

**รายงานผลการศึกษา**  
**ของคณะกรรมการวิสามัญศึกษาแนวทาง**  
**การจัดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร**

.....

ด้วยในคราวประชุมสภากรุงเทพมหานคร สมัยประชุมสามัญ สมัยที่ ๓ (ครั้งที่ ๒) ประจำปี พุทธศักราช ๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๐ ที่ประชุมได้พิจารณาญัตติของนายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เรื่อง ขอให้สภากรุงเทพมหานครตั้งคณะกรรมการวิสามัญศึกษาแนวทางจัดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร และลงมติเห็นชอบให้ตั้งคณะกรรมการวิสามัญฯ โดยกำหนดระยะเวลาในการศึกษา ๑๘๐ วัน ประกอบด้วย

- |                     |                  |
|---------------------|------------------|
| ๑. นายพรเทพ         | ศิริวนารังสรรค์  |
| ๒. นางสุกัญญา       | สุวัฒน์วงศ์      |
| ๓. พลตรี สุทธิชัย   | วงษ์บุบผา        |
| ๔. นายพรชัย         | เทพปัญญา         |
| ๕. นายนิรันดร์      | ประดิษฐกุล       |
| ๖. นายอำนาจ         | กาจินะ           |
| ๗. นางอรจิตต์       | บำรุงสกุลสวัสดิ์ |
| ๘. นางศรินธร        | สนธิศิริกฤตย์    |
| ๙. นายประเทือง      | เผ่าดิษฐ์        |
| ๑๐. นายประสิทธิ์ชัย | มั่งจิตร         |
| ๑๑. นายวงวัฒน์      | ลิ่วลักษณ์       |
| ๑๒. นายบรรลือ       | สุกใส            |
| ๑๓. นางภาวิณี       | รุ่งทนต์กิจ      |
| ๑๔. นายพินัย        | ล้วนเลิศ         |

คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้เลือก นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เป็นประธานกรรมการ นายนิรันดร์ ประดิษฐกุล เป็นรองประธานกรรมการ คนที่หนึ่ง นางสุกัญญา สุวัฒน์วงศ์ เป็นรองประธานกรรมการ คนที่สอง และนางศรินธร สนธิศิริกฤตย์ เป็นกรรมการและเลขานุการ

๑. คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ตั้งคณะอนุกรรมการ ๑ ชุด คือ คณะอนุกรรมการศึกษารวบรวม ด้านวิชาการและกฎหมายแนวทางการจัดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร โดยมี นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์ เป็นประธานอนุกรรมการ และ นางเสาวลักษณ์ บุญณรงค์ เป็นอนุกรรมการและเลขานุการ

๒. คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ประชุม ๒๖ ครั้ง และ คณะอนุกรรมการศึกษารวบรวม ด้าน วิชาการและกฎหมายแนวทางการจัดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร ได้ประชุม ๒๕ ครั้ง

๓. คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ขอขยายเวลาในการพิจารณาออกไปอีกเป็นเวลา ๑๘๐ วันตามมติ สภากรุงเทพมหานครในคราวประชุมสามัญสามัญ สมัยที่ ๑ (ครั้งที่ ๑) ประจำปีพุทธศักราช ๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๑๐ มกราคม ๒๕๖๑

คณะกรรมการวิสามัญศึกษาแนวทางการจัดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร และคณะอนุกรรมการศึกษารวบรวมด้านวิชาการและกฎหมายแนวทางการจัดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ อาทิ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการเขต ผู้ทรงวุฒิด้านการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการจัดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ

บัดนี้ คณะกรรมการวิสามัญฯ ได้ศึกษาเรื่องดังกล่าวเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการศึกษา ดังต่อไปนี้

### ความเป็นมา

กรุงเทพมหานครเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษที่มีขนาดใหญ่มาก โดยมีพื้นที่และประชากรที่อยู่ในความรับผิดชอบจำนวนมาก เมื่อเทียบทั้งขนาดและประชากรแล้วกรุงเทพมหานครมีขนาดเท่ากับ ๕ จังหวัด มีการแบ่งพื้นที่ออกเป็น ๕๐ เขต แต่กรุงเทพมหานครไม่มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่อำนวยการพื้นที่เท่าอำเภอดังเช่นการบริหารในอำเภอ ทำให้กฎหมายหลายฉบับขาดการบังคับใช้ในระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร เช่น พระราชบัญญัติอาหาร พระราชบัญญัติยาฯ พระราชบัญญัติเครื่องสำอางฯ พระราชบัญญัติวัตถุที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทฯ พระราชบัญญัติโรคติดต่อฯ พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นฯ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฯ พระราชบัญญัติโรงงานฯ ซึ่งมีกรณีเหตุเดือดร้อนรำคาญและสิ่งอันตรายที่ต้องบังคับใช้โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ระดับเขตของกรุงเทพมหานคร จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดรูปแบบ อำนวยการให้เกิดการดูแลด้านสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พื้นฟูในระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร จึงต้องศึกษาแนวทางจัดตั้งหน่วยอำนวยการสาธารณสุขระดับอำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร

ในองค์ประกอบของคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีนายอำเภอที่มีอำนาจในการบริหารงานในเขตพื้นที่ตามระบบการบริหารราชการส่วนภูมิภาคเป็นประธาน มีสาธารณสุขอำเภอที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบสุขภาพในทุกเรื่องตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูสภาพเป็นกรรมการและเลขานุการ สำหรับกรุงเทพมหานคร ในร่างระเบียบฯ กำหนดให้องค์ประกอบของคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) มีผู้อำนวยการเขตเป็นประธาน ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีภารกิจในการดูแลระบบสุขภาพของประชาชนเป็นกรรมการและเลขานุการ ผู้อำนวยการเขตมีภารกิจในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนในเขตพื้นที่มากกว่านายอำเภอ เพราะต้องรับผิดชอบในการดำเนินงานตามนโยบายทั้งของกรุงเทพมหานครและกระทรวงต่างๆ ในขณะที่ระบบและโครงสร้างการบริหารงานในรูปแบบองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษที่แตกต่างจากระบบการบริหารราชการส่วนภูมิภาค มีผลให้ผู้อำนวยการไม่มีอำนาจในการบริหารงานได้ครอบคลุมในทุกเรื่องได้อย่างนายอำเภอ อาทิเช่น ในด้านการสาธารณสุข กรุงเทพมหานครมีศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๘ แห่งกระจายอยู่ในพื้นที่เขตเป็นหน่วยงานภายใต้การกำกับของสำนักอนามัย ผู้อำนวยการเขตมีหน้าที่ในการประสานการดำเนินการ ไม่มีอำนาจในการสั่งการได้โดยตรง

คณะกรรมการวิสามัญฯ จึงเห็นว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาว่าจะจัดโครงสร้างของกรุงเทพมหานครด้านการสาธารณสุขอย่างไรให้เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และสามารถรองรับภารกิจในการดูแลด้านสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พื้นฟูในระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่บัญญัติไว้ในร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. .... ที่จะประกาศใช้ ตลอดจนภารกิจงาน

ด้านการสาธารณสุขกำหนดไว้ตามรัฐธรรมนูญ ตามมติคณะรัฐมนตรี และตามพระราชบัญญัติต่างๆ รวมทั้งการประสานความร่วมมือกับกลไกต่างๆที่เกิดขึ้นในพื้นที่ เช่น คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนที่เป็นกลไกดูแลภาพรวมในการจัดการด้านสุขภาพของประชาชน ดูแลประชาชนทั้งเขตสุขภาพ ซึ่งกรุงเทพมหานครเป็นเขตสุขภาพที่ ๑๓ การบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกรุงเทพมหานครที่จะมีการประกาศใช้เป็นปีแรกเป็นต้น หากโครงสร้างไม่สอดคล้อง จะทำให้กรุงเทพมหานครไม่สามารถขับเคลื่อนให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ได้

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ได้ร่วมกันพัฒนาและขยายผลการดำเนินงานคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ได้ทดลองดำเนินงานมาแล้วใน ๒๐๐ อำเภอให้ครอบคลุมทุกอำเภอทั่วประเทศ รวมทั้งกรุงเทพมหานครในระดับเขตทั้ง ๕๐ เขต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อบูรณาการและกำกับดูแลการใช้จ่ายงบประมาณด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ โดยให้นายอำเภอหรือผู้อำนวยการเขตเป็นประธานกรรมการ และออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีรองรับการดำเนินการ ตามแนวคิด “คนไทย ใส่ใจดูแลกัน”

**เป้าหมาย** เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำ โดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เน้นหนักในผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชยะ และสิ่งแวดลอม โดยใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางประชารัฐ โดยให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำ **ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี** รองรับการดำเนินงาน รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณในการแก้ปัญหาเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณา **พร้อมทั้งปรับแก้กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องให้สามารถบูรณาการการบริหารจัดการ** ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถนำทรัพยากรในภาคเอกชน ประชาชน มาบูรณาการกับภาครัฐ ส่งเสริมให้เกิดกลไกประชารัฐ ในการขับเคลื่อนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ต่อไป รวมทั้งขยายความร่วมมือบูรณาการการทำงานร่วมกันของ ๔ กระทรวง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานต่าง ๆ เช่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - พ.ศ. ๒๕๖๔)

นายกรัฐมนตรีและหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้ลงนามในระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๑ และประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๑ ซึ่งมีผลบังคับใช้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศตั้งแต่วันที่ถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

### วิธีพิจารณาศึกษาของคณะกรรมการวิสามัญฯ

๑. **ศึกษาและวิเคราะห์เอกสาร**การจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ในขณะนั้น) และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดย

๑) ผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ นพ.ยงยศ ธรรมวุฒิ ที่ปรึกษาระดับกระทรวง นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน ชี้แจงนโยบายการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่าง

เป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็น  
เจ้าของ และภาวะการนำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล  
ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความ ยั่งยืนสืบไป

๒) ผู้แทนจากสำนักอนามัย (สนอ.) ได้แก่ นพ.วงวัฒน์ ลีวลักษณ์ และ นพ.สุนทร สุนทร  
ชาติ รองผู้อำนวยการสำนักอนามัย นพ.สมชาย ตรีทิพย์สถิต ผู้อำนวยการกองสร้างเสริมสุขภาพ ชี้แจง  
ความก้าวหน้าในการจัดทำระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ และการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการดำเนินงาน  
ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีฯ

๒. **เชิญผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ หน่วยงาน** ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ มาให้ข้อมูลและ  
แสดงความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

#### ๒.๑ การเงินการคลังของภาครัฐ

โดยเชิญผู้แทนจากหน่วยงานต่างๆ ที่มีภารกิจและงบประมาณในการดำเนินงาน  
เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนมาแนะนำเสนอแนะ เป้าหมายและทิศทางของหน่วยงานเพื่อใช้เป็น  
ข้อมูลประกอบการพิจารณาบูรณาการการดำเนินงานร่วมกัน ได้แก่

๑) ผู้แทนจากกรมบัญชีกลาง  
๒) ผู้แทนจากสำนักงานประกันสังคม (สปส.)  
๓) ผู้แทนจากสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) กรมควบคุมโรค  
๔) ผู้แทนจากสำนักงานการแพทย์ (สกพ.)  
๕) ผู้แทนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร  
(สปสช. เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร) ได้แก่ นายประเทือง เผ่าดิษฐ์ ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ นำเสนอ (๑) ระบบข้อมูล  
การบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(PP) ระบบข้อมูลการเจ็บป่วยในส่วนของสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วน  
หน้า (Universal Coverage (UC) และในส่วนของสำนักบริการสาธารณสุขเขตสุขภาพ สำนักงานประกันสังคม  
(๒) ข้อมูลเครือข่ายภาคประชาชน (๓) งบประมาณสนับสนุนจำแนกรายประเภทกิจกรรม และ (๔) ความก้าวหน้า  
ในการประกาศใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

