่าง ๆ เพิ่มประสิทธิภาพและสร้างเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการพัฒนาระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมทุกคนบนแผ่นดินไทย ลดความซ้ำซ้อนและลดภาระของประชาชนด้วยการปรับการบริหารกองทุนฯ คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ และกองทุนเงินทดแทน และ การพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสาร องค์ความรู้และศักยภาพบุคลากรของกองทุนสุขภาพต่างให้เชื่อมโยงและเท่าทันการเปลี่ยนแปลง

(๕) การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยเน้นบทบาทการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพ (หรือการอภิบาลแบบเครือข่าย) การบูรณาการการทำงานของภาคส่วนต่าง ๆ และการกระจายอำนาจ ทรัพยากร และทุนให้ชุมชนท้องถิ่น เพื่อให้จัดการระบบสุขภาพ โดยเตรียมความพร้อมของชุมชนท้องถิ่น ให้จัดการตนเองในด้านการสุขภาพ การถ่ายโอนสถานพยาบาลของรัฐไปให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และการปรับระบบการบริหารจัดการสถานพยาบาลของรัฐที่เป็นราชการให้เป็นหน่วยงานของรัฐที่มีความคล่องตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน

๑.๓ ภายหลังจากที่คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) เข้ามาบริหารประเทศ เมื่อ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๕๗ ได้มอบหมายให้ พลเรือเอกณรงค์ พิพัฒนาศัย รองหัวหน้า คสช. ในฐานะหัวหน้าฝ่ายสังคมจิตวิทยา ดูแลงานด้านสังคมที่ครอบคลุมถึงด้านสุขภาพด้วย โดยมีมติจากที่ประชุม คสช. เมื่อวันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๗ “มอบหมายให้หัวหน้าฝ่ายสังคมจิตวิทยานำเรื่องการปรับโครงสร้างการบริหารจัดการระบบบริหารจัดการระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขในภาพรวม เสนอสถาปนาปฏิรูปแห่งชาติ ด้านสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมที่จะตั้งขึ้นตามแนวทางการปฏิรูปประเทศของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ในระยะที่ ๒” ซึ่งต่อมา เมื่อวันที่ ๒ สิงหาคม ๒๕๕๗ ได้มีการประชุมหารือของผู้แทนหัวหน้าฝ่ายสังคมจิตวิทยา ร่วมกับผู้บริหารระดับสูงขององค์กรหลักด้านสุขภาพ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลาง เพื่อพิจารณานโยบายของ คสช. ดังกล่าวและเห็นร่วมกันว่า ควรพัฒนากลไกหรือเครื่องมือเพื่อการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในระยะต่อไป ซึ่งก็สอดคล้องกับมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติที่ ๖.๘ เรื่อง ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ประชุมได้ข้อสรุปว่า มีประเด็นสำคัญที่ควรขับเคลื่อนเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพในระยะเร่งด่วนและในระยะยาว เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาเสนอ คณะรักษาความสงบแห่งชาติให้ความเห็นชอบต่อไป ได้แก่

๑.๓.๑ การปฏิรูประบบสุขภาพในระยะเร่งด่วน เสนอให้จัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ที่ยึดโยงการทำงานของหน่วยงานและองค์กรทุกภาคส่วน โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

๑.๓.๒ การปฏิรูประบบสุขภาพในระยะยาว เสนอให้นำมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ. ๒๕๕๖ มติ ๘ เรื่อง “การปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้การปฏิรูปประเทศไทย” เสนอต่อคณะรักษาความสงบแห่งชาติให้ความเห็นชอบเพื่อเสนอต่อสภาปฏิรูปแห่งชาติและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พิจารณาดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

๑.๔ ต่อมาในการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๓/๒๕๕๗ เมื่อวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๕๗ ได้มีมติเห็นชอบกับข้อเสนอประเด็นสำคัญที่ควรขับเคลื่อนเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพทั้งในระยะเร่งด่วนและในระยะยาวข้างต้น และได้เสนอเรื่องดังกล่าวเข้าสู่การพิจารณาของ คสช. และหัวหน้า คสช. (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้ลงนามอนุมัติการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เมื่อวันที่ ๒๕ สิงหาคม ๒๕๕๗ หัวหน้าฝ่ายสังคมจิตวิทยา คสช. จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนารูปแบบเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ที่มีนายแพทย์ณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา เป็นประธาน เป็นกลไกพัฒนารูปแบบการจัดตั้งเขตสุขภาพฯ ที่เป็นรูปธรรมต่อไป

๒. พัฒนาการของ“เขตสุขภาพ” ในอดีตถึงปัจจุบัน

การบริหารราชการแผ่นดิน จำแนกเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ การบริหารราชการส่วนกลาง การบริหารราชการส่วนภูมิภาค และการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น โดยการบริหารราชการส่วนภูมิภาคจำแนกเป็นจังหวัดและอำเภอ^๔ ทั้งนี้ ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักด้านสุขภาพ สำนักงาน

^๔ พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ.๒๕๓๔ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม

ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีการกำหนดเขตตรวจราชการ ณ ปี ๒๕๓๑ มี ๑๒ เขต เพื่อให้สอดคล้องกับเขตตรวจราชการของสำนักนายกรัฐมนตรี ในส่วนของกรมต่าง ๆ ของกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้งศูนย์หรือสถาบันในระดับเขต (กลุ่มจังหวัด) เช่น ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์อนามัย สำนักงานควบคุมโรคเขต

