

รายงานผลการบันทึกกระบวนการขั้นตอน
การจัดตั้ง
กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

โดย

นางสุภาวดี ธีระพานิช
เศรษฐกร 8 หัวหน้าฝ่ายนโยบายภาษีสินค้าและบริการ

กองนโยบายภาษี
สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง
กระทรวงการคลัง

สนับสนุนโดย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพตาม แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติและนโยบายของรัฐภายใต้แผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม	13
บทที่ 3 ข้อเสนอเกี่ยวกับมาตรการด้านสาธารณสุข ใต้แผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม	23
บทที่ 4 การเสนอจัดตั้งกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดการบริโภคสุรา และยาสูบ	66
บทที่ 5 การเสนอจัดตั้งสำนักงานและกองทุนเพื่อการรณรงค์ ให้งดการบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ	80
บทที่ 6 ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อให้กฎหมายจัดตั้งสำนักงาน และกองทุนเพื่อการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีผลบังคับใช้	90
บทที่ 7 บทวิเคราะห์	103
บทที่ 8 บทสรุป	123

บทที่ 1

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization : WHO) ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) มาเป็นเวลานานมากแล้ว จะเห็นได้จากการที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศไว้ในการประชุมขององค์การอนามัยโลกและกองทุนเด็กแห่งสหประชาชาติ ที่นครอัลมาด้า เมื่อปี 2521 ว่า "องค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายที่จะให้ประชาชนทุกคนในโลกนี้สามารถเข้าถึงระดับสุขภาพที่ทำให้เขาเหล่านั้นสามารถมีชีวิตที่มีคุณค่าทั้งทางสังคมและทางเศรษฐกิจภายในปีพ.ศ. 2543 "ซึ่งต่อมาภายหลัง เป้าหมายนี้ได้ถูกนำมากล่าวถึงกันอย่างกว้างขวางว่า "ต้องทำให้ประชาชนคนไทยทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543" และในการจัดทำร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) ยังคงมุ่งเน้นให้เกิด "การพัฒนาที่ยั่งยืนและความอยู่ดีมีสุขของคนไทย" โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาแบบองค์รวมที่ยึดคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และการพัฒนาอย่างมีดุลยภาพ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และสิ่งแวดล้อมเพื่อให้คนในสังคมมีความสุขถ้วนหน้า " ซึ่งแนวความคิดอันนี้ ได้ทำให้ประเทศไทยหันมาสนใจการสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังและนำไปสู่การประกาศใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐานเมื่อปี พ.ศ. 2523 ซึ่งเป็นช่วงกลางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) การประกาศใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน ในครั้งนั้นจึงเป็นจุดเริ่มต้นอย่างแท้จริงของการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย เพราะได้ก่อให้เกิดกระแสการเคลื่อนไหวด้านคุณภาพชีวิต สิ่งแวดล้อม และการพัฒนาสังคมขึ้นอย่างกว้างขวาง รวมทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้เอกบุคลกรวมทั้งองค์กรชุมชนสนใจในการเข้ามามีบทบาทกับการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนมากยิ่งขึ้นในเวลาต่อมา

นอกจากการประกาศแนวความคิดที่จะให้ประชาชนทุกคนในโลกนี้สามารถเข้าถึงระดับสุขภาพดีที่จะทำให้ชีวิตมีคุณค่าทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมดังกล่าวแล้ว องค์การอนามัยโลกยังได้ดำเนินกิจกรรมสนับสนุนแนวความคิดดังกล่าวมาโดยตลอด และจัดให้มีการประชุมในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ (International Conference on Health Promotion) ขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยได้มีการประชุมครั้งสำคัญไปแล้วถึง 5 ครั้งด้วยกัน ดังนี้

- ครั้งที่ 1 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2529 ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา
- ครั้งที่ 2 เดือนเมษายน พ.ศ. 2531 ณ เมืองอเคอแลคค์ ประเทศออสเตรเลีย

(หัวข้อนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ)

- ครั้งที่ 3 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2534 ณ เมืองซุนชวิลล์ ประเทศสวีเดน (หัวข้อ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ)
- ครั้งที่ 4 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2540 ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย (หัวข้อ Now Players for a New Era : Leading Health Promotion into the 21st Century)
- ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2541 ณ เมือง San Juan ประเทศเปอร์โตริโก (หัวข้อ Now Horizon in Health From Vision to Practice)

การประชุมครั้งแรกที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อวันที่ 17-21 พฤศจิกายน 2529 ได้ทำให้เกิด “กฎบัตรออตตาวา” (Ottawa Charter for Health Promotion) ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นหัวใจแห่งการส่งเสริมสุขภาพในแนวทางใหม่ขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก ได้ประกาศว่า การส่งเสริมสุขภาพ คือ กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น คือ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และพร้อมที่จะปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ที่สำคัญสำหรับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ 5 ประการ ดังนี้คือ

1. การสร้างนโยบายสาธารณะทางด้านการดูแลสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)

เนื่องจากสุขภาพกับสิ่งแวดล้อม ชีววัฒนุษย์และสังคมมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน การดำเนินนโยบายเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพจึงมีความจำเป็นต้องกำหนดให้เป็นนโยบายสาธารณะ เพราะต้องเกี่ยวข้องกับนโยบายด้านอื่นๆ ทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี (Create Supportive Environments)

โดยการจัดสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ชีวภาพและสังคมให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การที่ประชาชน หน่วยงานของภาครัฐและเอกชน ได้ร่วมกันพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้สะอาดปราศจากมลพิษ โดยการดูแลต้นไม้ การสร้างสนามกีฬา สวนสาธารณะ และการสนับสนุน

ให้มีการออกกำลังกาย การระดมพลังของภาครัฐและเอกชนเพื่อส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนร่วมกันสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และการจัดระบบการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมเพื่อมิให้เกิดปัญหามลพิษทางน้ำ มลพิษทางอากาศ มลพิษทางเสียง เป็นต้น

3. การทำให้พลังชุมชนเข้มแข็ง (Strengthen Community Action)

การสร้างกระบวนการที่ทำให้กลุ่มและชุมชนมีพลังและความสามารถในการร่วมมือกันดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนชีวิตและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

4. การพัฒนาทักษะให้แก่บุคคล (Develop Personal Skills)