๖) ผู้แทนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) ได้แก่  
นพ.ชาญวิทย์ วสันต์ธนารักษ์ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนการพัฒนาระบบสุขภาพ นางสาววรรรณ อภารัตน์  
ผู้ช่วยผู้อำนวยการฯ นายฉัตรดนัย พลพัฒน์ นักวิเคราะห์และบริหารโครงการ นำเสนอการสนับสนุนการสร้างเสริม  
ความเข้มแข็งของทุกภาคส่วนบนหลักการ OTTWA CHARTER

๓) ผู้แทนจากสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้แก่ นางสาวฐิติพร คหัทธรา  
ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เขตกรุงเทพมหานคร (ศ.กรุงเทพมหานคร)  
นางสาวรัตนา เอิบกิง ผู้อำนวยการ นำเสนอ (๑) การสนับสนุนการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม  
บนพื้นฐานทางปัญญา หรือ Participatory Public Policy Process base on Wisdom (๔PW) (๒) การดำเนินงาน  
เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑๓ และ (๓) แผนภาพความเชื่อมโยงการดำเนินงานของกลไกต่างๆ  
ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร

#### ๒.๒ กระบวนการและประสบการณ์ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน

๑) ผู้แทนจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ District Health  
Board (DHS) ของอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ดร.นวลฉวี เพิ่มทองชูชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา คุณพิเชษฐ์ คิดเห็น ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมาด้านวิชาการ  
คุณณัฐมา เกิดสุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมา นำเสนอ  
กระบวนการสร้างร่วมมือของภาคีต่างๆ ในพื้นที่และวิธีการดำเนินงานจนประสบผลสำเร็จเป็นพื้นที่ตัวอย่าง

๒) ผู้แทนจากโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์ ได้แก่ พญ.เลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง ผู้อำนวยการฯ นพ.อรรถพล เทิดอรุณสุขศรี รองผู้อำนวยการฯ และ นพ.ภูริทัต แสงทองพานิชกุล หัวหน้าฝ่ายวิชาการและแผนงาน นำเสนอกระบวนการทำงานที่ชุมชนในเขตบางแค เขตทวีวัฒนา เขตตลิ่งชัน เขตภาษีเจริญ และเขตหนองแขม เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยทำงานเป็นเครือข่ายร่วมกับสำนักอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๐ บางแค ศูนย์บริการสาธารณสุข ๔๘ เขตหนองแขม และศูนย์บริการสาธารณสุข ๖๗ ทวีวัฒนา ในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วย การบริการคลินิกเฉพาะทางต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ คุณภาพการบริการ ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การตั้งครรภ์แม่และเด็ก จนมีผลสำเร็จทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาพยาบาลลดลง

#### ๒.๓ การสร้างทีมงานและการพัฒนาศักยภาพ

โดยผู้แทนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ดร.สนธยา มณีรัตน์ รองผู้อำนวยการวิทยาลัยฯ นำเสนอประสบการณ์การพัฒนาคุณภาพคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอใน ๔ กลุ่มเป้าหมายขอบเขตพื้นที่จังหวัดนครนายก พระนครศรีอยุธยา นนทบุรี สระบุรี และสิงห์บุรี

#### ๒.๔ การพัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศระบบสุขภาพ

โดยผู้แทนจากคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้แก่ รศ.นพ.จิระพงษ์ อังคะรา รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล นายรัชตะ ปานดีศุภย์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายกิจการพิเศษ นายชาญวิทย์ ใจทิศ นักวิชาการคอมพิวเตอร์ นำเสนอแนวทางการบูรณาการระบบข้อมูลและสารสนเทศระบบสุขภาพของคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑๓ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต

๓. ศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ ทบทวนข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาของพื้นที่และองค์ความรู้ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาทบทวนจากเอกสารทางวิชาการ เอกสารผลการดำเนินงาน และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

๔. ประชุมปรึกษาหารือ วิเคราะห์ สังเคราะห์สรุปองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องในเรื่องศึกษา

๕. จัดทำรายงานการศึกษาแนวทางการจัดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ กรุงเทพมหานคร

### การดำเนินการของคณะกรรมการวิสามัญ

คณะกรรมการวิสามัญฯ ศึกษาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ตั้งแต่เป็นร่างระเบียบฯ จนกระทั่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๑ โดยศึกษาที่มาของการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board: DHB) และเป้าหมายการดำเนินงาน โดยกำหนดกรอบประเด็นการศึกษา แบ่งเป็น ๓ หมวด

หมวดที่ ๑ สาระสำคัญ ความเป็นมา สถานการณ์แนวโน้ม

หมวดที่ ๒ สิ่งที่ต้องดำเนินการในการพัฒนาระบบและกลไกการทำงาน การจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ การประสานงานในระดับพื้นที่ การสนับสนุน ส่งเสริม การเพิ่มสมรรถนะ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และกลไกการเงินการคลัง

หมวดที่ ๓ ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อการนำไปใช้ในพื้นที่

## ผลการศึกษา

### หมวดที่ ๑

#### สาระสำคัญ ความเป็นมา สถานการณ์แนวโน้ม

เมื่อวันที่ ๓๐ มีนาคม ๒๕๕๙ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้ลงนามความร่วมมือในการดำเนินการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตามแนวทางประชารัฐ ดำเนินการในพื้นที่นำร่อง จำนวน ๗๓ อำเภอ มีการสังเคราะห์บทเรียนนำไปสู่การขยายผลการพัฒนาในปี ๒๕๖๐ เป็น ๒๐๐ อำเภอ ครอบคลุมทุกจังหวัด

เมื่อวันที่ ๒๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐ คณะกรรมการขับเคลื่อนและปฏิรูปการบริหารราชการแผ่นดิน คณะที่ ๔ คณะขับเคลื่อนและปฏิรูปด้านสาธารณสุข ได้มีการประชุม ครั้งที่ ๒/๒๕๖๐ ที่ทำเนียบรัฐบาล โดยมีรองนายกรัฐมนตรี (พลเรือเอกณรงค์ พิพัฒนาศัย) เป็นประธานการประชุม ได้ร่วมกันพิจารณาและมีมติเห็นชอบต่อข้อเสนอ เรื่องการพัฒนาและขยายผล “คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ” ตามแนวคิด “คนไทย ใสใจดูแลกัน” มีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดความเหลื่อมล้ำ โดยการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เน้นหนักในผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ชยะ และสิ่งแวดล้อม และได้เห็นชอบให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี รองรับการดำเนินงาน รวมทั้งการบูรณาการงบประมาณในการแก้ปัญหาเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณา พร้อมทั้งปรับแก้กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถบูรณาการการบริหารจัดการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถนำทรัพยากรในภาคเอกชน ประชาชน มาบูรณาการกับภาครัฐ ส่งเสริมให้เกิดกลไกประชารัฐ ในการขับเคลื่อนให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ต่อไป รวมทั้งขยายความร่วมมือบูรณาการการทำงานร่วมกันของ ๔ กระทรวง ได้แก่ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงศึกษาธิการ และหน่วยงานต่าง ๆ เช่น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมเป็นเจ้าภาพ

เมื่อวันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๐ พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีและหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) เป็นประธานการประชุมคณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์ (มินิคabinet) ที่ตึกไทยคู่ฟ้า ทำเนียบรัฐบาล เพื่อพิจารณาเรื่องการขับเคลื่อนด้านสาธารณสุข และได้มีมติเห็นชอบในหลักการ ทั้ง ๕ ข้อตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเสนอ โดยเฉพาะการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board: DHB) เพื่อบูรณาการและกำกับดูแลการใช้จ่ายงบประมาณด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ โดยให้นายอำเภอเป็นประธานกรรมการ และให้มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี เพื่อรองรับการดำเนินการดังกล่าว

เมื่อวันที่ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ : พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีเป็นประธานการประชุม คณะรัฐมนตรี ที่ทำเนียบรัฐบาล ได้มีการนำเสนอสรุปสาระสำคัญการประชุมคณะกรรมการบริหารราชการแผ่นดินเชิงยุทธศาสตร์ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๐ เพื่อให้คณะรัฐมนตรีมีมติรับทราบ และมีผลบังคับใช้กับหน่วยราชการที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสาธารณสุขให้เกิดผลใน ๑ ปี ๔ เดือน ประกอบด้วยการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ในการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board: DHB)

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เชิญกระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(สช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ(สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) สำนักกฎหมาย และตัวแทนคณะกรรมการกฤษฎีกา ประชุมปรึกษาหารือการจัดทำร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการ

พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. .... โดยมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นพ.สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย) เป็นประธาน เพื่อพัฒนาร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการกระทรงสาธารณสุข เมื่อวันที่ ๘ , ๑๙, ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐ และวันที่ ๓, ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เมื่อวันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๖๐ นาร่างฯ ไปขอคำปรึกษาและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ (ที่ปรึกษา รัฐมนตรีว่าการกระทรงสาธารณสุข อธิบดีกรมอนามัย อธิบดีกรมควบคุมโรค )

เมื่อวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๐ นำไปปรึกษาและรับคำแนะนำจากที่ประชุมสภากรุงเทพมหานคร

เมื่อวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐ นำไปปรึกษาหารือกับรองปลัดกรุงเทพมหานคร (พญ.วันทนีย์ วัฒนชะ) และคณะ

เมื่อวันที่ ๑๓ กรกฎาคม ๒๕๖๐ นาร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ไปรับฟังความคิดเห็นจากผู้ปฏิบัติงานจริงจากพื้นที่ของจังหวัดในภาคใต้

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ ๙๑๑/๒๕๖๐ เรื่องคณะกรรมการจัดทำร่างระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. .... เพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำร่างฯ ที่บูรณาการความรู้ ประสบการณ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายภาคส่วน และได้มีการประชุมร่วมกัน เมื่อวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐ เพื่อพิจารณาร่างฯ ร่วมกัน และมีมติเห็นชอบตามร่างฯ ที่เสนอ และให้เร่งจัดทำรูปแบบเพื่อนำเสนอ ครม.

เมื่อวันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๑ ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข นำเสนอร่างที่ผ่านความเห็นชอบของผู้บริหารกรุงเทพมหานครและกระทรวงมหาดไทย เสนอนายกรัฐมนตรีและหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ลงนามในระเบียบ

เมื่อวันที่ ๘ มีนาคม ๒๕๖๑ นายกรัฐมนตรีและหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา) ได้ลงนามในระเบียบฯ

เมื่อวันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๑ ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ได้ลงประกาศในราชกิจจานุเบกษาที่มีผลบังคับใช้ครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งประเทศ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ - พ.ศ. ๒๕๖๔) กรอบเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน(SDGs) การปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ กรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๗๙ ทำให้ทุกภาคส่วนได้ช่วยกันขับเคลื่อนประเทศไทยไปสู่ความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืนตามแนวคิดประเทศไทย ๔.๐ อย่างมีประสิทธิภาพ

## หมวดที่ ๒

### สิ่งที่ต้องดำเนินการในการพัฒนาระบบและกลไกการทำงาน การจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ การประสานงานในระดับพื้นที่ การสนับสนุน ส่งเสริม การเพิ่มสมรรถนะ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และกลไกการเงินการคลัง

#### ๒.๑ ผลการศึกษาด้านการพัฒนาระบบและกลไกการทำงาน ระดับพื้นที่กรุงเทพมหานคร

จากการศึกษากรอบวิธีการปฏิรูปโครงสร้างสำนักอนามัย สำนักงานเขต เปรียบเทียบกับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เพื่อให้ครอบคลุมการประสานเชื่อมโยงในระดับเขตและระดับกลุ่มเขตในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน การกำหนดนโยบาย การบูรณาการงาน การบริหารจัดการและแผนการพัฒนาระบบ รวมทั้งกลไกการทำงานในการสนับสนุน ส่งเสริม การบริการปฐมภูมิ หมอครอบครัว (PCC) PP&P Excellence กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) การสนับสนุน การดำเนินการตาม ข้อ ๕ (๑) เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องนำผลจากการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ไปปฏิบัติ โดยมุ่งหมายให้มีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากรและภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐ และจากการศึกษาการทำงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและการจัดองค์กรของเทศบาลนครนครราชสีมา เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานของกรุงเทพมหานคร พบว่า

โครงสร้างของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) ประกอบด้วย ๑) กลุ่มงานบริการทั่วไป ๒) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข ๓) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ๔) กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ ๕) กลุ่มงานนิติการ ๖) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ๗) กลุ่มงานประกันสุขภาพ ๘) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ๙) กลุ่มงานทันตสาธารณสุข ๑๐) กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ๑๑) กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ๑๒) กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด ๑๓) กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีอำนาจหน้าที่ดำเนินการ ๑) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด ๒) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด ๓) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัด เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ๔) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่จังหวัดให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง ๕) พัฒนาระบบสารสนเทศงานสุขภาพและการสื่อสารสาธารณะด้านสุขภาพในเขตพื้นที่จังหวัด และ ๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับโครงสร้างของกรุงเทพมหานคร จะพบว่า ภารกิจและอำนาจหน้าที่ข้างต้น จะมีหลายหน่วยงานร่วมกันรับผิดชอบ อาทิเช่น สำนักยุทธศาสตร์และประเมินผล สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ สำนักสิ่งแวดล้อม สำนักพัฒนาสังคม สำนักวัฒนธรรม กีฬาและการท่องเที่ยว เป็นต้น

สำหรับ โครงสร้างและอำนาจหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ( สสอ. ) ได้แก่ ๑) จัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ ๒) ดำเนินการและให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ ๓) กำกับ ดูแล ประเมินผล และสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ๔) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานเกี่ยวกับงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่อำเภอให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวง ๕) พัฒนาระบบสารสนเทศงานสุขภาพและการสื่อสารสาธารณสุขด้านสุขภาพในเขตพื้นที่อำเภอ ๖) ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องหรือที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งเมื่อ



เปรียบเทียบกับโครงสร้างของกรุงเทพมหานครในระดับสำนักงานเขต จะพบว่า ภารกิจและอำนาจหน้าที่ข้างต้น จะมีหลายฝ่ายร่วมกันรับผิดชอบ อาทิเช่น งานการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาและฟื้นฟูสุขภาพมีศูนย์บริการสาธารณสุขภายใต้สังกัดสำนักอนามัยและโรงพยาบาลภายใต้สังกัดสำนักการแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ งานด้านการควบคุมและป้องกัน การคุ้มครองผู้บริโภคดำเนินการโดยฝ่ายสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาล งานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตดำเนินการโดยฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม เป็นต้น

การศึกษาโครงสร้างอำนาจหน้าที่ ฝ่ายอำนวยการของสำนักงานเขตและสำนักอนามัย ในด้านกรอบการทำงาน การประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาเขตสุขภาพพิเศษ การเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การพัฒนาทักษะสร้างเสริมส่วนบุคคล health literacy โดยยึดพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางและส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทย ตามรัฐธรรมนูญ การขับเคลื่อนเรื่องคุณภาพชีวิต ศูนย์เด็กเล็ก คนพิการ

### ข้อเสนอจากการศึกษา

คณะกรรมการฯ เห็นควรเสนอให้มีการปรับปรุงโครงสร้างและภารกิจของหน่วยงานทั้งสำนัก ส่วนกลางและสำนักงานเขตของกรุงเทพมหานครเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ให้บรรลุเป้าหมาย โดยเห็นสมควรดำเนินการ ดังนี้

๑. กรุงเทพมหานคร ต้องกำหนดกรอบวิธีการปฏิรูปโครงสร้างสำนักอนามัย การปรับโครงสร้าง (Reorganizing) ของสำนักอนามัย และ ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) รวมถึง Vision และ Mission ต้องจัดตั้งสำนักงานเพื่อทำหน้าที่รวบรวมผลงานของกรุงเทพมหานคร โดยขอให้จัดกลไกการรวบรวมรายงานผลการดำเนินการของ พชช. การประสานงานการอำนวยการ การจัดโครงสร้างและอำนาจหน้าที่ในการดำเนินการของสำนักอนามัย และสำนักงานเขตให้สอดคล้อง กับการรองรับภารกิจดังกล่าว เช่น โครงสร้างการอำนวยการ การดูแลคุณภาพชีวิตประชาชน การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคระดับเขต การรักษา ฟื้นฟูในระดับพื้นที่ กรุงเทพมหานคร การสร้างการมีส่วนร่วมภาคประชาชน การบริการวิชาการ การบริการสารสนเทศ การติดตาม ประเมินผล การทำหน้าที่เขตที่เกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ เช่น การอนุมัติอนุญาตจัดตั้งตลาด ต้องมีหน่วยปราบปรามจากส่วนกลางลงไปจัดการ ปรับ สิ่ง ฟ้อง ต้องมีโครงสร้างที่แบ่งหน้าที่กันให้ชัดเจน รวมถึงการสร้างเชื่อมโยงของกลไก กขป. และ พชช. ที่กำลังจะเกิดขึ้น และเพื่อสนับสนุนให้การดำเนินการของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) เป็นไปตามเป้าหมาย เจตนารมณ์ ของระเบียบฯ อันเป็นการทำตามกรอบกฎหมาย เพื่อการสนับสนุนงานในพื้นที่

๒. การปรับปรุงโครงสร้างของสำนักงานเขต ให้รองรับภารกิจดังกล่าว หรือมอบหมายภารกิจให้มีผู้รับผิดชอบในภารกิจดังกล่าวให้ชัดเจน รวมทั้งกำหนดบทบาทของ ผู้อำนวยการเขตในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน เช่น การกำกับดูแล ติดตาม และสนับสนุนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต

๓. สำนักต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักการแพทย์ สำนักสิ่งแวดล้อม สำนักการจราจรและขนส่ง สำนักวัฒนธรรมฯ สำนักพัฒนาสังคม สำนักการโยธา ต้องมีโครงสร้างการทำงานครอบคลุมการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ อย่างชัดเจน และร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนคุณภาพชีวิตของประชาชน

## ๒.๒ ผลการศึกษาด้านการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ

ข้อมูลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กระจัดกระจาย ไม่เชื่อมต่อ ปัญหาการจัดการข้อมูลไม่มีเอกภาพ จำเป็นต้องการดำเนินการพัฒนาระบบเทคโนโลยีและสารสนเทศเพื่อใช้ในการกำหนดเป้าหมายระยะ ๕ ปี ประกอบด้วย ๑) การพัฒนาระบบการจัดเก็บ การนำเข้าข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูลที่แสดงถึงคุณภาพชีวิต ประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร รวมถึงข้อมูล สถานบริการสาธารณสุข และสถานพยาบาลภาครัฐ โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสม ในการพัฒนา กระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ ๒) บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจประโยชน์ การนำมาใช้ และข้อจำกัด ของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาสนับสนุนระบบบริการสุขภาพ ผู้บริหารสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์และพัฒนา ระบบอย่างสม่ำเสมอ ๓) การนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนด เป้าหมาย การวางแผน และติดตามประเมินผล ราย ๓ เดือน ๖ เดือน และ ๑ ปี มีการใช้ระบบข้อมูลสุขภาพ ส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลที่แสดงถึงความเสี่ยง และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ประชาชน ๔) มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในรูปแบบใหม่ที่สามารถนำมาใช้สนับสนุน การพัฒนาคุณภาพชีวิต ประชาชนในพื้นที่ได้จริง เช่น การจัดบริการสุขภาพ และ ๕) มีกลไกอภิบาลระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ กลไก บูรณาการ สารสนเทศสุขภาพ กลไกการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศสุขภาพอย่างเป็น ระบบ โดยดำเนินการภายใต้ ๓ แผนงาน/โครงการ คือ ๑) การพัฒนาระบบบันทึกข้อมูลดิจิทัลหรือการเชื่อมข้อมูล จากภาคส่วนต่างๆ ๒) จัดตั้งระบบและองค์กรหลักเพื่อขับเคลื่อนการปฏิรูปและการบูรณาการสารสนเทศ สุขภาพ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกรุงเทพมหานคร และ ๓) การสนับสนุนการวิจัยและพัฒนาเพื่อส่งเสริมการใช้ ประโยชน์จากสารสนเทศสุขภาพและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกรุงเทพมหานคร

การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ ต้องสามารถบ่งชี้ สถานการณ์ปัญหาที่แตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ เขต เช่น ในเขตเมืองมีปัญหาเรื่องฝุ่นละออง ปัญหารถติด ในเขตนอกเมืองมีปัญหาเด็กวัยรุ่นเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ มอเตอร์ไซด์ สิ่งนี้ต้องมาจากข้อมูลไม่ใช่การใช้ความรู้สึกนึกคิด ดังนั้น ในระดับเขตจำเป็นต้องมีข้อมูลจาก สถานการณ์ปัญหาสำคัญของพื้นที่เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการทำงาน การกำหนดเป้าหมายและแนวทางการ ดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อการตัดสินใจตาม ข้อ ๕ (๑) โดยมี กรอบการดำเนินการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับนโยบาย สถานการณ์ และคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยคืนข้อมูลเข้าปัญหา และปัจจัยเสี่ยง (Information) ดังนี้

๑) ด้านโรคติดต่อ ได้แก่ วัณโรค ไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ โรคพิษสุนัขบ้า ตัวอย่างโรคพิษสุนัขบ้า มีข้อมูลสัตว์ คน รายอำเภอ ที่สามารถคืนให้ได้ แบบ Real Time สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ข่าวกรอง ความเสี่ยงได้ ๕ มิติ ในเขตเสี่ยง

๒) ด้านโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (Road Traffic Injury: RTI) รวมทั้งภัยสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยง ได้แก่บุหรืเหล้าโรคจากการประกอบอาชีพ แรงงาน นอกระบบ เป็นต้น

๓) ด้านสิ่งแวดล้อมเช่น ขยะ และสิ่งแวดล้อม

๔) ด้านกลุ่มวัย : ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย

โดยมีคณะกรรมการข้อมูลและสารสนเทศระบบสุขภาพ ภายใต้คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อ ประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๑๓ และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง กำหนดประเด็น เป้าหมายรายประเด็น เป็นการนำ ข้อมูลในภาพรวมของกรุงเทพมหานครเพื่อที่จะสามารถนำข้อมูลมาใช้ในระดับเขตโดยการประมวลผล และ วิเคราะห์แนวโน้มต่างๆ ด้วยวิธีการออกแบบ Big Data ในระบบ Cloud ข้อมูลทุกมิติหลังประมวลผลจะเปิด ให้กับเครือข่ายได้นำไปใช้ประโยชน์ โดยใช้วิธีการแยกระดับชั้นการเข้าถึงข้อมูล การออกแบบส่วนกลางจะใช้ เว็บไซต์ของศูนย์เวชศาสตร์เขตเมือง ตอนนี้มีข้อมูลภาคประชาชนผ่านการกรอมาแล้วเป็นข้อมูลง่ายๆ ที่ประชาชนทั่วไปอ่านเข้าใจได้ง่าย ส่วนนี้ไม่ต้องใช้รหัส ส่วนที่สองเป็นข้อมูลสำหรับการวิจัย ส่วนข้อมูลสำหรับ

เครือข่ายส่วนนี้จะมีการป้องกันไว้ เช่น ข้อมูลปฐมภูมิ สิ่งที่คุณะทำงานต้องการคือ ๑) ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และ ๒) เป้าหมาย ผลลัพธ์ที่ต้องการ โดยข้อมูลจะดึงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักอนามัย สำนักงานการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) กรมบัญชีกลาง ประกันภัยกลาง โรงพยาบาลและสถานพยาบาลเอกชน สำนักวิชาการของกระทรวงต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร ข้อมูลจะมีการไหลเข้าเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีการเชื่อมข้อมูลกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสิ่งสำคัญคือ ๑) ข้อมูลจะต้องมีคุณภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงของประชาชน ๒) เพิ่มคุณภาพในการบริการประชาชน จะต้องเอาข้อมูลนี้มาทำยุทธศาสตร์ซึ่งจะต้องเห็นแนวโน้มเพื่อนำมากำหนดยุทธศาสตร์