ในช่วงปี พ.ศ.๒๕๔๖ รัฐบาลได้ปรับการบริหารงานแบบกลุ่มจังหวัด (Cluster) หลายกระทรวงได้จัดแบ่ง เขตตรวจราชการ เป็น ๑๘ เขต รวม เขตตรวจราชการส่วนกลาง กรุงเทพมหานคร เป็น ๑๙ เขต นอกจากนี้ หน่วยงานด้านสุขภาพ อื่น ๆ ก็มีการจัดการแบบเขตเช่นกัน ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) มีสำนักงานสาขาเขตพื้นที่ ๑๒+๑(กทม.) เขต และภายใต้ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ก็ได้กำหนดให้มี กรรมการสุขภาพภาคประชาชน จาก ๑๒ + ๑ เขตด้วยเช่นกัน

ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการแบบเขต โดยกระทรวงสาธารณสุขเน้นด้านการบริการสุขภาพ ในขณะที่ สปสช. เน้นการจัดการด้านการเงินการคลัง สรุปสาระสำคัญ ได้ดังนี้

๒.๑ การดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข^๕ กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มทดลองการดำเนินงานปรับรูปแบบการจัดบริการและการบริหารจัดการในลักษณะเขตสุขภาพ ในปี ๒๕๕๖ โดยแบ่งเป็น ๑๒ เขต แต่ละเขตครอบคลุม ๔-๘ จังหวัด ประชากร ๔-๖ ล้านคน เพื่อให้มีขนาดที่เหมาะสม (Economy of scale) ในการจัดระบบการบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ได้ตรงกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ เอื้อต่อการพัฒนาระบบส่งต่อ โดยมุ่งหวังเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และ เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ รวมทั้งมีการกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาค ด้วยการมอบอำนาจเชิงปฏิบัติการให้ผู้ตรวจราชการเขต ผ่านการกำหนดตัวชี้วัด และกำกับติดตามการดำเนินงานนโยบายสู่การปฏิบัติระดับเขต ทั้งนี้ การดำเนินนโยบายเขตสุขภาพมีความยืดหยุ่น โดยมีการปรับแนวทาง/กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง มีตัวอย่างการดำเนินงานในการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลโรคที่เป็นปัญหาของเขตสุขภาพต่าง ๆ เช่น การบริการรักษาพยาบาลโรคหัวใจหลอดเลือดที่มีการเชื่อมเครือข่ายของสถานพยาบาลแต่ละระดับ ควบคู่กับการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรในสถานพยาบาลในเครือข่ายให้สามารถผ่าตัดโรคหัวใจและการสวนหัวใจ หรือ การให้ยาละลายลิ่มเลือด ช่วยลดระยะเวลาในการรอคิวผ่าตัดหัวใจ และเพิ่มการเข้าถึงให้ยาละลายลิ่มเลือด ส่งผลให้อัตราตายจากโรคหัวใจลดลง หรือเพิ่มการเข้าถึงบริการผ่าตัดต่อกระดูก เป็นต้น

๒.๒ การดำเนินงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ^๖ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เริ่มทดลองดำเนินการการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่มาตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๓ ในเขตพื้นที่ สปสช.เขต ๙ นครราชสีมา และ สปสช.เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อสนับสนุนให้มีการจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่จำเป็นและสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในเขตพื้นที่ ด้วยการกระจายอำนาจการบริหารจัดการเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บางรายการให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต (สปสช.เขต) กลไกหลักในการบริหารระบบหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ คือ

^๕ <http://www.hfocus.org/content/2014/10/8483>

^๖ ด้วยความอนุเคราะห์ข้อมูลจากนพ.ชาติรี เจริญศิริ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนและประสานงานเขต สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขต (อปสข.) ประกอบด้วยตัวแทนจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เป็นไปตาม พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ ปัจจุบันมีการดำเนินการครบทุกเขตแล้ว

การดำเนินงานเขตสุขภาพดังกล่าว มีลักษณะเป็นการอภิบาลโดยรัฐ (governance by government) คือการบริหารจัดการโดยรัฐเป็นหลัก ในขณะที่ กลไกในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ในยุคระบบสุขภาพพหุลักษณะ ต้องอาศัยการอภิบาลแบบเครือข่าย เป็นสำคัญ เพื่อเอื้อให้ทุกภาคส่วนทั้ง ภาครัฐ เอกชน ประชาชนและวิชาการ เข้ามาทำงานร่วมกันแบบหุ้นส่วน (partnership) ได้อย่างแท้จริง แนวคิดการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชนนี้ จึงแตกต่างกับแนวคิดเขตสุขภาพของหน่วยงานรัฐต่างๆ ที่มีอยู่ เดิม

๓. สาระสำคัญของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

๓.๑ หลักการสำคัญ

๓.๑.๑ *ยึดประโยชน์สุข สุขภาวะประชาชนในเขตพื้นที่เป็นศูนย์กลาง* โดยทุกภาคส่วนที่มี บทบาทเกี่ยวข้องกับสุขภาพ สุขภาวะของคน ชุมชนและสังคม ความเป็นเจ้าของ มีความผูกพัน ร่วม รับผิดชอบ (Collective accountability) ร่วมกัน กำหนดวิสัยทัศน์ ประเด็นสุขภาพ และร่วมกันขับเคลื่อน งานเพื่อจัดการสุขภาพในทุกมิติ อย่างครบวงจร