คือทำให้การศึกษาเรื่องสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนทราบถึงเหตุผลและทางเลือกในการควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม

5. การปรับปรุงทิศทางของระบบการบริการด้านสุขภาพ (Reorient Health Services)

โดยการปรับเปลี่ยนการให้บริการ จากเดิมที่มุ่งเน้นการซ่อมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การรักษาโรคร้ายไข้เจ็บ ณ ปลายเหตุมาเป็น การมุ่งสร้างสุขภาพ เพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บ เป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุก่อน

นอกจากนี้ ในการประชุมขององค์การอนามัยโลกที่กรุงออตตาวาดังกล่าว ที่ประชุมยังได้กำหนดบทบาทของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางใหม่อีก 3 ประการ คือ

- ต้องส่งเสริมให้ประชาชนสามารถ (Enable) ควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพได้ เพื่อที่ประชาชนจะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเต็มศักยภาพ
- ต้องเป็นตัวกลางในการประสาน (Mediate) กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆในสังคมเข้าด้วยกัน เพื่อเป้าหมายทางด้านสุขภาพ
- ต้องสามารถให้คำชี้แนะ (Advocate) ในเรื่องสุขภาพและสิทธิเรื่องสุขภาพแก่ประชาชนได้

การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่จำเป็นต้องมีการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่ได้วางไว้ พร้อมกับการปรับเปลี่ยนบทบาทของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขให้เป็นไปในทิศทางใหม่ จึงจะทำให้การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่บรรลุผลสำเร็จได้

จากงานเขียนของ สมัย อภาภิรม เรื่อง จากความป่วยไข้ถึงแนวคิดใหม่เพื่อ

สุขภาพอ้างอิงการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกว่า จากประชากรทั้งโลกประมาณ 5,600 ล้านคน จะมีผู้ที่ป่วยด้วยโรคไม่ชนิดใดก็ชนิดหนึ่ง ประมาณ 2,000 ล้านคน หรือคิดเป็นถึงร้อยละ 35.2 ของประชากรทั้งโลก โดยในจำนวนดังกล่าวนี้ มีคนติดเชื้อไวรัส เอช.ไอ.วี. 13-15 ล้านคน เป็นโรคเอดส์เพิ่มขึ้นกว่า 4 ล้านคน และยังคงคาดว่าภายในปี 2543 จำนวนผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นจนเป็น 40 ล้านคน และจะมีผู้เป็นโรคเอดส์เพิ่มขึ้นมากถึง 10 ล้านคน ไม่เพียงเท่านั้นเพราะทุกๆ 1 นาที จะมีผู้เสียชีวิตเนื่องจากการสูบบุหรี่ทั่วโลกสูงถึง 6 คนซึ่งคิดเป็น 3 ล้านคนต่อปีเลยทีเดียว และหากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชาชนยังคงเป็นเช่นเดิม ภายในปี 2563 จะมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นถึง 10 ล้านคนต่อปี ซึ่งนี้ก็ทำให้เราได้เห็นถึงภาพความสำคัญของการสนับสนุนให้ประชาชนสนใจการรักษาสุขภาพได้เป็นอย่างดีเลยทีเดียว

ถึงแม้การส่งเสริมการรักษาสุขภาพจะเป็นสิ่งที่ประชาชนและรัฐบาลทั่วโลกพากันตระหนักถึงความสำคัญ แต่จากรายงานของธนาคารโลก (The World Bank) เรื่อง รายงานพัฒนาการโลก พ.ศ. 2536 ว่าด้วยเรื่องการลงทุนด้านสาธารณสุข ซึ่งนายแพทย์หทัย ชิตานนท์ ได้แปลและเรียบเรียง ลงตีพิมพ์ไว้ในวารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข ฉบับที่ 3 และ 4 ของปี 2537 เรากลับพบว่าประชาชนในประเทศกำลังพัฒนายังคงมีอัตราการตายจากปัญหาด้านสาธารณสุขอยู่สูงมาก อันเนื่องมาจาก

1. การจัดสรรเงินอย่างไม่ถูกต้อง โดยงบประมาณส่วนใหญ่ถูกใช้ไปในกิจกรรมทางสุขภาพ ที่มีค่าต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness) ต่ำ เช่น การผ่าตัดและการรักษาโรคมะเร็ง แต่กิจกรรมที่สำคัญและมีค่าต้นทุน-ประสิทธิผลสูง เช่น การรักษาวัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กลับได้รับงบประมาณในจำนวนน้อย
2. ความไม่เท่าเทียมกันในสังคม ซึ่งทำให้ประชาชนผู้ยากไร้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานได้เพียงพอ
3. ความด้อยประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงินเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ อันเนื่องมาจากการที่เงินส่วนใหญ่ถูกใช้ไปกับการซื้อยาที่มีชื่อทางการค้าแทนที่จะเป็นยาสามัญซึ่งมีราคาถูกกว่า และจากการจ่ายเงินได้โตะสำหรับซื้อยาหรือเป็นค่าสมนาคุณแก่ผู้ให้บริการ
4. ค่าใช้จ่ายบานปลาย เพราะอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนมีสูงกว่าอัตราการเพิ่มของรายได้

ซึ่งการใช้จ่ายด้านสุขภาพและการจัดสรรงบประมาณอย่างไม่ถูกต้องนั้นก็ทำให้เกิดการสูญเสียไปอย่างปราศจากประโยชน์ และการกระจายทรัพยากรอย่างขาดความเท่าเทียมกันไปทั่วโลก ซึ่งคิดเป็นจำนวนมากมายมหาศาล ดูได้จากการที่ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งของทั้งโลกในปี พ.ศ. 2533 มีสูงถึง 1,700 พันล้านเหรียญสหรัฐ หรือเป็นร้อยละ 8 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของโลกเลยทีเดียว

นอกจากนั้นธนาคารโลกยังเห็นว่าระบบการบริหารงานของรัฐบาลโดยเฉพาะของประเทศกำลังพัฒนานั้นเชิงซ้ำเสียจนไม่สามารถแม้แต่จะปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เกิดความปลอดภัยแก่ประชาชนได้ รวมทั้งการรณรงค์แก้ไขพฤติกรรมอันเป็นภัยต่อสุขภาพของประชาชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการบริโภคสุราและบุหรี่ ในประเทศเหล่านั้นมักจะประสบแต่ความล้มเหลว