### ข้อเสนอจากการศึกษา

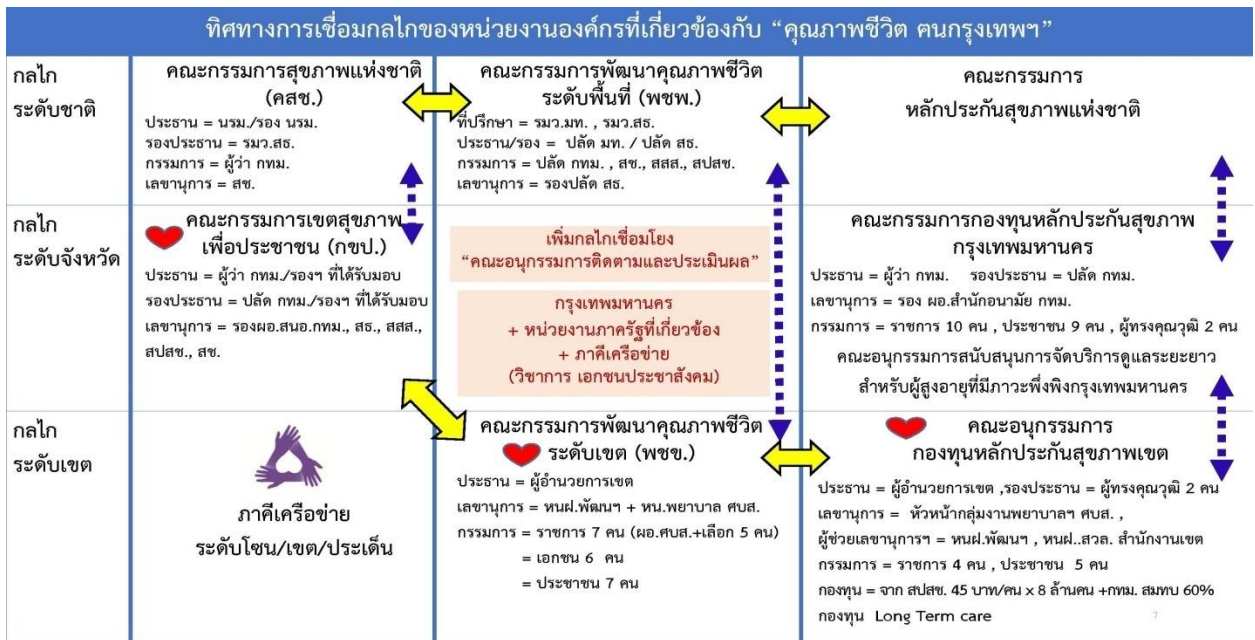
คณะกรรมการฯ เห็นควรเสนอให้กรุงเทพมหานครโดยมหาวิทยาลัยวชิราวุฒิราช สำนักอนามัย และหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบภารกิจในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ต้องเร่งดำเนินการจัดการระบบข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน พชช. ทั้งเนื้อหา (Content) และกระบวนการ (Data Processing) การไหลเวียนของข้อมูล หน่วยรับส่งและหน่วยใช้ การใช้ Big Data รวมถึงข้อมูลกองทุนหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพมหานคร การสนับสนุนข้อมูลให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.) เพื่อทำให้เห็นข้อมูลปัญหาสุขภาพของคนในเขตพื้นที่นั้น ในเบื้องต้นข้อมูลของ สปสช. ที่มีจะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ ข้อมูลอีกส่วน คือ ข้อมูลคนพิการที่จะต้องเชื่อมกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่ง สปสช. มีบริการบางส่วน เช่น การรับรถเข็น การรับเครื่องช่วยฟัง และอุปกรณ์อย่างอื่น เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สามารถสนับสนุนการดำเนินงาน พชช. ได้ดี

เนื่องจากการวางแผนจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบปัญหาสำคัญของพื้นที่ จากข้อมูลที่เป็นจริงก่อนการวางแผนการดำเนินงาน โดยต้องยึดถือว่าการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ไม่สามารถแยกกันอย่างเด็ดขาด สำนักอนามัย หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต้องบูรณาการความร่วมมือ โดยงานส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคต้องครอบคลุมทุกสิทธิ การจัดเก็บ และนำข้อมูลการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สิทธิการรับบริการต่างๆ รวมถึงการสำรวจต่างๆ ของสำนักอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สปสช. สปส. และภาคเอกชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการวางแผนเป้าหมาย และวางแผนการดำเนินงานในระยะยาว ตัวอย่างข้อมูลที่ควรนำมาใช้ประโยชน์ได้แก่ข้อมูลการเจ็บป่วย จาก ๒ ส่วน ได้แก่ ๑) สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage : UC) ในส่วนของผู้ป่วยนอก (OP) ผู้ป่วยใน (IP) และ ๒) ข้อมูลของสำนักบริการสาธารณสุขเทศบาลสุขภาพ สำนักงานประกันสังคม(สปส.) รวมไปถึงการนำข้อมูลจากระบบของกระทรวงสาธารณสุขมาใช้ เช่น เรื่องการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน (Road traffic Injury :RTI ) ต้องมีการเข้าไปปัญหา และการคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ เช่น ใน ๑๒ เขตเสี่ยงมีพื้นที่ใดบ้าง สาเหตุใดแยกเป็นรายปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ แยกตามปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinant of Health)

### **๒.๓ ผลการศึกษา ด้านการประสานงานในระดับพื้นที่**

การบูรณาการงาน และการบริหารจัดการแผนการพัฒนาระบบ และกลไกการทำงาน การสนับสนุนส่งเสริม การบริการปฐมภูมิ หมอครอบครัว (PCC) PP&P Excellence กองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่น คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) โดยมุ่งหมายให้มีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากรและภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น เน้นการประสานงานแบบบูรณาการเพื่อรองรับการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต โดยศึกษารูปแบบการจัดโครงสร้างของสาธารณสุขจังหวัด มาจัดทำเป็นโครงสร้างสาธารณสุขกลุ่มเขต เพื่อรองรับภารกิจหน้าที่ การเป็นสำนักงาน

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต ระดับกลุ่มเขต และสร้างความเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาพบกลไกการทำงานระดับชาติที่เชื่อมโยง กับกลไกระดับเขต คือ พชข. ตามภาพ



**ข้อเสนอจากการศึกษา**

เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องนำผลจากการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ไปปฏิบัติ โดยมุ่งหมายให้มีการบูรณาการร่วมกันของ หน่วยงานของรัฐ และเอกชนในพื้นที่ การบูรณาการที่รวมถึงทรัพยากรและภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละ หน่วยงานของรัฐนั้น โดยสำนักอนามัย และ เขตสุขภาพพิเศษ กระทรวงสาธารณสุขต้องร่วมกันส่งเสริมและ สนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันระหว่างหน่วยงานของรัฐภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจน ชุมชนในพื้นที่ เพื่อให้มีเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่ โดยให้ยึดถือ ประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

ทั้งนี้ สถาบันวิชาการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขในพื้นที่ ต้องร่วมกับสำนักอนามัย และหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องในกรุงเทพมหานคร จัดให้มีทีมให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่ พชข. หรือหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางที่กำหนด หรือเป้าหมาย และแนวทางของแต่ละพื้นที่ รวมถึงการให้ข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขเพิ่มเติมหรือ ปรับปรุงกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

**ข้อเสนอจากการศึกษา**

คณะกรรมการฯ เห็นควรเสนอให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.) พิจารณา แต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน พชข.” เพื่อเป็นกลไกในการเชื่อมประสานและ สนับสนุนการดำเนินงานระหว่าง พชข. กรุงเทพมหานคร และ พชพ. และเสนอให้กรุงเทพมหานครมีนโยบายใน การเชื่อมประสานการใช้ประโยชน์จากกลไกที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างสำคัญระหว่าง คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) เขตพื้นที่ ๑๓ ที่มีผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครเป็นประธานและมี ปลัดกรุงเทพมหานครเป็นรองประธาน พชข. และคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับเขตที่มี ผู้อำนวยการเขตเป็นประธาน เพื่อเป็นการบริหารจัดการการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนของ การดำเนินงานและการสั่งการ และเกิดประโยชน์สูงสุด

## ๒.๔ ผลการศึกษาด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

จากการศึกษาบทบาทหน้าที่ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต ต้องดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมาย และแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่ ดังนั้นคณะกรรมการต้องมีสมรรถนะในการวิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหา เพื่อการกำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการ ในส่วนนี้ คณะกรรมการต้องมีศักยภาพด้านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูล สู่การกำหนดประเด็นปัญหา ที่นำไปสู่การ กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริง และสภาพปัญหาในพื้นที่ นอกจากนี้ คณะกรรมการต้องทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมาย และแนวทางที่คณะกรรมการกำหนด ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ โดยมีสมรรถนะสำคัญคือการสร้างการมีส่วนร่วม การนำร่องเพื่อให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น และมีความสามารถในการ สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และผู้ประกอบการในพื้นที่ รวมถึงสมรรถนะในการประสานงานหรือร่วมมือกับพช. คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หรือหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกเขตพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสมรรถนะในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

จากการศึกษาโครงสร้าง ระบบการทำงานของสำนักงานเขต การดำเนินงานของศูนย์บริการสาธารณสุข พบว่า จากบทบาทของ พชช. ต้องเข้าใจบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ ต้องมีสมรรถนะในการวิเคราะห์ ประสานงานเพื่อให้เกิดการทำงานแบบบูรณาการในพื้นที่ บุคลากรต้องมีศักยภาพในการเป็นวิทยากร กระบวนการ การประสานบูรณาการ การวิเคราะห์ข้อมูล การพัฒนาศักยภาพคนให้สามารถดำเนินการบูรณาการ ใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพ และจะต้องใช้อำนาจรัฐของเขตให้เกิดกระบวนการบูรณาการเพื่อทำตามภารกิจ ที่อยากจะทำ ในกระบวนการอบรมจะต้องมีการอบรมเชิงปฏิบัติการ คือ ฝึกปฏิบัติโดยใช้แนวทางการระดมการทำงานร่วมกันของหน่วยงานในพื้นที่

### ข้อเสนอจากการศึกษา

เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของ พชช. ทั้ง ๒๒ คนที่ผู้อำนวยการเขตพิจารณาแต่งตั้งจากบุคคล ตามข้อ ๑๕ และเลขานุการของ พชช. ตามข้อ ๑๖ คณะกรรมการฯ เห็นควรเสนอให้สำนักอนามัยร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข พิจารณาจัดทำหลักสูตรพัฒนาศักยภาพ พชช. ใน ๔ กลุ่มได้แก่ กลุ่มประธาน คือ ผู้อำนวยการเขต กลุ่มผู้แทนจากภาคประชาชน กลุ่มเลขานุการ และทีมวิชาการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน ดังนี้

๑. การพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการ เพื่อการขับเคลื่อนและสนับสนุนการดำเนินงาน พชช. ประกอบด้วย ประธาน เลขา และคณะกรรมการ แยกเป็น ๓ หลักสูตร (เอกสารปรากฏในภาคผนวก) เพื่อสร้างความเข้มแข็งเชิงกระบวนการให้สอดคล้องกับการจัดตั้งกลไก การเสริมศักยภาพทีมเลขา พชช. และผู้อำนวยการเขตดำเนินการโดย สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นผู้รับผิดชอบจัดการอบรม ดำเนินการอบรมในวันที่ ๒-๓ เมษายน ๒๕๖๑