๓.๑.๒ *ยึด “หลักการ ทิศทาง และแนวทางสำคัญของการปฏิรูประบบสุขภาพ ภายใต้ การปฏิรูปประเทศไทย”* ตามมติ ๖.๘ ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ พ.ศ.๒๕๕๖ ประกอบด้วย (๑) การปฏิรูประบบการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการจัดการภัยคุกคามสุขภาพ (๒) การปฏิรูประบบ บริการสุขภาพ (๓) การปฏิรูประบบการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพ (๔) การปฏิรูประบบการเงินการคลัง และระบบหลักประกันสุขภาพ และ (๕) การปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ (ดู สรุปสาระสำคัญโดยสังเขปในข้อ ๑.๒ (๑) ถึง (๕) ข้างต้น) เป็นกรอบการดำเนินการ

๓.๑.๓ เป็นกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามภารกิจ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (Area - Function - Participation : AFP)^๑

๓.๑.๔ เน้นการประสานพลังปัญญา พลังสังคมและพลังรัฐ

๓.๒ เป้าประสงค์

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพแบบมี ส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่ และสอดคล้องต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัว และ ชุมชน ในเขตพื้นที่

^๑ ดาวันโหลดที่ http://nha2013.samatcha.org/sites/default/files/NHA6_res6_8_HSReform_annex.pdf

^๒ เป็นการทำงานแบบบูรณาการที่ใช้พื้นที่เป็นตัวตั้ง และประสานภารกิจ อีกทั้งเน้นกระบวนการมีส่วนร่วม จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกันเป็นต้น

๓.๓ วัตถุประสงค์

๓.๓.๑ เพื่อเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมด้านสุขภาพของเขตพื้นที่ ซึ่งทิศทางและบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในด้านสุขภาพทุกมิติ ทั้งทางกาย ใจ ปัญญาและสังคม ที่มุ่งความเป็นธรรมและลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพทั้งภายในเขตพื้นที่และระหว่างเขตพื้นที่

๓.๓.๒ เพื่อเป็นกลไกรองรับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนด และจัดการสุขภาพของตนเองในทุกมิติ รวมทั้งการติดตามประเมินผล โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้ด้านการจัดการสุขภาพให้สังคมเข้มแข็งขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดสมดุลในการอภิบาลระบบสุขภาพโดยรัฐ ตลาด และเครือข่าย^๙

๓.๓.๓ เพื่อจุดประกายและกระตุ้นให้องค์กรภาคีต่าง ๆ สามารถดำเนินงานบรรลุมารกิจของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๓.๔ เพื่อส่งเสริมแนวทางการกระจายอำนาจ และสร้างความเข้มแข็งให้กับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพในการปฏิรูปประเทศไทย ในด้านการปฏิรูปการอภิบาลระบบสุขภาพและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่เน้นบทบาทการมีส่วนร่วมของชุมชนท้องถิ่น และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชน^{๑๐} ตามมติ ๖.๓ ของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี ๒๕๕๖

๓.๓.๕ เป็นกลไกเสริมพลังของหน่วยงานต่างๆ ที่มีปฏิบัติการในเขตพื้นที่และเอื้อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ ควบคู่กับการสานพลัง (Synergy) เพื่อให้แต่ละหน่วยสามารถทำงานได้บรรลุตามภารกิจที่หน่วยนั้น ๆ รับผิดชอบ โดยให้ความสำคัญกับประเด็นที่เกี่ยวกับสุขภาพตามแนวคิด “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” (Health in All Policies)

๓.๔ ภารกิจของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

๓.๔.๑ สร้างพื้นที่บูรณาการการทำงานด้านสุขภาพของทุกภาคส่วน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและคุณภาพในการทำงานด้านสุขภาพของทุกมิติ และลดความเหลื่อมล้ำ

^๙ การอภิบาล หมายถึง “ปฏิสัมพันธ์กันของภาครัฐ องค์กรสาธารณะต่างๆ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม เพื่อร่วมกันแก้ปัญหา ความท้าทายต่างๆ ในสังคม และสร้างสรรค์โอกาสใหม่ๆ” (เพื่อให้เกิดสุขภาพ) จำแนกเป็น

๑) การอภิบาลโดยรัฐ (Governance by Government) คือการปกครอง/ดูแลระบบ/บริหารจัดการโดยกลไกของรัฐ จากรัฐบาล ผ่านส่วนราชการลงไปยังประชาชน ตามแนวทางประชาธิปไตยแบบตัวแทน(Representative Democracy) โดยใช้ “พลังอำนาจรัฐ” (กฎหมายและงบประมาณ) เป็นเครื่องมือสำคัญ

๒) การอภิบาลโดยตลาด (Governance by Market) คือการดูแลระบบ/บริหารจัดการโดยกลไกตลาดเป็นหลัก เป็นการอภิบาลระบบที่มองเห็นโครงสร้างและกลไกไม่ชัดเจนเหมือนการอภิบาลแบบแรก มีส่วนสัมพันธ์กับกระแสโลกาภิวัตน์และทุนนิยมเสรีอย่างมาก โดยใช้ “พลังอำนาจทุน” (เงินและการจัดการทางธุรกิจ) เป็นเครื่องมือสำคัญ