ซึ่งความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกได้ผลักดันให้รัฐบาลประเทศกำลังพัฒนาหันมาสนใจและเพิ่มบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น โดยมีการเสนอให้รัฐบาลลดค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการตติยภูมิ และการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญ รวมถึงการลดกิจกรรมหรือโครงการที่ให้ผลตอบแทนด้านสาธารณสุขน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับเงินที่ลงทุนไป แล้วหันไปดำเนินการกิจกรรมหรือโครงการทางด้านสาธารณสุขที่มีผลต่อส่วนรวมมาก ให้มากขึ้น เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารและการกำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นสินค้าสาธารณะ (Public Goods) การสนับสนุนการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อด้วยการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กๆ เพราะวิธีนี้จะช่วยให้การแพร่กระจายของโรคลดลงได้เป็นอย่างดี รวมทั้งรัฐควรให้มีการเผยแพร่เรื่องการใช้อย่างอนามัยเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ การจัดบริการทางคลินิกที่จำเป็นให้แก่ประชาชน อันได้แก่ การรักษาพยาบาลเด็กเจ็บป่วย การวางแผนครอบครัว การฝากครรภ์ การดูแลการคลอดรวมทั้งการดูแลทั้งก่อนและหลังการคลอด การรักษาวัณโรค การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การควบคุมมลพิษในสิ่งแวดล้อมและควบคุมพฤติกรรมที่เสี่ยงอันตราย ตัวอย่างเช่น การห้ามผู้เมาสุราขับขีรถยนต์ ทั้งนี้เพื่อป้องกันอันตรายทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น รัฐควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงของการบริโภคยาสูบ และจัดเก็บภาษีบุหรี่และสุราเพื่อนำรายได้มาใช้ในการรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่และสุราของประชาชน ซึ่งวิธีการนี้นั้นประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดีจากการดำเนินการในหลายๆ ประเทศ เช่น ประเทศออสเตรเลีย แคนาดา เป็นต้น

นอกจากนั้น องค์การสหประชาชาติ (The United Nation) เองก็ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยได้เสนอแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุขที่ผ่านการรับรองจากที่ประชุมนานาชาติว่าด้วยการพัฒนาสังคมในเดือนมีนาคมปีพ.ศ. 2538 เพื่อย้ำถึงพันธกรณีที่รัฐบาลชาติต่างๆทำไว้ร่วมกันในเรื่องการบรรลุถึงการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 โดยระบุอย่างชัดเจนว่ารัฐบาลของทุกประเทศต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษต่อโครงการที่มุ่งลงไปสู่คนยากจน และชุมชนที่ถูกกละเลยและจะต้องทำให้สังคมยอมรับในแนวความคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในแบบ “สุขภาพเพื่อทุกคน” หรือ “สุขภาพเพื่อประชาชนโดยประชาชน” ให้จงได้ นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกได้ชี้ชัดให้นานาประเทศเห็นว่ายุทธศาสตร์ของการลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายจากโรคที่ป้องกันได้ คือ การส่งเสริมสุขภาพ

จากข้อมูลด้านสาธารณสุขที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) รวบรวมระบุว่าปัจจุบันระบุว่าคนไทยเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี ราวปีละ 190,000 คน หรือประมาณ 2 ใน 3 ของคนไทยที่เสียชีวิตทั้งหมดแต่ละปี ทั้งนี้จำนวนถึง 20,000 – 30,000 คน เสียชีวิตตั้งแต่อายุไม่ถึง 5 ปี และจำนวนราว 50,000 คน ตายก่อนอายุ 25 ปี

สาเหตุการตายอันดับสำคัญๆ นอกเหนือจากการตายด้วยโรคมะเร็งในปี 2536 ได้แก่

<u>สาเหตุ</u>	<u>ปีละ(คน)</u>
1. โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่	42,000
(1) โรคหัวใจ	15,600
(2) มะเร็งปอด	10,600
(3) ถุงลมโป่งพอง	6,000
(4) เส้นเลือดในสมองตีบแตก	2,500
(5) เส้นเลือดบริเวณอื่นตีบ-แตก	1,800
(6) โรคอื่นๆ	4,700
2. อุบัติเหตุ	34,000
3. ตายจากเหตุระหว่างคลอดและวัยเด็กเล็ก	20,000–30,000
4. มะเร็ง (ยกเว้นมะเร็งปอด)	16,000
5 . ถูกทำร้าย ฆ่าตัวตาย	8,000
6. วัณโรค	3,500

7. โรคเอดส์ 3,100

ที่มา 1 จากการคำนวณของศ.นพ ประกิต วาทีสาธกกิจ

2 สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย

3 สถาบันประชากรมหิดล

4,5,6 รวบรวมจากสถิติสาธารณสุข ปี 2536

7 กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

สาเหตุการตายเหล่านี้ล้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นและสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะโรคเอดส์ขณะนี้ผู้ติดเชื้อมากกว่า 600,000 คน สำหรับการเจ็บป่วยของคนไทยที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลคิดเป็นจำนวนครั้งกว่าปีละ 100 ล้านครั้ง และที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลราวปีละ 3-5 ล้านคน จากข้อมูลการเจ็บป่วยของคนไทยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขปี 2536 มีสาเหตุมาจากโรคสำคัญๆ ได้แก่

<u>สาเหตุ</u>	<u>ปีละ(คน)</u>
1. อุบัติเหตุ	250,000
2. ท้องร่วง ลำไส้อักเสบ	230,000
3. หลอดลม อักเสบ ถุงลมพอง หืด ปอดอักเสบ	200,000
4. กระเพาะ ลำไส้ ไส้ติ่ง	146,000
5. หัวใจ หลอดเลือด ความดันสูง	140,000
6. ไข้เลือดออก มาลาเรีย วัณโรค	115,000
7. แผล	43,000

ที่มา สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

จะเห็นได้ว่าโรคที่ทำให้คนไทยเจ็บป่วยและเสียชีวิตปัจจุบันมีสาเหตุมาจากโรคที่สามารถป้องกันได้ โรคเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ทำลายสุขภาพ การเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นนี้ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยสูงกว่าปีละ 200,000 ล้านบาท เงินจำนวนนี้จ่ายโดยประชาชนเองประมาณ ร้อยละ 70 และร้อยละ 30 รัฐบาลเป็นผู้จ่าย และเมื่อดูถึงสาเหตุของการตาย จากรายงานการวิจัยของสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย เรื่องความสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ระบุว่าอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ไทยปีละประมาณ 34,000 คน ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงถึงปีละ 70,000-90,000 ล้านบาท หรือ