๒. การพัฒนาหลักสูตร และพัฒนาระบบการให้บริการคำปรึกษา โดยพัฒนาคณะกรรมการวิชาการ ให้มีความสมรรถนะด้านการให้คำปรึกษา เพิ่มเติมจาก ที่คณะกรรมการวิชาการมีความรู้เฉพาะด้านในเชิงลึก เพื่อสนับสนุนวิชาการรายประเด็นและจัดทำโครงการพัฒนาเครื่องมือ ได้แก่ ชุดความรู้ แนวทางปฏิบัติ การฝึกอบรม การประเมินผลโดยดำเนินการคู่ขนานกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้วยเครื่องมือเป็นชุดรวมความรู้ เพิ่มเติมความรู้จากข้อประเด็นปัญหา ความรู้แนวความคิดการจัดระบบ กลไกการจัดการเหตุฉุกเฉินที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในเขตนั้นดำเนินการโดย สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นผู้รับผิดชอบจัดการอบรม ร่วมกับสถาบันป้องกัน

ควบคุมโรคเขตเมือง คณะกรรมการและเลขานุการ กขป.มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยในพื้นที่ ๖ โชนเขต โดยรับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ดำเนินการประมาณ ปลายเดือนเมษายน ถึงต้นเดือนพฤษภาคม ๒๕๖๑

๓. การพัฒนาคนเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ข้อสรุปเรื่องการพัฒนาคนแบ่งเป็น ๒ ชุด ได้แก่

๑) ผู้อำนวยการเขตและทีมเลขานุการในรูปแบบของการชี้แจงร่วมกัน ทีมเลขานุการทำแผน และทีมผู้อำนวยการเขตต้องเข้าใจ บทบาทหน้าที่ การใช้เงิน กฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ และ ๒) การมีส่วนร่วมภาคประชาชนและองค์กรอื่นๆ จะต้องจัดเป็นการเฉพาะมีการคุยเพื่อแบ่งบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายเพื่อให้งานสำเร็จได้ กลุ่มนี้ต้องมีความรู้และสมรรถนะด้านการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อให้ทุกคนมาร่วมทำแผน รวมถึงการมีส่วนร่วมภาคประชาชน ด้านการประเมินผล เป็นการอบรมเพื่อเปลี่ยนแปลงวิสัยทัศน์และทัศนคติ

๔. การจัดอบรม ต้องจัดให้สอดคล้องกับกลุ่มคน ไม่ให้หนักกลับวิธีการอบรม ต้องใช้หลักการสอน ผู้ใหญ่ เรียนแบบผู้ใหญ่ สร้างแรงบันดาลใจจากการฟัง จากกรณีตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จ โดยใช้วีดีโอ เพื่อการสะท้อนคิด การจัดอบรมต้องใช้ทีมวิทยากรกระบวนการ (Facilitator) เพื่อสร้างบุคลากร ที่ต้องทำงานในบทบาทของ พชช. ที่ต้องเป็นจุดประสานงานเพื่อให้เกิดการทำงาน พื้นที่กรุงเทพฯ

สรุปการอบรมต้องใช้เทคนิค A-I-C ในการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในพื้นที่ ต้องวิเคราะห์ให้เห็นว่าอะไรคือปัญหาของพื้นที่ แล้วเอาปัญหานั้นมาเป็นประเด็นในการขับเคลื่อนเป็นการทำงานร่วมกันในลักษณะบูรณาการระหว่างภาครัฐและภาคประชาชน โดยใช้เงินจากกองทุนท้องถิ่นจะมาปิดช่องว่างที่ภาครัฐทำไม่ถึงไม่ครอบคลุม สภาพปัญหาคือ กรุงเทพมหานครมีชุมชนจัดตั้งจะมีประมาณ ๒,๐๗๑ ชุมชน คิดเป็น ร้อยละ ๓๓ ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ยังมีชุมชนที่ไม่ได้จัดตั้งอีก จำนวน ร้อยละ ๖๗ ที่กรุงเทพมหานครไม่สามารถทำให้เกิดความครอบคลุมได้ กลไกนี้ภาคประชาชนต้องลุกขึ้นมาแล้วรัฐเป็นคนสนับสนุน โดยใช้กระบวนการ A-I-C เลือกประเด็นวิเคราะห์สาเหตุ คนที่ดำเนินการนี้ต้องเก่ง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ต้องการ ในส่วนนี้ กขป. ต้องเป็นคนชี้ประเด็น ยกตัวอย่างเมื่อการประชุม กขป. ๑/๒๕๖๑ นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ ได้ไปนำเสนอเรื่อง Road Traffic injuries วิเคราะห์ให้เห็นปัญหาและแนวทางการเคลื่อน สุดท้ายหน่วยปฏิบัติ คือ สำนักงานเขต

## ๒.๕ ผลการศึกษาเรื่อง กลไกการเงินการคลัง

การพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน มีเงินจากหลายภาคส่วน เช่น สช. ในกลไก ประชาธิปไตย กระทรวงพัฒนาสังคม สำนักงานป้องกันและบำบัดยาเสพติด (ปปส.) พชช. สำนักพัฒนาสังคม กองทุนพัฒนาบทบาทสตรี กองทุนผู้สูงอายุ รวมถึง NGOs และสถานประกอบการที่รับเงินจาก สสส. เพื่อดำเนินการพัฒนาสุขภาพ ในพื้นที่หรือในองค์กร

### ข้อเสนอจากการศึกษา

คณะกรรมการฯ เห็นว่า พชช. สามารถใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นและทรัพยากรจากหน่วยงานต่างๆ ในพื้นที่ โดยคณะกรรมการต้องประสานกับคณะกรรมการกองทุนสุขภาพท้องถิ่น กรุงเทพมหานครเพื่อศึกษาแผนการใช้งบประมาณกองทุนฯ ที่มีหน่วยบริหารจัดการอยู่ในระดับเขต จะต้องดูเรื่องบุคลากรที่จะต้องรับผิดชอบ ถ้าหากคนไม่พอถ้ามีระเบียบต้องทำอะไรเพิ่มคน โดยเงินกองทุน ๑๕ เปอร์เซ็นต์ของเงินจำนวน ๔๕ บาทต่อคนในจำนวนประชากร ๘.๐๘ ล้านคน ที่ได้จาก สปสช. รวมประมาณ ๓๖๔ ล้านบาท รวมกับเงินสมทบจากกรุงเทพมหานคร อีกร้อยละ ๖๐ = ๒๑๖ บาท รวม ๕๘๐ ล้านบาท เงินส่วนนี้สามารถนำมาบริหารจัดการเพื่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ได้ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่จะมาดูแลกองทุนสุขภาพท้องถิ่น และ พชช. ต้องจัดทำ รูปแบบและแนวทางการใช้เงินกองทุน โดยให้พัฒนารูปแบบจากการดำเนินงานของ สสส. โดยแบ่งจัดสรรงบประมาณบริหารจัดการ ๑๐ เปอร์เซ็นต์ให้ส่วนกลาง จะมีเงินงบประมาณลงเขตประมาณ ๙ ล้านบาท/เขต

สิ่งที่เป็นห่วงและยำ คือ ไม่ใช่เป็นการให้เงินประชาชนไปทำงานแต่ให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอำนวยความสะดวกโดยภาครัฐเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

ทั้งนี้ ผู้อำนวยการเขตในฐานะประธาน และฝ่ายเลขา ต้องทำการศึกษาพื้นที่ว่ามีเงินส่วนใดลงมาในพื้นที่บ้าง เพื่อบูรณาการการทำงาน ไม่ให้เกิดการซ้ำซ้อน

## ๒.๖ ผลการศึกษาด้านการติดตามประเมินผล

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินการและการประเมินผลด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตไม่มีการตั้งเป้าหมายและผู้รับผิดชอบการดำเนินงานเชิงบูรณาการที่ชัดเจน ทำให้การประเมินผลไม่สามารถดำเนินการได้ เช่น การบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจราจรทางถนน (RTI) ใน ๕๐ เขต พบว่ามี ๑๒ เขต ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง ทำให้ไม่สามารถติดตามประเมินผลและดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นรูปธรรม

### ข้อเสนอจากการศึกษา

ให้มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชช.) เพื่อเป็นกลไกในการเชื่อมประสานและสนับสนุนการดำเนินงานระหว่าง พชช. กรุงเทพมหานคร และ พชพ. ให้มีหน้าที่ให้คำปรึกษา ตั้งเป้าหมาย ติดตามประเมินผลการดำเนินงานของทุกเขต และภาพรวมของกรุงเทพมหานครเพื่อใช้ในการดำเนินงานของ พชพ. และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขต ๑๓ โดยเน้นการเยี่ยมเสริมพลัง มุ่งสร้างแรงจูงใจด้านบวกโดยใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศ และให้มีการติดตามประเมินผลแบบเชื่อมโยงไม่แยกส่วน เน้นบูรณาการระหว่างหน่วยงานวิชาการของกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ใน ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับที่ ๑ ระดับประเทศ ที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชพ.) ซึ่งเป็นระดับนโยบายประเทศ ระดับที่ ๒ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขต ๑๓ กรุงเทพมหานคร (กขป.) และระดับที่ ๓ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต (พชช.)

### หมวดที่ ๓

#### ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อนำไปใช้ในพื้นที่

กล่าวโดยสรุปจากการศึกษาพบว่าเพื่อให้การทำงานตามแนวทางการจัดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๐ มีประสิทธิภาพ ทางคณะกรรมการฯ ขอเสนอแนะให้กรุงเทพมหานครเตรียมการในประเด็นต่างๆ ดังนี้

#### ๑. ด้านการพัฒนาระบบ

๑.๑ การทำงานพัฒนาคุณภาพชีวิตเน้นเรื่องการใช้พื้นที่ระดับเขตเป็นที่ตั้ง และให้มีการบูรณาการโดยสร้างแรงจูงใจ ทั้งนี้ให้ผู้อำนวยการเขตในพื้นที่อำนวยการเขตให้เกิดการบูรณาการในระดับเขตอย่างเป็นรูปธรรม

๑.๒ ให้กรุงเทพมหานคร ร่วมกับสถาบันฯ ศูนย์วิชาการ ผู้รับผิดชอบพื้นที่กรุงเทพมหานครของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน จัดให้มีหน่วยงานรับผิดชอบจัดทำระบบฐานข้อมูลคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้มีความเชื่อมโยงกัน เพื่อกำหนดเป้าหมาย วางแผน และประเมินผล

๑.๓ให้นำผลการดำเนินงานสร้างนโยบายสาธารณะจากคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขตพื้นที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร มาพิจารณาใช้ในการวางแผนทำงานระดับเขต

๑.๔ พัฒนาบุคลากรอย่างน้อย ๔ กลุ่ม ได้แก่ ประธาน เลขาธิการ ภาคประชาชน และทีมวิชาการ เพื่อให้เกิดความรู้ความสามารถ ทักษะการบูรณาการและทัศนคติที่ดีในการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขต

## ๒. ด้านการปรับปรุงโครงสร้างหน่วยงาน

การปรับปรุงหน่วยงาน กรุงเทพมหานคร ด้านบริหารจัดการระดับพื้นที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้รองรับการรับมอบการกระจายอำนาจจากกระทรวงและหน่วยงานต่างๆ เช่น พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พระราชบัญญัติยา พระราชบัญญัติอาหาร พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พระราชบัญญัติประกันสังคม พระราชบัญญัติเสพติดให้โทษ ฯลฯ

ให้กรุงเทพมหานคร จัดตั้งหน่วยอำนวยการที่มีสำนักงานเลขานุการ อาจจะใช้ที่ทำงานเขตหรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข ตามความเหมาะสม

## ๓. ด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ให้ผู้อำนวยการเขตบูรณาการการใช้ทรัพยากรในระดับเขตจากทุกภาคส่วน อาทิ กองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร กองทุนด้านอุบัติเหตุ กองทุนสนับสนุนบริการสุขภาพ (Long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง กองทุนพัฒนาบทบาทสตรี และงบประมาณจากหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมฯ สำนักงานป้องกันและบำบัดยาเสพติด (ปปส.) สถาบันพัฒนาองค์กรเอกชน (พชอ.) รวมถึง NGOs และสถานประกอบการที่รับเงินจาก สสส. สปสช. ฯลฯ เพื่อดำเนินการพัฒนาสุขภาพ ในพื้นที่ หรือในองค์กร (เพิ่มเติมชื่อเต็ม)