๓) การอภิบาลโดยเครือข่าย (Governance by Network) คือการปกครอง/ดูแลระบบ/บริหารจัดการด้วยการทำงานเชื่อมโยงกัน เป็นเครือข่ายหลายมิติ มีผู้เล่นหลายภาคส่วน มีความสนใจและผลประโยชน์ที่แตกต่าง มีค่านิยมร่วม หลักการร่วม เป้าหมายร่วม/ทำงานร่วม/ทรัพยากรร่วมเป็นเรื่องๆไปต้องอาศัยการพูดคุยเจรจาต่อรอง/แลกเปลี่ยนเป็นหลัก ไม่มีอำนาจบังคับ ไม่ขึ้นตรงต่อกัน การอภิบาลระบบแบบนี้ เป็นไปตามแนวทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม หรือประชาธิปไตยแบบถกแถลง (Participatory/Deliberative Democracy) ใช้ “พลังอำนาจทางสังคม” (Social Power) หรือพลังแห่งความร่วมมือและเจตนาธรรมร่วมของสังคม เป็นเครื่องมือสำคัญ

^{๑๐} แผนยุทธศาสตร์ร่วมแห่งชาติว่าด้วยระบบสุขภาพชุมชน มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายร่วม ดังนี้ (๑) เพื่อเสริมพลังชุมชนท้องถิ่น (๒) เพื่อให้ประเทศมีนโยบายที่เอื้อต่อการจัดการตนเองของชุมชน (๓) เพื่อสร้างเสริมสภาวะแวดล้อมทางสังคมให้หนุนเสริมชุมชน และ (๔) เพื่อสร้างและต่อยอดขยายผลองค์ความรู้ (ดาวน์โหลดที่ http://nha2013.samatcha.org/sites/default/files/NHA6_res6_3_Com_Health_annex.pdf)

๓.๔.๒ ผลักดันและขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพในเขตพื้นที่ให้สอดคล้องกับความต้องการด้านสุขภาพ (Health needs) ของประชาชน เพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่นั้นๆ โดยสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของกลไกต่างๆ ในเขตพื้นที่ เพื่อความยั่งยืน

๓.๔.๓ ร่วมกันอำนวยการเพื่อให้เกิดทิศทาง บูรณาการการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพร่วมกันในเขตพื้นที่ ของหน่วยงาน องค์กรต่างๆ และภาคประชาสังคม โดยให้ความสำคัญกับการกิจร่วม ประสาน ร่วมแลกเปลี่ยน ร่วมชี้ทิศทาง ร่วมบูรณาการ ร่วมระดมสรรพกำลังและทรัพยากรขับเคลื่อน เน้นเรื่องที่เกิดขีดความสามารถของจังหวัดหนึ่งจังหวัดได้จะทำได้เอง หรือเรื่องในกลุ่มจังหวัดตกลงร่วมกัน ทั้งนี้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม ด้วยการทำให้เกิดกระบวนการถกแถลงและกำหนดทิศทางร่วมกัน^{๑๑} จากนั้นให้แต่ละหน่วยงานไปดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้อง ภายใต้กลไก กฎหมาย ระเบียบ บทบาทภารกิจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน หรืออาจร่วมกันดำเนินงานในส่วนที่ร่วมกันได้ โดยใช้แผนปฏิบัติการร่วมหรือโครงการร่วมเป็นเครื่องมือ

ภาพแสดงกรอบคิดของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน



๓.๕ ขอบเขตหรือการครอบคลุมของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

เขตสุขภาพเพื่อประชาชน จัดแบ่ง เป็น ๑๒ เขต และกรุงเทพมหานครจัดเป็น ๑ เขต (หรือเป็น ๑๒+๑ เขต) เพื่อให้สอดคล้องกับกรอบพื้นที่การทำงานของภาคีหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โดยการกำหนดเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ให้เป็นไปตามรายการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนและจังหวัดภายใต้เขตสุขภาพเพื่อประชาชนที่ระบุในภาคผนวก ทั้งนี้ อาจมีเขตสุขภาพเพื่อประชาชนลักษณะอื่นเป็นกรณีพิเศษ คือ อาจมีเขตสุขภาพเพื่อประชาชนสำหรับการดำเนินงานในลักษณะเชิงประเด็นได้

๓.๖ โครงสร้างของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลักคือ (๑) คณะกรรมการสนับสนุนเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กสขป.) เป็นกลไกสนับสนุนการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (๒) คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

^{๑๑} ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในพื้นที่ร่วมกัน เพื่อเป็นฐานในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence) ในการตัดสินใจทางนโยบายและการกำหนดทิศทางการทำงานของกลไกการทำงานระดับเขต

(กขป.) เน้นการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม ที่สามารถสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมในการจัดการกับประเด็นที่หลากหลายและมีทิศทางในการจัดการประเด็นปัญหาที่แตกต่างกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ (ง) กลไกเลขานุการกิจ ที่มาจากหน่วยงานหลักๆ ที่มีบุคลากรและทรัพยากรสนับสนุนงานได้ตามสมควร รวมทั้งเข้ามาทำงานในฐานะหน่วยเลขานุการร่วมของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เมืองค์ประกอบและบทบาทหน้าที่ดังนี้