ราวร้อยละ 2 ของรายได้ประชาชาติ และข้อมูลจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขแสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ที่ตายจากการสูบบุหรี่ ประมาณปีละ 42,000 คน ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นเงินถึง 17,000-45,000 ล้านบาท

มูลนิธิณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่าจากข้อมูลที่สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ทำการสำรวจการสูบบุหรี่ของคนไทยทั้งประเทศครั้งแรกเมื่อพ.ศ. 2519 พบว่ามีจำนวนผู้สูบบุหรี่ทั้งสิ้น 8.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 30.1 ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจากการสำรวจล่าสุดเมื่อ พ.ศ. 2542 พบว่าจำนวนผู้สูบบุหรี่ประจำมีทั้งสิ้น 10.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20.5 ของจำนวนประชากรทั้งหมด แบ่งเป็น ชาย 9.6 ล้านคน และหญิง 6 แสนคน นอกจากนี้ยังมีผู้ที่สูบบุหรี่เป็นครั้งคราวอีก 1.7 ล้านคน ภาคที่มีการสูบบุหรี่มากที่สุดคือภาคใต้ซึ่งมีผู้ที่สูบบุหรี่ถึงร้อยละ 26.9 ผู้ที่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าและผู้ที่ไม่มีการศึกษาเป็นผู้ที่สูบบุหรี่มากที่สุด และจะมีอาชีพเกี่ยวกับการขนส่งและเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ จากการสำรวจทราบว่าผู้ที่เริ่มสูบบุหรี่มากที่สุดจะเป็นวัยรุ่นชายซึ่งจะสูบเป็นประจำ โดยมีอายุระหว่าง 15-19 ปี การสูบมีสาเหตุมาจากอยากทดลองสูบ ตามอย่างเพื่อน เพื่อนชวนสูบบุหรี่ หรือเหตุผลอื่นได้แก่เพื่อเข้าสังคม มีความเครียดวิตกกังวล และตามอย่างสมาชิกในครัวเรือน เป็นต้น

นอกจากนี้ ดร. จุติทศ แมคเคย์ ที่ปรึกษาองค์การอนามัยโลกได้คำนวณโดยใช้สถิติทางระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลก พบว่าใน 25 ปีข้างหน้า ยอดผู้สูบบุหรี่ของไทยจะเพิ่มเป็น 13 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 โดยผู้ชายจะสูบบุหรี่น้อยลง แต่ผู้หญิงจะสูบบุหรี่มากขึ้น ถ้าไม่มีการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพและเข้มแข็ง

จำนวนผู้สูบบุหรี่ของไทยปีพ.ศ. 2519-2542 (ล้านคน)

<u>ปีพ.ศ</u>	<u>ประชากรทั้งหมด</u>	<u>ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ</u>	<u>ผู้สูบบุหรี่นานๆครั้ง</u>
2519	28.69	8.63	-
2529	39.25	10.38	-
2531	40.48	10.11	1.24
2534	43.29	11.40	0.88
2536	45.68	10.40	1.20
2539	48.01	11.25	1.29
2542	49.91	10.23	1.76

ที่มา สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ที่เจ็บป่วยจำนวนมาก ทำให้สังคมและรัฐบาลต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงกว่าปีละ 200,000 ล้านบาท ทางแก้ปัญหานี้คงไม่ใช่การเพิ่มจำนวนแพทย์ พยาบาล หรือจำนวนโรงพยาบาล เพราะจากองค์ความรู้ที่มีอยู่และจากประสบการณ์ที่เห็นได้ในประเทศต่างๆ หากเรามีการส่งเสริมสุขภาพที่ทำให้การเจ็บป่วยน้อยลง ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเลือกซื้อสินค้าและบริการที่ไม่ทำลายสุขภาพ ลดการบริโภคสุรา ยาสูบ สารและสิ่งเสพติด หันมาสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกต้องรวมทั้งมีการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ที่เหมาะสม หากแก้ปัญหานี้ได้เพียง 1 ใน 10 ของที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เราก็จะประหยัดเงินของประเทศได้ถึง 10,000-20,000 ล้านบาทต่อปี

การระดมความคิดเพื่อจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมารณรงค์ส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างจริงจังในประเทศไทยจึงเริ่มขึ้นเมื่อปี 2539 โดย สวรส. กระทรวงสาธารณสุขได้ประสานความร่วมมือกับองค์กร และนักวิชาการที่มีประสบการณ์ในการส่งเสริมสุขภาพทั้งในและต่างประเทศ เพื่อทบทวนองค์ความรู้ในแง่มุมต่างๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และหาแนวทางในการเชื่อมโยงการวิจัยและการสร้างความรู้เข้ากับกระบวนการตัดสินใจเพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ โดย สวรส. ได้มอบหมายให้นายแพทย์สุกร บัวสาย รองผู้อำนวยการ สวรส. เป็นผู้รับผิดชอบ

เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2539 สวรส. ได้จัดให้มีการประชุมวิชาการครั้งที่ 1 ในหัวข้อ “การปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ” ซึ่งในการประชุมวิชาการดังกล่าว Ms. Rhonda Galbally ซึ่งเป็น Chief Executive Office : CEO ของ มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพชาววิกตอเรีย(Victorian Health Promotion Foundation : VicHealth) ได้นำเสนอกรณีตัวอย่างเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของ VicHealth ซึ่งเป็นหน่วยงานส่งเสริมสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกให้การยกย่องว่าเป็นองค์กรที่ดำเนินการประสบความสำเร็จ ให้ที่ประชุมทราบและพิจารณา โดยในการประชุมครั้งนี้ มรว.จตุมงคล โสณกุล ซึ่งขณะนั้นดำรงตำแหน่งเป็นปลัดกระทรวงการคลังได้เข้าร่วมฟังการบรรยายด้วย และนี่ก็เป็นการจุดประกายความคิดและความเข้าใจในเรื่องการจัดเก็บภาษีจากสินค้าที่ทำลายสุขภาพ (Sin Tax) เพื่อนำมาใช้ในการรณรงค์สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่สังคม

รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น(นายชวัชวงศ์ ณ เชียงใหม่)

ได้เป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือระดับนโยบายในการผลักดันให้มีการพัฒนานโยบายด้านนี้ ซึ่งต่อมา สวรส.ก็ได้จัดระดมมันสมองเพื่อระดมความคิดเห็นจากทั้งภาครัฐและภาคเอกชน อาทิ ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช นพ.หทัย ชิตานนท์ เพื่อพิจารณาแนวทางการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย ในเดือนเมษายน 2539 และตั้งคณะทำงานพิจารณากร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. ขึ้น โดยเทียบเคียงกับร่างกฎหมายที่มีอยู่ในขณะนั้น อันได้แก่ พระราชบัญญัติพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี พ.ศ. 2534 พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการวิจัย พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และร่างพระราชบัญญัติกองทุนให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา พ.ศ. ซึ่งขณะนั้นยังเป็นร่างกฎหมายอยู่ เป็นต้น

ต่อมาในเดือนพฤษภาคม 2539 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ร่วมกับ สวรส.จัดประชุม “วิสัยทัศน์การส่งเสริมสุขภาพ” โดยในการประชุมครั้งนี้ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้ชี้ให้เห็นถึงจุดสำคัญที่ควรปรับปรุงในการส่งเสริมสุขภาพให้กับประชาชนคนไทย โดยเสนอแนะถึงการจัดระบบการประสานพลังและจิตใจ รวมทั้งยังได้เสนอแนะวิธีการบริหารและการจัดการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเอาอีกไว้ 5 ประการ คือ

(1) เผยแพร่แนวคิดและวิธีการโดยกว้างขวาง

หน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ควรเตรียมสื่อที่เสนอแนวคิดและวิธีการส่งเสริมสุขภาพ แล้วเผยแพร่ออกไปให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้บุคคลรวมทั้งองค์กรที่เข้าใจและเห็นคุณค่า สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ทันที

(2) ส่งเสริมการวิจัยเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

มหาวิทยาลัยและสถาบันวิจัยควรเข้ามามองการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ เพราะจะพบประเด็นที่ยังต้องการการวิจัยอีกเป็นจำนวนมาก รวมทั้งองค์กรที่ให้ทุนวิจัยก็ควรเพิ่มทุนในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพด้วย

(3) มีเวทีสาธารณะเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

เนื่องจากหน่วยงานรัฐมักมีการโยกย้ายบ่อยและข้าราชการที่ย้ายเข้ามารับผิดชอบก็มักจะไม่ได้สนใจเรื่องนี้อย่างจริงจัง การทำงานของภาครัฐจึงมีข้อจำกัดและขาดความต่อเนื่อง ดังนั้นจึงควรมีมูลนิธิหรือสถาบันในมูลนิธิที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพมารวมตัวกันจัดทำเวทีสาธารณะหรือประชาคมส่งเสริมสุขภาพ โดยเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็น

ทางการตลอดจนสื่อมวลชนต่าง ๆ มาเข้าร่วม เพื่อให้เป็นเวทีสำหรับการแลกเปลี่ยนและการเรียนรู้
อย่างต่อเนื่อง และเพื่อเป็นกลไกกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

(4) จัดตั้งสำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ เป็นองค์กรมมหาชนอิสระ (National Office for Health Promotion)

เนื่องจากหน่วยราชการมีข้อจำกัดดังกล่าวข้างต้น ทำให้ไม่สามารถดำเนินงาน
ด้านนโยบายส่งเสริมสุขภาพได้ดีพอ จึงควรมีการออกกฎหมายจัดตั้งสำนักงานส่งเสริมสุขภาพแห่ง
ชาติ โดยให้เป็นองค์กรมมหาชนอิสระ ที่มีคณะกรรมการกำกับควบคุมดูแล ซึ่งอาจทำโดยปรับกรม
อนามัยให้เป็นองค์กรมมหาชนอิสระดังกล่าวนี้ก็ได้

(5) ออกกฎหมายจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Fund)

โดย ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้เสนอให้รัฐบาลโดยกระทรวงการคลัง ออกกฎหมาย
จัดตั้ง “กองทุนส่งเสริมสุขภาพ” โดยใช้งบประมาณจากรายได้ส่วนหนึ่งของภาษีบุหรี่และสุราหรือ
ที่เรียกกันในประเทศว่า Dedicated tax หรือ Sin tax ให้กองทุนนี้มีขนาดใหญ่พอสมควร กอง
ทุนนี้ควรเป็นอิสระภายใต้การกำกับของคณะกรรมการ นอกจากนี้กองทุนนี้ต้องสามารถมีผู้บริหาร
ที่มีสายตายาวไกลและมีวินัยการสูง มีอิสระที่จะดำเนินการตามพันธกิจได้อย่างคล่องตัว และ
สามารถนำใช้ดอกผลที่เกิดจากกองทุนนี้ไปสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพได้ทั่วประเทศ ทั้งที่เป็น
งานความคิด งานวิจัยและงานภาคปฏิบัติ ทั้งที่ทำโดยหน่วยงานของรัฐ ของเอกชน ของชุมชน
หรือแม้แต่ของภาคธุรกิจและสื่อมวลชน รวมทั้งควรจัดให้มีการประเมินผลด้วย ทั้งนี้ เพราะการมี
กองทุนส่งเสริมสุขภาพที่มีความอิสระ และดำเนินงานได้ในลักษณะนี้จะกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมที่
เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

จากวิสัยทัศน์ของ ศ.นพ.ประเวศ วะสี ที่ได้สรุปออกมาให้เห็นภาพของการ
สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บที่ต้นเหตุ แทนการรักษาพยาบาล
อันเป็นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ได้ส่งผลให้นักวิชาการด้านสาธารณสุขออกมาแสดงความคิดเห็น
ที่สอดคล้องกัน และนอกจากนี้ องค์การระหว่างประเทศ อาทิ องค์การอนามัยโลกก็ได้ผลักดันให้
นักวิชาการด้านสาธารณสุขและสื่อมวลชนหันมาสนใจการรณรงค์เพื่อสนับสนุนการส่งเสริม
สุขภาพให้มากขึ้น โดยในเดือนสิงหาคม 2539 องค์การอนามัยโลก ได้ให้ทุนสนับสนุน ดร. แกม
ทอง อินทร์ตัน อาจารย์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และผู้แทนสื่อมวลชนจากประเทศไทยเดินทางไป
ศึกษาดูงานเกี่ยวกับสถาบันส่งเสริมสุขภาพ ที่ VicHealth ประเทศออสเตรเลีย และในขณะเดียวกัน