## ๔. ด้านระบบติดตามประเมินผล

ให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พชช.) เพื่อเป็นกลไกในการเชื่อมประสานและสนับสนุนการดำเนินงานระหว่าง พชช. กรุงเทพมหานคร และ พชพ. ให้มีหน้าที่ให้คำปรึกษา ประเมินผลการดำเนินงานของ ๖ กลุ่มเขต และภาพรวมของกรุงเทพมหานครเพื่อใช้ในการดำเนินงานของ พชพ. และคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเขต ๑๓ โดยเน้นการเยี่ยมเสริมพลังและให้มีการติดตามประเมินผลแบบเชื่อมโยงไม่แยกส่วน เน้นบูรณาการระหว่างหน่วยงานวิชาการของกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ต้องพิจารณาความสอดคล้องของกลไกทั้ง ๓ ระดับ ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับเขต

## ๕. ด้านการบริหารระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนแบบมีส่วนร่วม

๕.๑ เน้นการสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงภาคประชาชนในการจัดระบบการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยเน้นพื้นที่เขตเป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

๕.๒ ให้มีการสร้างจิตอาสาภาคประชาชนเพื่อเสริมการจัดบริการปฐมภูมิที่รัฐไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุม เช่น Care Giver ในกลุ่มผู้สูงอายุ อาสาสมัครผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน และวัยรุ่น เป็นต้น

๖. ให้มีการพัฒนาฝีมือพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตโดยการมีส่วนร่วมระหว่าง กรุงเทพมหานคร สถาบันฯ ศูนย์วิชาการของกระทรวงสาธารณสุข และ หน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง

๗. กรุงเทพมหานคร เร่งรัดการออกระเบียบและข้อบัญญัติในดำเนินการด้านงบประมาณและการเบิกจ่ายให้เกิดความยืดหยุ่นและคล่องตัว



(นายพรเทพ ศิริวนารังสรรค์)  
ประธานคณะกรรมการวิสามัญฯ



ภาคผนวก ๑

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวิสามัญศึกษาแนวทางการจัดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก ๒

คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศึกษารวบรวมด้านวิชาการและกฎหมาย  
แนวทางการจัดระบบสาธารณสุขระดับอำเภอ เขตกรุงเทพมหานคร

## ภาคผนวก ๓

## ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑

เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่เป็นไปในทิศทาง ยุทธศาสตร์ และเป้าหมาย อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานของ รัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืนสืบไป

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ (๖) และ (๘) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี จึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ “หน่วยงานของรัฐ” หมายความว่า ส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรมหาชน และหน่วยงานอื่นของรัฐ และให้หมายความรวมถึงกำนันผู้ใหญ่บ้านด้วย “พื้นที่” หมายความว่า อำเภอ หรือเขตในกรุงเทพมหานคร แล้วแต่กรณี

ข้อ ๔ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่” ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา ประกอบด้วย

(๑) ปลัดกระทรวงมหาดไทย เป็นประธานกรรมการ

(๒) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ

(๓) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมการพัฒนาชุมชน อธิบดีกรมควบคุมโรค อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น อธิบดีกรมอนามัย

ปลัดกรุงเทพมหานคร เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

(๔) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสามคน ซึ่งคณะกรรมการแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ความสามารถ ด้านการพัฒนาสังคม และด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบกลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการสาธารณสุข เป็นกรรมการและเลขานุการ

ให้ปลัดกระทรวงมหาดไทยแต่งตั้งผู้ช่วยเลขานุการ จำนวนสองคน โดยมาจากข้าราชการ ในกระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข อย่างละหนึ่งคน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

ให้สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เป็นสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการ รับผิดชอบในงานเลขานุการของคณะกรรมการ และประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการ ตลอดจนปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่คณะกรรมการมอบหมาย

ข้อ ๕ ให้คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยงานของรัฐและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปปฏิบัติ โดยมุ่งหมายให้มีการบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากรและภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานของรัฐนั้น

(๒) ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความร่วมมือและประสานงานกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ตลอดจนชุมชนในพื้นที่ เพื่อให้มีเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เหมาะสมของแต่ละพื้นที่ โดยให้ยึดถือประโยชน์ของประชาชนเป็นสำคัญ

(๓) ส่งเสริม สนับสนุน และแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานของ พชอ. และ พชข. เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดใน (๑) และเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (๒)

(๔) ให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะแก่ พชอ. หรือ พชข. หรือหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางที่กำหนดใน (๑) หรือเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (๒)

(๕) เสนอแนะแก่หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขเพิ่มเติมหรือปรับปรุงกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

(๖) กำกับดูแลและติดตามผลการดำเนินการของ พชอ. และ พชข. เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดใน (๑) และเป้าหมายและแนวทางของแต่ละพื้นที่ใน (๒)

(๗) ปฏิบัติงานอื่นใดตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

ในการดำเนินการตามวรรคหนึ่ง คณะกรรมการอาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ เพื่อปฏิบัติงานตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้

ข้อ ๖ การประชุมคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ในกรณีที่ประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้รองประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการและรองประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่ง ในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นที่ยุติ

ข้อ ๗ ในแต่ละอำเภอของทุกจังหวัด เว้นแต่กรุงเทพมหานคร ให้มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชอ.” โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัด และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นที่ปรึกษา

ให้ พชอ. ประกอบด้วย นายอำเภอ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวนไม่เกินยี่สิบคนซึ่งนายอำเภอแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

(๑) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน จำนวนหนึ่งคน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ

(๒) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่น เป็นกรรมการ

(๓) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่น หรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่าย

หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร หรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในอำเภอ เป็นกรรมการ ให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ และให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการตาม (๑) (๒) และ (๓) เป็นเลขานุการร่วมได้อีกจำนวนไม่เกินสองคน  
 ให้นำความในข้อ ๖ มาใช้บังคับกับการประชุมของ พชอ. ด้วยโดยอนุโลม

ข้อ ๘ กรรมการตามข้อ ๗ (๒) และ (๓) ต้องมีสัญชาติไทย และมีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปี บริบูรณ์ มีที่อยู่หรือปฏิบัติงานอยู่ในเขตพื้นที่ในกรณีที่มีความจำเป็นหรือเห็นสมควรเพื่อประโยชน์ของทางราชการ นายอำเภออาจแต่งตั้งกรรมการซึ่งมิใช่บุคคลสัญชาติไทยได้ โดยบุคคลนั้นต้องมีที่อยู่ในพื้นที่นั้นมาไม่น้อยกว่าห้าปี

ข้อ ๙ กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) (๒) และ (๓) มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสองปี นับแต่วันที่เข้ารับแต่งตั้ง และอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ เมื่อครบกำหนดตามวาระในวรรคหนึ่ง หากยังมีได้มีการแต่งตั้ง กรรมการขึ้นใหม่แทน ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไปจนกว่า กรรมการซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

ข้อ ๑๐ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระกรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๒) และ (๓) พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) ตาย

(๒) ลาออก

(๓) นายอำเภอมีคำสั่งให้ออก เพราะบกพร่องต่อหน้าที่หรือมีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือหย่อนความสามารถ

(๔) ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๘ วรรคหนึ่ง

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) พ้นจากตำแหน่งที่ได้รับการแต่งตั้ง เป็นผู้แทนของ หน่วยงานนั้น ให้พ้นจากการเป็นกรรมการด้วย

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๗ วรรคสอง (๑) (๒) และ (๓) พ้นจากตำแหน่งก่อนวาระตามวรรค หนึ่ง ให้นายอำเภอแต่งตั้งกรรมการขึ้นแทนตำแหน่งที่ว่างโดยเร็ว

ข้อ ๑๑ ให้ พชอ. มีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการ ตามที่ พชอ. มอบหมายได้ตามความจำเป็นและสอดคล้องกับอำนาจและหน้าที่ของ พชอ.

พชอ. อาจแต่งตั้งบุคคลผู้มีความรู้หรือประสบการณ์ที่จะยังประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่เป็นที่ ปรีक्षाพิเศษของ พชอ. เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงานตามอำนาจหน้าที่ของ พชอ. ด้วยได้ การประชุมคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน ให้เป็นไปตามที่ พชอ. กำหนด

ข้อ ๑๒ ให้ พชอ. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายและแนวทางการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา คุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่คณะกรรมการกำหนดตามข้อ ๕ (๑)

(๒) กำหนดแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพข้อเท็จจริง และสภาพปัญหาในพื้นที่

(๓) ขับเคลื่อนให้มีการดำเนินการตามเป้าหมายและแนวทางที่คณะกรรมการกำหนดตามข้อ ๕ (๑) และแผนงานและเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ตาม (๒) ให้เกิดการบูรณาการร่วมกันของ หน่วยงานของรัฐในพื้นที่ในด้านทรัพยากร บุคลากร งบประมาณ และภารกิจภายใต้อำนาจหน้าที่ของแต่ละ หน่วยงานของรัฐนั้น

(๔) สนับสนุน เสนอแนะ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน และผู้ประกอบกิจการในพื้นที่ เพื่อตอบสนองและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ให้เป็นไปตามแผนงานและเป้าหมายที่กำหนดไว้ตาม (๑) และ (๒)

(๕) ประสานงานหรือร่วมมือกับ พขอ. อื่น หรือ พชช. คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน หรือหน่วยงานอื่นทั้งในและนอกเขตพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นให้เกิดการบูรณาการในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(๖) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เป็นไปตาม (๑) และ (๒)

(๗) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่คณะกรรมการหรือตามที่ผู้ว่าราชการจังหวัดมอบหมาย

การดำเนินงานตาม (๒) ให้ พขอ. ประสานงานและร่วมกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนในพื้นที่ โดยขอให้หน่วยงานดังกล่าวส่งข้อมูลและเอกสารที่เกี่ยวข้องหรือที่จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแผนงานและเป้าหมายดังกล่าวที่เหมาะสมกับสภาพพื้นที่ ทั้งนี้ การกำหนดแผนงานและเป้าหมายดังกล่าวให้คำนึงถึงแผนพัฒนาจังหวัดและแผนพัฒนากลุ่มจังหวัดที่อำเภอนั้นอยู่ในพื้นที่ด้วย

ข้อ ๑๓ เมื่อ พขอ. จัดทำหรือแก้ไขแผนงานหรือเป้าหมายตามข้อ ๑๒ (๒) แล้ว ให้ พขอ. ส่งแผนงานหรือเป้าหมายดังกล่าว ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการ ในการนี้ ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและคณะกรรมการพิจารณาสนับสนุนตามสมควร เพื่อให้ พขอ. สามารถดำเนินการตามแผนงานหรือเป้าหมายดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ให้ พขอ. ทบทวนแผนงานหรือเป้าหมายตามข้อ ๑๒ (๒) อย่างน้อยทุกสองปี หรือเมื่อมีข้อเท็จจริงหรือสถานการณ์เปลี่ยนแปลง

ข้อ ๑๔ ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นสำนักงานเลขานุการของ พขอ. รับผิดชอบในงานเลขานุการและงานธุรการของ พขอ. และคณะอนุกรรมการที่ พขอ. แต่งตั้ง รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนที่เกี่ยวกับการดำเนินงานของ พขอ. ตลอดจนปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ พขอ. มอบหมาย และให้ดำเนินการในเรื่องดังต่อไปนี้ด้วย

(๑) เป็นหน่วยงานกลางในการขับเคลื่อนตามเป้าหมายและแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

(๒) สนับสนุนและอำนวยความสะดวกด้านข้อมูลและการดำเนินงานของ พขอ. รวมทั้งประชาสัมพันธ์หรือเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้เป็นไปตามแผนงาน เป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรับผิดชอบในการเบิกค่าใช้จ่ายประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง

ข้อ ๑๕ ในกรุงเทพมหานคร ให้แต่ละเขตมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตคณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “พชช.” โดยมีปลัดกรุงเทพมหานครและสมาชิกสภากรุงเทพมหานครในเขตนั้นเป็นที่ปรึกษา ให้ พชช. ประกอบด้วย ผู้อำนวยการเขต เป็นประธานกรรมการ และกรรมการอื่นอีกจำนวนไม่เกินสี่สิบสองคน ซึ่งผู้อำนวยการเขตแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

(๑) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในเขต จำนวนไม่เกินเจ็ดคน ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย จำนวนหนึ่งคน เป็นกรรมการ

(๒) ผู้แทนภาคเอกชนในเขต จำนวนไม่เกินหกคน โดยคัดเลือกจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประกอบกิจการด้านสุขภาพหรือสาธารณสุข สถานศึกษาเอกชน ผู้ประกอบวิชาชีพหรือประกอบกิจการอื่นเป็นกรรมการ

(๓) ผู้แทนภาคประชาชนในเขต จำนวนไม่เกินเจ็ดคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้หรือประสบการณ์เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมหรือชุมชนท้องถิ่นหรือภูมิปัญญาท้องถิ่น กลุ่มเครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไรหรือเครือข่ายอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานในเขต เป็นกรรมการ

ให้หัวหน้าฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการและเลขานุการ และให้หัวหน้าพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม

ข้อ ๑๖ ให้นำข้อ ๖ ข้อ ๘ ข้อ ๙ ข้อ ๑๐ ข้อ ๑๑ ข้อ ๑๒ และข้อ ๑๓ มาใช้บังคับกับ พชช. ด้วย โดยอนุโลม

ข้อ ๑๗ ให้ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นสำนักงานเลขานุการของ พชช. รับผิดชอบในงานเลขานุการและงานธุรการของ พชช. และคณะกรรมการที่ พชช. แต่งตั้ง และให้นำความในข้อ ๑๔ วรรคหนึ่ง มาใช้บังคับกับอำนาจหน้าที่ของฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขตด้วย โดยอนุโลม

เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติหน้าที่ของ พชช. ให้กรุงเทพมหานครจัดสรรงบประมาณเพื่อเป็นการสนับสนุนค่าเบี้ยประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการประชุม หรือค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องของ พชช. ด้วย

ข้อ ๑๘ ให้ดำเนินการแต่งตั้งกรรมการใน พชช. ตามข้อ ๗ ให้แล้วเสร็จภายในหกสัปดาห์ นับแต่วันที่ระเบียบนี้มีผลบังคับใช้

ในวาระเริ่มแรก หากได้มีการแต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๗ (๑) แล้ว ให้ พชช. ประกอบด้วยกรรมการตามข้อ ๗ (๑) และให้สาธารณสุขอำเภอเป็นกรรมการและเลขานุการ ปฏิบัติหน้าที่ไปพลางก่อนจนกว่าจะได้มีการแต่งตั้งกรรมการครบถ้วนตามข้อ ๗

ข้อ ๑๙ ให้ดำเนินการแต่งตั้งกรรมการใน พชช. ตามข้อ ๑๕ ให้แล้วเสร็จภายในหกสัปดาห์ นับแต่วันที่ระเบียบนี้มีผลบังคับใช้

ในวาระเริ่มแรก หากได้มีการแต่งตั้งกรรมการตามข้อ ๑๕ (๑) แล้ว ให้ พชช. ประกอบด้วยกรรมการตามข้อ ๑๕ (๑) และให้ฝ่ายพัฒนาชุมชนและสวัสดิการสังคม สำนักงานเขต เป็นกรรมการและเลขานุการ และหัวหน้าพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมาย เป็นกรรมการและเลขานุการร่วม ปฏิบัติหน้าที่ไปพลางก่อนจนกว่าจะได้มีการแต่งตั้งกรรมการครบถ้วนตามข้อ ๑๕

ข้อ ๒๐ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามระเบียบนี้

## ภาคผนวก ๔

## ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙

เพื่อเป็นการปฏิรูปให้เกิดการขับเคลื่อนระบบสุขภาพให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์การใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเกิดคุณภาพในการทำงาน โดยยึดประโยชน์สุขของประชาชนในเขตพื้นที่เป็นศูนย์กลาง และเน้นกระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ไม่ว่าจะหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคอื่นใดที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับสุขภาพของคน ชุมชน และสังคม มีความเป็นเจ้าของและมีความผูกพันร่วมรับผิดชอบร่วมกัน ขับเคลื่อนงานเพื่อการจัดการสุขภาพในทุกมิติ อันจะเป็นการพัฒนาาระบบสุขภาพแห่งชาติให้เป็นอย่างมีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาอย่างยั่งยืน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๑ (๖) และ (๘) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ นายกรัฐมนตรีโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี จึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ....”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหกสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

“ระบบสุขภาพ” หมายความว่า ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

“เขตสุขภาพเพื่อประชาชน” หมายความว่า เขตพื้นที่สำหรับดำเนินการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพให้เกิดการบูรณาการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคมและให้เกิดความสอดคล้องต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัว และชุมชน

“องค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข” หมายความว่า องค์กรของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขที่มีกฎหมายจัดตั้ง

“บุคลากรด้านสาธารณสุข” หมายความว่า บุคลากรด้านสาธารณสุขตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ

“คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ” หมายความว่า คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า องค์กรบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์กรบริหารส่วนตำบล และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นแต่ไม่หมายรวมถึงกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๔ จำนวนและเขตพื้นที่ของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในบัญชีท้ายระเบียบนี้ การเพิ่มหรือลดจำนวนและการเปลี่ยนแปลงเขตพื้นที่ของเขตสุขภาพเพื่อประชาชนตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามที่นายกรัฐมนตรีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ข้อ ๕ ให้นายกรัฐมนตรีรักษาการตามระเบียบนี้



## หมวด ๑

## คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ข้อ ๖ ในแต่ละเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ให้มีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน คณะหนึ่ง เรียกโดยย่อว่า “กขป.” เพื่อรับผิดชอบในการดูแล ประสานงาน และสนับสนุนให้มีการบูรณาการ เกี่ยวกับระบบสุขภาพในพื้นที่

ข้อ ๗ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑ ถึงเขตพื้นที่ ๑๒ ให้ กขป. ประกอบด้วย กรรมการซึ่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

## ก. กรรมการผู้แทนส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ

(๑) ผู้แทนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๒) ผู้แทนกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๓) ผู้แทนกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๔) ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๕) ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๖) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ในเขตพื้นที่ จำนวนสี่คน

(๗) ผู้แทนกรมบัญชีกลาง ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๘) ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๙) ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวนหนึ่งคน

(๑๐) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จำนวนหนึ่งคน

(๑๑) ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๑๒) ผู้แทนผู้บริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภท ในเขตพื้นที่จำนวน

ประเภทละหนึ่งคน

## ข. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและวิชาชีพ

(๑๓) ผู้แทนมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยที่มีการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ ในเขตพื้นที่ จำนวนสองคน

(๑๔) ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่ จำนวนสี่คน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้าน นโยบายสาธารณะ รัฐศาสตร์ หรือนิติศาสตร์ ด้านบริหารหรือเศรษฐศาสตร์ ด้านสื่อสารมวลชน ด้านพัฒนาสังคมและ ชุมชนท้องถิ่น ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านพัฒนาประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ด้านละไม่เกินหนึ่งคน

(๑๕) ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ในเขตพื้นที่ จำนวนสามคน

(๑๖) ผู้แทนบุคลากรด้านสาธารณสุข ในเขตพื้นที่ จำนวนสองคน

## ค. กรรมการภาคเอกชนและภาคประชาสังคม

(๑๗) กรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมาจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๑๘) ผู้แทนกลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ที่ปฏิบัติงาน ในเขตพื้นที่ จำนวนหกคน ซึ่งมาจากกลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ดำเนินงานด้านสตรี ด้านคนพิการ ด้านผู้สูงอายุ ด้านเด็กและเยาวชน ด้านคุ้มครองผู้บริโภค และด้านสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคน

(๑๙) ผู้แทนกลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ที่ดำเนินงานด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งมีใช้ตาม (๑๘) จำนวนสี่คน

(๒๐) ผู้แทนกลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๒๑) ผู้แทนกลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กรสื่อมวลชน ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๒๒) ผู้แทนสถานพยาบาลเอกชน ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๒๓) ผู้แทนร้านยาที่ได้รับใบอนุญาตขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๒๔) ผู้แทนหอการค้าจังหวัด ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๒๕) ผู้แทนสภาอุตสาหกรรมจังหวัด ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

ในกรณีที่เขตสุขภาพเพื่อประชาชนใด ไม่มีผู้ซึ่งจะได้รับการแต่งตั้งเป็นกรรมการในข้อใดตามวรรคหนึ่ง ให้ กขป. นั้นประกอบด้วยกรรมการทั้งหมดเท่าที่มีอยู่

ให้กรรมการตามวรรคหนึ่งหรือวรรคสอง แล้วแต่กรณี ประชุมและเลือกกันเองให้กรรมการคนหนึ่งเป็นประธานกรรมการและกรรมการอื่นเป็นรองประธานกรรมการจำนวนไม่เกินสองคน

ให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติรับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่เลขานุการของ กขป. และให้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่เลขานุการร่วม เพื่ออำนวยความสะดวกและสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของ กขป.

ข้อ ๘ ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาคณะหนึ่ง เพื่อดำเนินการสรรหา กขป. ตามระเบียบนี้

หลักเกณฑ์และวิธีการได้มาซึ่งกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้ดำเนินการดังนี้

ก. โดยการเสนอชื่อ

(๑) กรรมการตามข้อ ๗ ก. (๑) (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) (๘) (๙) (๑๐) และ (๑๑) ให้หัวหน้าส่วนราชการหรือหัวหน้าหน่วยงานของรัฐ แล้วแต่กรณี เสนอชื่อ

ข. โดยการเลือกกันเอง

(๒) กรรมการตามข้อ ๗ ก. (๑๒) ให้ผู้บริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละประเภทในเขตพื้นที่เลือกกันเอง

ค. โดยการคัดเลือกเพื่อเสนอชื่อ

(๓) กรรมการตามข้อ ๗ ค. (๒๔) ให้หอการค้าไทย คัดเลือกเพื่อเสนอชื่อ

(๔) กรรมการตามข้อ ๗ ค. (๒๕) ให้สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย คัดเลือกเพื่อเสนอชื่อ

ง. โดยการสรรหา

(๕) กรรมการตามข้อ ๗ ข. (๑๓) (๑๔) (๑๕) (๑๖) และข้อ ๗ ค. (๑๘) (๑๙) (๒๐) (๒๑) (๒๒) และ (๒๓) ให้มาจากการสรรหาโดยคณะกรรมการสรรหา

ข้อ ๙ กรรมการตามข้อ ๗ ข. และ ค. ต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) มีสัญชาติไทย

(๒) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบห้าปี

(๓) ไม่เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๔) ไม่ติดยาเสพติดให้โทษ

(๕) ไม่เคยถูกกลังโทษไล่ออก ปลดออก เลิกจ้าง หรือพ้นจากตำแหน่ง เพราะเหตุจากการทุจริตหรือประพฤตินิมิชอบ

(๖) ไม่เคยได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก ไม่ว่าจะถูกจำคุกจริงหรือไม่ก็ตาม เว้นแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

ข้อ ๑๐ กรรมการตามข้อ ๗ มีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสี่ปีนับแต่วันที่รับแต่งตั้ง

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๗ จะพ้นตำแหน่งตามวาระในวาระหนึ่ง ให้เริ่มดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งกรรมการภายในระยะเวลาไม่น้อยกว่าเก้าสิบวันก่อนวันครบวาระ หากดำเนินการไม่แล้วเสร็จภายในระยะเวลาดังกล่าว ให้กรรมการที่พ้นจากตำแหน่งตามวาระอยู่ในตำแหน่งต่อไปเพื่อปฏิบัติหน้าที่จนกว่ากรรมการที่ได้รับแต่งตั้งขึ้นใหม่จะเข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินกว่าเก้าสิบวันนับแต่วันที่ครบวาระ

ในกรณีที่กรรมการที่พ้นจากตำแหน่งตามวาระและอยู่ในตำแหน่งต่อไปเพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามวาระหนึ่งปฏิบัติหน้าที่จนครบกำหนดเก้าสิบวันนับแต่วันที่ครบวาระ แต่ยังไม่อาจดำเนินการให้ได้มาซึ่งกรรมการครบตามข้อ ๗ วาระหนึ่งหรือวาระสอง แล้วแต่กรณี ให้กรรมการที่พ้นจากตำแหน่งตามวาระดังกล่าวพ้นจากหน้าที่ และให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติดำเนินการแต่งตั้งกรรมการที่ได้รับการเลือกเพื่อทำหน้าที่ กขป. และให้ถือว่า กขป. ประกอบด้วยกรรมการเท่าที่มีอยู่นั้น และให้ดำเนินการแต่งตั้งกรรมการที่เหลือโดยเร็ว

ข้อ ๑๑ นอกจากพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการตามข้อ ๗ พ้นจากตำแหน่ง เมื่อ

(๑) พ้นจากตำแหน่งหรือการปฏิบัติหน้าที่ของหน่วยงานหรือองค์กรที่ตนเป็นผู้แทน

(๒) ตาย

(๓) ลาออก

(๔) ขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามข้อ ๙ สำหรับกรรมการตามข้อ ๗ ข. หรือ ค.