๓.๖.๑ คณะกรรมการสนับสนุนเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กสขป.) ที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้ง มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

๑) กสขป. เมืองค์ประกอบ ดังนี้

๑.๑) ผู้ทรงคุณวุฒิ เป็นประธานกรรมการ

๑.๒) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย และผู้แทนกรุงเทพมหานคร

๑.๓) ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงกำไร จำนวน ๓ คน

๑.๔) ผู้แทนองค์กรปกครองท้องถิ่น ที่นอกเหนือจากกรุงเทพมหานคร จำนวน ๑

คน

๑.๕) ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๒ คน ซึ่งแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ในงานด้านสุขภาพ

๑.๖) เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติเป็นกรรมการและเลขานุการ

๒) กสขป. มีวาระ ๔ ปี โดยกรรมการจะดำรงตำแหน่งติดต่อกันได้ไม่เกิน ๒ วาระ

๓) กสขป. มีอำนาจและหน้าที่ ดังนี้

๓.๑) กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการสรรหาคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

๓.๒) ดำเนินการสรรหาคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

๓.๓) ประสานความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๓.๔) ให้คำแนะนำปรึกษา ข้อเสนอแนะและสนับสนุนการพัฒนาระบบงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน และงานที่เกี่ยวข้อง ต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนและหน่วยงานอื่นๆ ตามที่เห็นสมควร

๓.๕) แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือดำเนินการตามที่ กสขป. มอบหมาย

๓.๖.๒ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.)

๑) คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๑ - ๑๒

๑.๑) ในแต่ละเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ให้มีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เมืองค์ประกอบมาจาก ๓ ภาคส่วน (ภาครัฐ, ภาควิชาการ/วิชาชีพ, ภาคประชาชนและสังคม) ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน กรรมการแต่ละคนมีวาระการดำรงตำแหน่ง ๓ ปี และดำรงตำแหน่งติดต่อกันได้ไม่เกิน ๒ วาระ

๑.๒) ประธาน กขป. และรองประธานอีกไม่เกิน ๒ คน มาจากคนละภาคส่วน โดยเป็นการคัดเลือกกันเอง ทั้งนี้ ประธานดำรงตำแหน่งได้เพียง ๑ วาระ และต้องสลับภาคส่วนกันทำหน้าที่

๑.๓) องค์ประกอบ กขป. ในแต่ละเขต สำหรับ กขป. เขตที่ ๑ - ๑๒ มีดังนี้

ประเภท	องค์ประกอบ	จำนวน (คน)	ที่มา
ภาคส่วนที่ ๑ ภาครัฐ (๑๖ คน)			
	๑) ผู้แทนในเขตพื้นที่ของกระทรวงสาธารณสุข	๔	ก.สธ. สรรหาและมอบหมาย
	๒) ผู้แทนในเขตพื้นที่ของ สปสช.	๑	สปสช มอบหมาย
	๓) ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	๑	สสส มอบหมาย
	๔) ผู้แทนในเขตพื้นที่กระทรวงการพัฒนาลุ่ม	๑	หน่วยงานส่ง
	๕) ผู้แทนในเขตพื้นที่กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ	๑	หน่วยงานส่ง
	๖) ผู้แทนในเขตพื้นที่ของกระทรวงศึกษาธิการ	๑	หน่วยงานส่ง
	๗) ผู้แทนในเขตพื้นที่ของกระทรวงมหาดไทย	๑	หน่วยงานส่ง
	๘) ผู้แทนในเขตพื้นที่ของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์	๑	หน่วยงานส่ง
	๙) ผู้แทนในเขตพื้นที่ของกรมบัญชีกลาง	๑	หน่วยงานส่ง
	๑๐) ผู้แทนในเขตพื้นที่ของสำนักงานประกันสังคม	๑	หน่วยงานส่ง
	๑๑) ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตพื้นที่ <ul style="list-style-type: none"> • อบจ. (๑) • เทศบาล(๑) • อบต.(๑) 	๓	สรรหา [เนื่องจากเมืองพัทยาเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีกฎหมายจัดตั้งขึ้นเป็นการเฉพาะ(เช่นเดียวกับ กทม.) จึงให้ผู้แทนเมืองพัทยาร่วมเป็นกรรมการในเขตพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง ๑ คน]
ภาคส่วนที่ ๒ ภาควิชาการ/วิชาชีพ (๑๑คน)			
	๑) มหาวิทยาลัย/วิทยาลัย (ที่มีการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ) ในเขตพื้นที่	๒	สรรหา
	๒) ผู้ทรงคุณวุฒิ/ปราชญ์ชาวบ้าน ในเขตพื้นที่	๔	สรรหา
	๓) ผู้แทนในเขตพื้นที่ของสภาวิชาชีพด้านสุขภาพ	๓	สรรหา
	๔) ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่	๒	สรรหา
ภาคส่วนที่ ๓ ภาคประชาชนและสังคม (๑๖ คน)			
	๑) กรรมการสุขภาพแห่งชาติ จากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนในเขตพื้นที่	๑	คสช มอบหมาย
	๒) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านสตรี	๑	สรรหา
	๓) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านคนพิการ	๑	สรรหา