สวรรส. เองซึ่งเป็นสถาบันที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรง ได้ร่วมกับสถาบันกฎหมายอาญา สำนัก
 อัยการสูงสุด เริ่มโครงการวิจัย ทบทวนการจัดตั้งองค์การส่งเสริมสุขภาพในต่างประเทศ โดยใช้ทุน
 สนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก และได้ศึกษาการจัดตั้งองค์การส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย
 และพัฒนาร่างพระราชบัญญัติสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. โดยศึกษาแบบอย่าง
 จากต่างประเทศ รวมทั้ง สวรรส. ได้จัดให้มีการศึกษาวิจัย เรื่อง การทบทวนกฎหมายต่างประเทศ
 เกี่ยวกับกองทุนส่งเสริมสุขภาพ โดยนายสิวะ บุญภินันท์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา
 เกี่ยวกับการเสนอให้มีการจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยด้วย และ
 ในเดือนเมษายน 2540 องค์การอนามัยโลก ได้เชิญผู้แทนจากประเทศออสเตรเลียและประเทศไทย
 เข้าร่วมเตรียมการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง Health Promotion Foundations เพื่อเผยแพร่การส่งเสริม
 สุขภาพแก่ประเทศสมาชิกของ WHO ณ ประเทศอินโดนีเซีย ต่อมาในเดือน พฤษภาคม 2540
 ได้ร่วมกับนักวิชาการกรมอนามัย ยกร่างแบบงานและแผนงบประมาณระยะต้นของสถาบันฯ เพื่อ
 ประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม และ
 คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้มีมติให้ สวรรส. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 เพื่อพัฒนานโยบายนี้ให้เป็นผลสำเร็จ และในเดือนพฤศจิกายน 2540 สวรรส. ได้ร่วมกับ
 WHO/GENEVA จัดประชุมนานาชาติในหัวข้อ “Regional Workshop on Organizational and
 Funding Infrastructure for Health Promotion” ณ กรุงเทพฯ โดยมีผู้แทนจากประเทศต่างๆ ได้แก่
 พม่า ลาว กัมพูชา อินโดนีเซีย เวียดนาม สิงคโปร์ ออสเตรเลีย และประเทศไทยเข้าร่วม ซึ่งการ
 ประชุมดังกล่าวได้กระตุ้นให้ประเทศในแถบเอเชียให้ความสนใจและให้ความสำคัญต่อการส่งเสริม
 สุขภาพแนวใหม่มากยิ่งขึ้น

บทที่ 2

การสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และนโยบายของรัฐภายใต้แผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม

การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-2 เน้นการสร้างความเร็วเติบโตทางเศรษฐกิจด้วยการลงทุน และกระจายการพัฒนาทางด้านโครงสร้างพื้นฐานแต่ก็ก่อให้เกิดปัญหาช่องว่างการกระจายรายได้ และคุณภาพชีวิตของคนในชนบท แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 3 จึงหันมาให้ความสำคัญกับการพัฒนาสังคม ลดอัตราการเพิ่มของประชากร และกระจายรายได้ควบคู่กันไป กับการพัฒนาเศรษฐกิจ เมื่อถึงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 4 วิฤตการณ์น้ำมันและความผันผวนทางการเมืองก่อให้เกิดปัญหาการขาดดุลการค้าและดุลบัญชีเดินสะพัดอย่างรุนแรง การพัฒนาตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 5-6 จึงมุ่งเน้นการรักษาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ การปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจ และการแก้ปัญหาค่าเงินบาทที่แข็งเกินไป แต่อย่างไรก็ตามในช่วงปลายของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 ที่มีการยกร่างแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 การฟื้นตัวของเศรษฐกิจโลกส่งผลให้เศรษฐกิจรวมของประเทศไทยขยายตัวอย่างร้อนแรงกว่าพื้นฐานทางเศรษฐกิจจะรองรับได้ กล่าวคือการขยายตัวทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 11.2 เมื่อ พ.ศ. 2533 ซึ่งมากกว่าที่ตั้งเอาไว้ในแผนถึงหนึ่งเท่าตัว และระบบเศรษฐกิจไทยกำลังมีการเปิดกว้างเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจโลก ดังนั้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2535 – 2537 จึงถูกร่างโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่ารัฐบาลจะต้องทำให้เกิดความสมดุลระหว่างการพัฒนาในเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และเชิงความเป็นธรรมในสังคมอย่างควบคู่กันไป โดยเปลี่ยนแนวคิดจากเดิมที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นสำคัญ มามุ่งเน้นการรักษาอัตราการเจริญเติบโตในระดับที่เหมาะสม ควบคู่กับการรักษาเสถียรภาพ การกระจายรายได้ที่เป็นธรรม ตลอดจนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อม ด้วยเหตุผลนี้เองแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 จึงได้กำหนดวัตถุประสงค์หลักของการพัฒนาฯ ไว้ 3 ประการ ดังต่อไปนี้

- การรักษาอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม เพื่อให้เศรษฐกิจเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่องและมีเสถียรภาพ
- การกระจายรายได้และการกระจายการพัฒนาไปสู่ภูมิภาคและไปสู่ชนบทให้

มากยิ่งขึ้น

- การเร่งรัดพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คุณภาพชีวิต สิ่งแวดล้อม และทรัพยากร
ของชาติ