(๕) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมีมติให้ออก เพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสีย หย่อนความสามารถ หรือเหตุอื่นใดที่ทำให้เสื่อมเสียศักดิ์และตำแหน่งในการปฏิบัติหน้าที่ กขป.

ในกรณีที่มิกรรมการว่างลง ให้ดำเนินการแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างโดยเร็วหากระยะเวลาเหลือไม่ถึงเก้าสิบวันจะครบวาระ จะไม่ดำเนินการแต่งตั้งก็ได้ ในกรณีนี้ ให้ กขป. ประกอบด้วยกรรมการเท่าที่มีอยู่ให้กรรมการซึ่งได้รับแต่งตั้งแทนตำแหน่งที่ว่างมีวาระเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของผู้ซึ่งตนแทน

ข้อ ๑๒ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑๓ ซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ให้ กขป. ประกอบด้วยกรรมการซึ่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งจากบุคคลดังต่อไปนี้

ก. กรรมการผู้แทนส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ

(๑) ผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร หรือรองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครซึ่งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ

(๒) ปลัดกรุงเทพมหานคร เป็นรองประธานกรรมการ

(๓) ผู้บริหารระดับสูงของกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครแต่งตั้ง โดยมีระดับไม่ต่ำกว่าผู้อำนวยการสำนักซึ่งรับผิดชอบงานเกี่ยวกับด้านสุขภาพ จำนวนสองคน

(๔) สมาชิกสภากรุงเทพมหานคร ที่สภากรุงเทพมหานครมอบหมาย จำนวนสองคน

(๕) ผู้แทนกระทรวงการพัฒนาศักยภาพและความมั่นคงของมนุษย์ จำนวนหนึ่งคน

(๖) ผู้แทนกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จำนวนหนึ่งคน

(๗) ผู้แทนกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จำนวนหนึ่งคน

(๘) ผู้แทนกระทรวงมหาดไทย จำนวนหนึ่งคน

(๙) ผู้แทนกระทรวงศึกษาธิการ จำนวนหนึ่งคน

- (๑๐) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข จำนวนสี่คน
- (๑๑) ผู้แทนกรมบัญชีกลาง จำนวนหนึ่งคน
- (๑๒) ผู้แทนสำนักงานประกันสังคม จำนวนหนึ่งคน
- (๑๓) ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จำนวนหนึ่งคน
- (๑๔) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ จำนวนหนึ่งคน
- (๑๕) ผู้แทนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

ข. กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิและวิชาชีพ

- (๑๖) ผู้แทนมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยที่มีการจัดการศึกษาด้านสุขภาพ ในเขตพื้นที่ จำนวนสี่คน
- (๑๗) ผู้ทรงคุณวุฒิในเขตพื้นที่ จำนวนสองคน โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านนโยบายสาธารณะ รัฐศาสตร์ หรือนิติศาสตร์ ด้านบริหารหรือเศรษฐศาสตร์ ด้านสื่อสารมวลชน ด้านพัฒนาสังคมและชุมชนท้องถิ่น ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านพัฒนาประชาชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ด้านละไม่เกินหนึ่งคน
- (๑๘) ผู้แทนองค์กรวิชาชีพด้านสาธารณสุข ในเขตพื้นที่ จำนวนสามคน
- (๑๙) ผู้แทนบุคลากรด้านสาธารณสุข ในเขตพื้นที่ จำนวนสองคน

ค. กรรมการภาคเอกชนและภาคประชาสังคม

- (๒๐) กรรมการสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมาจากผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน
- (๒๑) ผู้แทนกลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ จำนวนหกคน ซึ่งมาจากกลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ดำเนินงานด้านสตรี ด้านคนพิการ ด้านผู้สูงอายุ ด้านเด็กและเยาวชน ด้านคุ้มครองผู้บริโภค และด้านสิ่งแวดล้อม ด้านละหนึ่งคน
- (๒๒) ผู้แทนกลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหากำไร ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ ที่ดำเนินงานด้านอื่นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งมิใช่ตาม (๒๑) จำนวนสองคน
- (๒๓) ผู้แทนกลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน
- (๒๔) ผู้แทนกลุ่ม เครือข่าย หรือองค์กรสื่อมวลชน ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน
- (๒๕) ผู้แทนสถานพยาบาลเอกชน ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน
- (๒๖) ผู้แทนร้านยาที่ได้รับใบอนุญาตขายยาตามกฎหมายว่าด้วยยา ในเขตพื้นที่ จำนวนหนึ่งคน

(๒๗) ผู้แทนหอการค้าไทย จำนวนหนึ่งคน

(๒๘) ผู้แทนสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย จำนวนหนึ่งคน

ในกรณีที่ไม่มีผู้ซึ่งจะได้รับการแต่งตั้งเป็นกรรมการในข้อใดตามวรรคหนึ่ง ให้ กขป. ในเขตพื้นที่ ๑๓ นั้นประกอบด้วยกรรมการทั้งหมดเท่าที่มีอยู่

ให้กรุงเทพมหานครรับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่เลขานุการของ กขป. เขตพื้นที่ ๑๓ และให้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รับผิดชอบปฏิบัติหน้าที่เลขานุการร่วม เพื่ออำนวยความสะดวกและสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของ กขป.

ให้นำความในข้อ ๙ ข้อ ๑๐ และข้อ ๑๑ มาใช้บังคับกับคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของกรรมการตามข้อ ๑๒ ข. และ ค. วาระการดำรงตำแหน่ง และการแต่งตั้งกรรมการแทนตำแหน่งที่ว่างโดยอนุโลม

ข้อ ๑๓ ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติแต่งตั้งคณะกรรมการสรรหาคณะหนึ่ง เพื่อดำเนินการสรรหา กขป. เขตพื้นที่ ๑๓ ตามระเบียบนี้

หลักเกณฑ์และวิธีการได้มาซึ่งกรรมการตามวรรคหนึ่ง ให้ดำเนินการดังนี้

ก. โดยการเสนอชื่อ

(๑) กรรมการตามข้อ ๑๒ ก. (๕) (๖) (๗) (๘) (๙) (๑๐) (๑๑) (๑๒) (๑๓) (๑๔) และ (๑๕) ให้หัวหน้าส่วนราชการหรือหัวหน้าหน่วยงานของรัฐ แล้วแต่กรณี เสนอชื่อ

(๒) กรรมการตามข้อ ๑๒ ค. (๒๗) ให้หอการค้าไทย เสนอชื่อ

(๓) กรรมการตามข้อ ๑๒ ค. (๒๘) ให้สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย เสนอชื่อ

ข. โดยการสรรหา

(๔) กรรมการตามข้อ ๑๒ ข. (๑๖) (๑๗) (๑๘) (๑๙) และข้อ ๑๒ ค. (๒๑) (๒๒) (๒๓) (๒๔) (๒๕) และ (๒๖) ให้มาจากการสรรหาโดยคณะกรรมการสรรหา

ข้อ ๑๔ ให้ กขป. มีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยบูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในเขตพื้นที่เพื่อให้เกิดระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องตามความจำเป็นของประชาชนและชุมชนในพื้นที่ ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับนโยบายของรัฐและธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ และนโยบาย ยุทธศาสตร์ของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

(๒) ดำเนินการหรือประสานงานให้เกิดการขับเคลื่อนตามเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ตาม (๑) ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนภายในและภายนอกเขตพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่

(๓) เสนอแนะและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ต่อหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

(๔) ประสานงานกับ กขป. ในเขตพื้นที่อื่น เพื่อให้เกิดการบูรณาการงานด้านสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

(๕) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

(๖) รายงานผลการดำเนินการต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ อย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง การดำเนินการตาม (๑) ให้รวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพในเขตพื้นที่ และภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนประเมินสถานการณ์และสภาพปัญหาต่าง ๆ ในเขตพื้นที่ด้วย

ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการเพื่อให้เกิดความร่วมมือกับทุกภาคส่วนเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ที่กำหนดใน (๑)

ในการปฏิบัติหน้าที่ กขป. อาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานเพื่อปฏิบัติงานตามที่มอบหมายได้

ข้อ ๑๕ การประชุม กขป. ต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

หลักเกณฑ์และวิธีการประชุม กขป. ให้เป็นไปตามที่ กขป. แต่ละเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กำหนด

## หมวด ๒

## การบริหารจัดการและงบประมาณของเขตสุขภาพเพื่อประชาชน

ข้อ ๑๖ ให้สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติขอรับการจัดสรรงบประมาณตามความเหมาะสมและจำเป็นเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินการให้เป็นไปตามระเบียบนี้

การรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงิน ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๑๗ ค่าเบี้ยประชุม ค่าเดินทาง หรือประโยชน์ตอบแทนอื่นของ กขป. ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนด

สำหรับค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ กขป. ให้เป็นไปตามที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๑๘ ภายใต้ข้อ ๑๔ วรรคสาม เพื่อให้การบริหารงานในเขตสุขภาพเพื่อประชาชนเป็นไปตามเป้าหมายและเกิดความเรียบร้อย กขป. แต่ละเขตพื้นที่จะกำหนดแนวทางการดำเนินการขึ้นไว้ก็ได้

ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามแนวทางที่ กขป. แต่ละเขตพื้นที่กำหนดตามวรรคหนึ่งด้วย

## หมวด ๓

## การติดตามและประเมินผล

ข้อ ๑๙ ให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กำหนดแนวทางและวิธีการในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเขตสุขภาพเพื่อประชาชน โดยจัดให้มีการติดตามและประเมินผลอย่างน้อยทุกสองปี และรายงานผลการประเมินต่อคณะรัฐมนตรี พร้อมทั้งเผยแพร่ต่อสาธารณะให้ทราบโดยทั่วกัน

## บัญชีแนบท้าย

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งเขตสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ....

เขตสุขภาพเพื่อประชาชนและจังหวัดภายใต้เขตสุขภาพเพื่อประชาชน

## ๑. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑

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

## ๒. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๒

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

## ๓. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๓

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

## ๔. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๔

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

## ๕. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๕

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

## ๖. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๖

- ๑) ฉะเชิงเทรา
- ๒) ปราจีนบุรี
- ๓) สระแก้ว
- ๔) สมุทรปราการ
- ๕) จันทบุรี

- ๖) ชลบุรี
- ๗) ตราด
- ๘) ระยอง

๗. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๗

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

๘. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๘

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

๙. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๙

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

๑๐. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑๐

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

๑๑. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑๑

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



๑๒. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑๒

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

๑๓. เขตสุขภาพเพื่อประชาชน เขตพื้นที่ ๑๓

- ๑) กรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก ๕

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานและบริหารจัดการ  
ระบบหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร พ.ศ. ๒๕๖๑