ประเภท	องค์ประกอบ	จำนวน (คน)	ที่มา
	๔) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านผู้สูงอายุ	๑	สรรหา
	๕) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านเด็กเยาวชน	๑	สรรหา
	๖) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านคุ้มครองผู้บริโภค	๑	สรรหา
	๗) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านสิ่งแวดล้อม	๑	สรรหา
	๘) กลุ่ม/เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข	๑	สรรหา
	๙) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านอื่นๆ	๔	สรรหา
	๑๐) ผู้แทนสื่อมวลชนในเขตพื้นที่	๑	สรรหา
	๑๑) ผู้แทนสถานพยาบาลเอกชนในเขตพื้นที่	๑	สรรหา
	๑๒) ผู้แทนร้านยา ในเขตพื้นที่	๑	สรรหา
	๑๓) ผู้แทนสภาหอการค้า/สภาอุตสาหกรรม ในเขตพื้นที่	๑	สรรหา

๑.๔) ฝ่ายเลขานุการกิจของ กขป. แต่ละเขต สำหรับเขตที่ ๑ - ๑๒

๑.๔.๑) ใช้รูปแบบ “กองเลขานุการกิจร่วม” ที่มีผู้แทนจากหน่วยงานหลัก ๆ ได้แก่ กศร., สปสช., สช., สสส. องค์กรปกครองท้องถิ่น สถาบันการศึกษาและองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร โดยให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่

๑.๔.๒) ใช้ทรัพยากรของหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องมาทำงานร่วมกัน หรือ อาจมีการทำโครงการเฉพาะรวมทั้งใช้สถานที่ทำงานของหน่วยงานในพื้นที่ตามที่เห็นชอบร่วมกัน

๒) คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตกรุงเทพมหานคร

เนื่องจากกรุงเทพมหานคร เป็นมหานครขนาดใหญ่ มีบริบทของความเป็นเมืองและการบริหารจัดการเมืองที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ ในประเทศ มีกรุงเทพมหานคร เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบพิเศษทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการบริหารจัดการเมืองในทุกด้าน โดยมีผู้บริหารสูงสุดมาจากการเลือกตั้ง ซึ่งมีหน้าที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาวะของประชาชนในภาพรวม ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน สามารถขับเคลื่อนให้เป็นเวทีบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงาน องค์กรที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถทำงานตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพ และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ได้อย่างเป็นรูปธรรม นำไปสู่การทำงานเชิงรุก และการทำงานที่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ของหน่วยงาน องค์กรต่างๆ ที่ทำงานอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมและการพัฒนาความเข้มแข็งของภาคประชาชน ในการร่วมกันพัฒนาสุขภาวะของชุมชนและสังคม จึงกำหนดโครงสร้างของ กขป. กรุงเทพมหานคร ดังนี้

๒.๑) ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธาน กขป. กรุงเทพมหานคร

๒.๒) คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน มาจาก ๓ ภาคส่วน (ภาครัฐ, ภาควิชาการ/วิชาชีพ, ภาคประชาชนและสังคม) กรรมการแต่ละคนมีวาระการดำรงตำแหน่ง ๓ ปี และดำรงตำแหน่งติดต่อกันได้ไม่เกิน ๒ วาระ

๒.๓) องค์ประกอบ กขป. กรุงเทพมหานคร มีดังนี้

ประเภท	องค์ประกอบ	จำนวน (คน)	ที่มา
ภาคส่วนที่ ๑ ภาครัฐ (๑๘ คน)			
	๑) ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย เป็นประธาน	๑	
	๒) ผู้แทนกรุงเทพมหานคร	๖	กทม. สรรหา และ มอบหมาย
	๓) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข	๓	ก.สธ. สรรหาและ มอบหมาย
	๔) ผู้แทน สปสช.	๑	สปสช มอบหมาย
	๕) ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	๑	สสส มอบหมาย
	๖) ผู้แทนกระทรวงการพัฒนาลังคมฯ	๑	หน่วยงานส่ง
	๗) ผู้แทนกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	๑	หน่วยงานส่ง
	๘) ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ	๑	หน่วยงานส่ง
	๙) ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย	๑	หน่วยงานส่ง
	๑๐) ผู้แทนกรมบัญชีกลาง	๑	หน่วยงานส่ง
	๑๑) ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม	๑	หน่วยงานส่ง
ภาคส่วนที่ ๒ ภาควิชาการ/วิชาชีพ (๑๑คน)			
	๕) มหาวิทยาลัย/วิทยาลัย (ที่มีการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ)	๔	สรรหา
	๖) ผู้ทรงคุณวุฒิ	๒	สรรหา
	๗) ผู้แทนสภาวิชาชีพด้านสุขภาพ	๓	สรรหา
	๘) ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุข	๒	สรรหา
ภาคส่วนที่ ๓ ภาคประชาชนและสังคม (๑๔ คน)			
	๑) กรรมการสุขภาพแห่งชาติ จากผู้แทนองค์กรภาคเอกชน	๑	คสช มอบหมาย
	๒) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านสตรี	๑	สรรหา
	๓) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านคนพิการ	๑	สรรหา
	๔) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านผู้สูงอายุ	๑	สรรหา
	๕) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านเด็ก เยาวชน	๑	สรรหา
	๖) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านคุ้มครองผู้บริโภค	๑	สรรหา
	๗) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านสิ่งแวดล้อม	๑	สรรหา
	๘) กลุ่ม/เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข	๑	สรรหา
	๙) กลุ่ม/เครือข่าย องค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร ด้านอื่นๆ	๒	สรรหา

ประเภท	องค์ประกอบ	จำนวน (คน)	ที่มา
	๑๐) ผู้แทนสื่อมวลชน	๑	สรรหา
	๑๑) ผู้แทนสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย	๑	สรรหา
	๑๒) ผู้แทนสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย	๑	สรรหา
	๑๓) ผู้แทนสถานพยาบาลเอกชน	๑	สรรหา

๒.๔) ฝ่ายเลขานุการกิจของ กขป. กรุงเทพมหานคร

๒.๔.๑) ใช้รูปแบบ “กองเลขานุการกิจร่วม” ที่มีผู้แทนจากหน่วยงานหลัก ๆ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร กสธ., สปสช., สช., สสส. สถาบันการศึกษาและองค์กรเอกชนที่ไม่แสวงกำไร โดยให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่

๒.๔.๒) ใช้ทรัพยากรของหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องมาทำงานร่วมกัน หรืออาจมีการทำโครงการเฉพาะรวมทั้งใช้สถานที่ทำงานของหน่วยงานในพื้นที่ตามที่เห็นชอบร่วมกัน

หมายเหตุ กขป. อาจพิจารณาแต่งตั้งที่ปรึกษาคณะกรรมการจากผู้ที่เหมาะสม จำนวนไม่เกิน ๕ คน และการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ให้คำนึงถึงความหลากหลายทางเพศ และความครอบคลุมพื้นที่จังหวัดต่างๆ ภายในเขตด้วย

๓) บทบาทหน้าที่ของ กขป.

๓.๑) สนับสนุนการจัดการความรู้ที่เน้นการมีส่วนร่วม ศักยภาพและทุนทางสังคมด้านสุขภาพของพื้นที่ รวมถึงสนับสนุนการประเมินสถานะสุขภาพ และการดำเนินงานของเขตพื้นที่

๓.๒) ร่วมกันกำหนดทิศทางการพัฒนา ยุทธศาสตร์ นโยบายสาธารณะ^{๑๒} เพื่อสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วม เพื่อให้เกิดเป็นการพัฒนาของพื้นที่ พัฒนาที่สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

๓.๓) ประสาน บูรณาการแผนของภาคีในพื้นที่และภาคีนอกพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการร่วมหรือรูปแบบการทำงานข้ามภาคส่วนร่วมกัน ในการดำเนินการให้เป็นไปตามทิศทางการพัฒนา ยุทธศาสตร์ ที่กำหนดร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ในข้อ ๔.๒ ทั้งนี้ อาจเลือกบางประเด็นมาทำร่วมกันตามความเหมาะสม

๓.๔) สนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมการพัฒนาความร่วมมือ ผ่านเครื่องมือและกลไกใหม่ๆ ที่สามารถเชื่อมโยงการทำงานกับกลไกที่มีอยู่แล้วด้วย

๓.๕) ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพต่อหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๓.๖) สื่อสารกับสังคมในเรื่องการดำเนินงานต่างๆ ของเขตพื้นที่

^{๑๒} นโยบายสาธารณะ หมายความว่า ทิศทาง หรือแนวทางที่สังคมเชื่อ หรือต้องการให้เป็นไปทางนั้น เพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างสันปรโยชน์ เกื้อกูลกัน และเกิดความสุขของคนในสังคม อาจเป็นนโยบายที่เป็นทางการ เป็นลายลักษณ์อักษร หรือไม่ก็ได้

๓.๗) แต่งตั้งคณะกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ให้สอดคล้องกับปัญหาหรือบริบทของพื้นที่ ตามความเหมาะสม

๓.๗ แนวทางการทำงานหรือการบริหารจัดการ

การบริหารจัดการนับเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนงานให้บรรลุตามกรอบแนวคิดและวัตถุประสงค์จึงควรมีแนวทางการบริหารจัดการดังนี้

๓.๗.๑ ควรพัฒนาวิธีการจัดการใหม่ เช่น การทำแผนร่วม การพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายร่วมกัน โดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่มีอยู่ การจัดการระบบข้อมูลใหม่ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนและการใช้ข้อมูลร่วม การใช้งานวิชาการเป็นฐานการทำงานร่วมกัน การวางแผนเป้าหมายและแผนงานร่วมเพื่อการจัดการระบบสุขภาพของพื้นที่ การจัดการเครือข่าย และการสร้างพื้นที่กลางให้เครือข่ายได้ทำงานร่วมกัน และเปิดพื้นที่สาธารณะในรูปแบบต่างๆ เนื่องจากการทำงานของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เป็นเรื่องการจัดการแนวใหม่ แม้ว่าเขตพื้นที่อาจเป็นพื้นที่เดิม ควรให้ความสำคัญกับการจัดการความรู้ และการทำความเข้าใจกับคนที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดอุดมการณ์ร่วม และควรทบทวนกฎหมายและระเบียบต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการทำงานขับเคลื่อน/แก้ไขปัญหาสุขภาพต่างๆ ในเขตพื้นที่ด้วย

๓.๗.๒ ควรวางแผนทางการเชื่อมประสานกับกลไกโครงสร้างแนวดิ่งและแนวนอนที่มีอยู่โดยมีการจัดระบบความสัมพันธ์ระหว่างคณะกรรมการ กลไก/เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และประชาชนในพื้นที่ เพื่อหนุนเสริมการทำงาน

๓.๗.๓ ควรมีการกำหนดประสิทธิภาพของกลไกและกระบวนการมีส่วนร่วมของเขตพื้นที่ให้ชัดเจน โดยมีเครื่องมือสำหรับการติดตามความก้าวหน้าและประเมินผลที่เหมาะสม กำหนดเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จการทำงาน ที่เชื่อมโยงกับตัวชี้วัดการทำงานของหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องด้วย โดยให้การประเมินผลการทำงานเป็นกระบวนการเรียนรู้ พัฒนา และยกระดับการจัดการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

๓.๗.๔ อาจใช้เครื่องมือพัฒนานโยบายสาธารณะต่างๆ เช่น สมัชชาสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ แผนแม่บทพื้นที่ เป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ และเชื่อมโยงระดับพื้นที่สู่ระดับชาติ เช่น ควรมีเวทีทบทวน สังเคราะห์ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติการจริงในพื้นที่ (interactive learning through action) ระหว่างเขตพื้นที่ทั้งระดับจังหวัด เขต ประเทศ อย่างสม่ำเสมอ

๓.๗.๕ ใช้งบประมาณของหน่วยงานต่างๆ มาบูรณาการร่วมกันผ่านการจัดทำแผนปฏิบัติการ โครงการร่วม หรือข้อตกลงร่วม

๓.๗.๖ ควรกำหนดให้การประชุมของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เป็นกระบวนการเปิดที่ให้โอกาสทุกภาคส่วนที่สนใจสามารถเข้าร่วมรับฟัง สังเกตการณ์ รวมทั้งเสนอความคิดเห็นต่อที่ประชุมได้ นอกจากนี้ คณะกรรมการฯ ควรมีการสื่อสารสาธารณะในรูปแบบที่หลากหลาย รวมถึงมีการจัดทำรายงานสาธารณะเพื่อเผยแพร่การดำเนินงานเป็นประจำปี อีกด้วย



ภาคผนวก

เขตสุขภาพเพื่อประชาชนและจังหวัดภายใต้เขตสุขภาพเพื่อประชาชน

๑. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๑

- ๑) เชียงราย
- ๒) น่าน
- ๓) พะเยา
- ๔) แพร่
- ๕) เชียงใหม่
- ๖) แม่ฮ่องสอน
- ๗) ลำปาง
- ๘) ลำพูน

๒. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๒

- ๑) ตาก
- ๒) พิษณุโลก
- ๓) เพชรบูรณ์
- ๔) สุโขทัย
- ๕) อุตรดิตถ์

๓. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๓

- ๑) ชัยนาท
- ๒) กำแพงเพชร
- ๓) พิจิตร
- ๔) นครสวรรค์
- ๕) อุทัยธานี

๔. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๔

- ๑) นนทบุรี
- ๒) ปทุมธานี
- ๓) พระนครศรีอยุธยา
- ๔) สระบุรี
- ๕) ลพบุรี
- ๖) สิงห์บุรี
- ๗) อ่างทอง
- ๘) นครนายก

๕. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๕

- ๑) กาญจนบุรี
- ๒) นครปฐม
- ๓) ราชบุรี
- ๔) สุพรรณบุรี
- ๕) ประจวบคีรีขันธ์
- ๖) เพชรบุรี
- ๗) สมุทรสงคราม
- ๘) สมุทรสาคร

๖. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๖

- ๑) ฉะเชิงเทรา
- ๒) ปราจีนบุรี
- ๓) สระแก้ว
- ๔) สมุทรปราการ
- ๕) จันทบุรี
- ๖) ชลบุรี
- ๗) ตราด
- ๘) ระยอง

๗. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๗

- ๑) กาฬสินธุ์
- ๒) ขอนแก่น
- ๓) มหาสารคาม
- ๔) ร้อยเอ็ด

๘. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๘

- ๑) บึงกาฬ
- ๒) เลย
- ๓) หนองคาย
- ๔) หนองบัวลำภู
- ๕) อุดรธานี
- ๖) นครพนม
- ๗) สกลนคร

๙. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๙

- ๑) ชัยภูมิ
- ๒) นครราชสีมา
- ๓) บุรีรัมย์
- ๔) สุรินทร์

๑๐. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๑๐

- ๑) มุกดาหาร
- ๒) ยโสธร
- ๓) ศรีสะเกษ
- ๔) อุบลราชธานี
- ๕) อำนาจเจริญ

๑๑. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๑๑

- ๑) ชุมพร
- ๒) นครศรีธรรมราช
- ๓) สุราษฎร์ธานี
- ๔) กระบี่
- ๕) พังงา
- ๖) ภูเก็ต
- ๗) ระนอง

๑๒. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๑๒

- ๑) พัทลุง
- ๒) ตรัง
- ๓) นราธิวาส
- ๔) ปัตตานี
- ๕) ยะลา
- ๖) สงขลา
- ๗) สตูล

๑๓. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตที่ ๑๓

- ๑) กรุงเทพมหานคร