อย่างไรก็ตามการเติบโตดังกล่าวอยู่บนพื้นฐานของความไม่สมดุลของการพัฒนา การขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วดังกล่าวได้ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสังคมตามมาอย่างรุนแรง นอกจากปัญหาสุขภาพเสพติด และความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การเจ็บป่วยและการตายจากโรคใหม่ๆ เช่น โรคเอดส์ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคที่เกี่ยวกับการหมุนเวียนโลหิต โรคมะเร็ง โรคจิต และโรคประสาทได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าตกใจ ปัญหาอันเนื่องมาจากการขาดความรู้และพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ มลพิษจากสิ่งแวดล้อมที่เพิ่มขึ้นอันเนื่องมาจากสารและยากำจัดแมลง หรือเกิดจากการเพิ่มขึ้นของโรงงานอุตสาหกรรม และรวมตลอดถึงความต้องการใช้ยานพาหนะในประเทศที่เพิ่มสูงขึ้นอันเนื่องมาจากปัญหาจราจร ได้เริ่มเข้ามามีผลกระทบต่อประชาชนมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากการที่มีการปนเปื้อนของสารตะกั่ว และสารเคมีอันตรายในอากาศ เป็นต้น จากปัญหาต่างๆ เหล่านี้ทำให้การเร่งรัดพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมเพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนคนไทย จึงถูกกำหนดให้มีการยกระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนให้ดีขึ้นโดยถ้วนหน้าในช่วงทศวรรษหน้า ด้วยการป้องกันโรค การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ พยาบาลเบื้องต้นด้วยตนเอง การลดอัตราการตายของทารก พร้อมทั้งทำให้ประชาชนได้มีโอกาสบริโภคอาหารที่ดีมีคุณค่า รวมทั้งอาหารที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ ซึ่งในส่วนนี้เองได้ถูกนำมาเกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ตามแนวทางใหม่ ซึ่ง ศ.นพ. ประเวศ วะสี ได้กล่าวไว้ในหนังสือบนเส้นทางการส่งเสริมสุขภาพ อภิวินิจฉัยชีวิตและสังคม ว่าการส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทางใหม่ นอกจากจะเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญอีกประการหนึ่งของการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งถือเป็นการปฏิวัติทางสาธารณสุขแล้วยังถือเป็นการปฏิวัติของมนุษยชาติอีกด้วย เพราะสุขภาพคือสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ซึ่งก็คือ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คุณภาพชีวิต และสิ่งแวดล้อมนั่นเอง ไม่ใช่แค่เพียงการปราศจากโรคเท่านั้น การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นจุดสำคัญที่นำมาเกี่ยวข้องกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ คุณภาพชีวิต สิ่งแวดล้อมและทรัพยากรของชาติ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 เป็นต้นมา

โดยแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพตามแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 นอกจากจะยังคงให้ความสำคัญการสนับสนุนให้มีการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบทอย่างต่อเนื่องจากแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 แล้วก็ได้มีการกำหนดให้มีการพัฒนาและการขยายระบบสาธารณสุขมูลฐานเข้ามาในเขตเมืองมากยิ่งขึ้น มีการสนับสนุนให้มีการณรงค์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์แบบเข้มแข็ง ด้วยการเน้นการระดมความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อขยายขอบเขตการทำงานให้กว้างขวางมากขึ้นกว่าเดิม เพราะภาครัฐคาดหวังว่าการดึงเอาประชาชนและเอกชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการผนึกกำลังกันดำเนินการ จะทำให้โอกาสที่การณรงค์เรื่องโรคเอดส์จะประสบความสำเร็จมีมากขึ้นด้วย ประกอบกับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 ได้กำหนดวัตถุประสงค์หลักของการพัฒนาประเทศที่สำคัญไว้อีกประการหนึ่งก็คือ การกระจายรายได้และกระจายการพัฒนาไปสู่ภูมิภาคและชนบทให้มากขึ้น การสนับสนุนให้ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศและการแก้ไขปัญหาสังคมในหลายๆ ด้าน อาทิ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสาธารณสุข ด้านศิลปวัฒนธรรม และด้านเศรษฐกิจชุมชนของประชาชน ดังนั้น ชุมชน และองค์กรชุมชน จึงต้องเข้ามามีส่วนสัมพันธ์กันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยจะเห็นได้จากการที่รัฐได้ให้ความสำคัญการจัดสรรงบประมาณเงินกู้ และเงินช่วยเหลือต่างๆ เพื่อพัฒนาคนเป็นลำดับต้นๆ และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ มีการจัดสรรงบประมาณในการศึกษาไว้สูงถึงร้อยละ 35 ของงบประมาณทั้งหมด และงบประมาณในด้านสาธารณสุขและสังคมสงเคราะห์ก็สูงถึงร้อยละ 23

ต่อมาในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ก็ได้เน้นให้ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” และใช้เศรษฐกิจเป็นเพียงเครื่องมือช่วยพัฒนาให้คนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ได้ปรับเปลี่ยนวิธีการพัฒนาแบบแยกส่วนมาเป็นแบบองค์รวม มีกระบวนการที่จะเชื่อมโยงมิติต่างๆ ของการพัฒนา ตลอดจนเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศมากยิ่งขึ้น การที่แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 ได้เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนทุกภาคส่วนในสังคมไทย ก็ถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่ทำให้ประชาชน ชุมชน องค์กรภาคประชาชนต่างๆ ตื่นตัวและเข้ามามีบทบาทร่วมในกระบวนการพัฒนา โดยมีการรวมกลุ่มของประชาสังคมในหลายรูปแบบอย่างเข้มแข็ง มีการขยายเครือข่ายเชื่อมโยงกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งทั้งหมดนี้ได้กลายเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาประเทศในระยะต่อไป

วัตถุประสงค์ของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพกำหนดไว้ 2 ประการ คือ

- การเสริมสร้างศักยภาพของคนทุกคนทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา โดยให้มีสุขภาพพลานามัยแข็งแรง มีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการประกอบอาชีพ รวมทั้งยังสามารถปรับตัวให้ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงของสังคมทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการปกครอง

- การพัฒนาสภาพแวดล้อมของสังคมให้มีความมั่นคง โดยสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวและชุมชน ให้สามารถสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและคุณภาพชีวิตของคนได้

จากวัตถุประสงค์ทั้ง 2 ประการดังกล่าว ภาครัฐได้มีการกำหนดเป็นเป้าหมายทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญไว้ 2 ข้อ คือ

(1) การเพิ่มปริมาณการเตรียมความพร้อมในทุกด้านของเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) อย่างมีคุณภาพ และ

(2) การลดอัตราการประสบอันตรายจากการทำงาน และลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุต่างๆ โดยเฉพาะจากการจราจร การขนส่งวัตถุเคมีอันตราย และจากอัคคีภัยในอาคารสูง

เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายดังกล่าว ในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8 จึงมีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาคอนในด้านสาธารณสุขไว้ว่า จะพัฒนาสุขภาพและพลานามัยที่มุ่งเสริมสร้างโอกาสให้คนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า และมีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันโรค การดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว โดยการเผยแพร่ความรู้ การสร้างทัศนคติให้ประชาชนรู้จักการส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนการรณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ ส่งเสริมการเล่นกีฬาและออกกำลังกาย นอกจากนั้น ในส่วนของการพัฒนาสภาพแวดล้อมของสังคมให้เอื้อต่อการพัฒนาคอน ก็ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนานโยบายสาธารณสุขเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น การสร้างสวนสาธารณะ การลดมลพิษ การชื้ออนามัย การคมนาคมขนส่งที่ปลอดภัย การส่งเสริมการวิจัยเพื่อหาองค์ความรู้ใหม่ๆ รวมทั้งการส่งเสริมการระดมทุนเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน เช่น การเสนอให้มีการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแวดล้อมมิให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับครอบครัวและชุมชน และเป็นการสร้างโอกาสให้คน ครอบครัว และชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมกันในการพัฒนาทั้งท้องถิ่นของตนเองและสังคมส่วนรวม

การผลักดันให้มีการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังในส่วนของกระทรวง การคลังเริ่มปรากฏชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น ในช่วงต่อระหว่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 7 และ ฉบับที่ 8 กล่าวคือ รัฐบาลในสมัยที่มีนายบรรหาร ศิลปอาชา เป็นนายกรัฐมนตรี ได้มีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 193/2538 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2538 แต่งตั้งคณะกรรมการ นโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและ ท้องถิ่น (กนภ.) โดยมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธานกรรมการ และมีเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็น กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ (ดูภาคผนวก ก) โดยคณะกรรมการชุดดังกล่าว มีหน้าที่กำหนด นโยบายและแผนการปฏิบัติงานพร้อมทั้งประสานนโยบายและการปฏิบัติงานของกระทรวง ทบวง กรม และรัฐวิสาหกิจต่างๆที่เกี่ยวข้อง กับการดำเนินงานกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น รวมทั้งยังมีหน้าที่พิจารณาถ่วงถ่วงและติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบาย ส่งเสริมสนับสนุน และประสานงานโครงการของภาคเอกชนที่จะมีผลต่อการกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาค พร้อมทั้ง เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคเพื่อให้การดำเนินการบรรลุผลตามเป้าหมายที่ต้องการ

คณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น ได้กำหนดแนว นโยบายในการดำเนินงานของ กนภ. ที่เกี่ยวข้องกับการกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น ไว้ 4 ประการ ดังนี้

- การกระจายอำนาจ
- การกระจายกิจกรรมทางเศรษฐกิจ
- การกระจายบริการทางสังคม
- การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

เพื่อให้บรรลุผลตามนโยบายของรัฐบาลในด้านต่าง ๆ จึงได้แต่งตั้งคณะ อนุกรรมการ เพื่อจัดทำร่างนโยบาย มาตรการ แผนงาน โครงการ ตลอดจนโครงการประเมินผล เพื่อรองรับนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นขึ้น 4 คณะ ดังนี้

(1) คณะอนุกรรมการการกระจายอำนาจ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็น ประธาน

(2) คณะอนุกรรมการกระจายกิจกรรมทางเศรษฐกิจ มีรองนายกรัฐมนตรี นายอานวย วีรรณ เป็นประธาน

(3) คณะอนุกรรมการกระจายบริการทางสังคม มีเลขาธิการคณะกรรมการ
พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นประธาน

(4) คณะอนุกรรมการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมมีปลัดกระทรวง
เกษตรและสหกรณ์ เป็นประธาน

ในส่วนที่เกี่ยวกับคณะอนุกรรมการกระจายอำนาจ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี ได้ลงนาม
ในคำสั่งคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น ที่ 1/2538 ลงวันที่ 19
ตุลาคม 2538 แต่งตั้งคณะอนุกรรมการกระจายอำนาจ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง (นาย
สุรเกียรติ์ เสถียรไทย) เป็นประธานอนุกรรมการ (ดูภาคผนวก ข) คณะอนุกรรมการกระจายอำนาจ
ได้มีมติในเรื่องการเงินการคลังเพื่อสังคมสรุปได้ว่า รัฐบาลจะสนับสนุนและส่งเสริมให้ธุรกิจขนาด
ใหญ่หรือธุรกิจที่มีกำลังแข็งแรงทำธุรกิจกับองค์กรชุมชน เพื่อให้ธุรกิจเกื้อกูลองค์กรชุมชนให้มีขีด
ความสามารถในการจัดการสูงขึ้นและมีความคล่องตัวในด้านการเงินมากยิ่งขึ้น แต่อย่างไรก็ตามใน
การดำเนินการตามแนวทางดังกล่าว ยังคงต้องการความชัดเจนในอีกหลายประการเช่น มาตรการ
ด้านการคลัง หรือการภาษีที่เอื้อต่อการระดมทุน การจัดตั้งสถาบันทางการเงินเพื่อช่วยเหลือสังคม
และชุมชน ความชัดเจนด้านกฎหมายระเบียบและข้อบังคับขององค์กรชุมชน รวมทั้งความพร้อม
ของสถาบันและองค์กรชุมชนเอง ต่อเรื่องต่างๆ เหล่านี้

รัฐบาลโดยเฉพาะกระทรวงการคลังก็ได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งกับการใช้เครื่องมือ
และกลไกที่มีอยู่เพื่อมาหาแนวทางดำเนินการที่เป็นรูปธรรมเพื่อสนับสนุนนโยบายดังกล่าว
ประกอบกับมูลนิธิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้ร่วมกับบริษัทบางจาก
จำกัด (มหาชน) จัดให้มีการสัมมนาระดับนโยบายสำหรับการปฏิบัติการในเรื่อง “การส่งเสริมองค์
กรชุมชนและการแก้ปัญหาสังคมด้วยมาตรการทางเศรษฐกิจการเงินการคลังและอื่นๆ” เมื่อเดือน
พฤศจิกายน 2538 ณ โรงแรมดุสิตริสอร์ทแอนด์โปโลคลับ จ.เพชรบุรี โดยมีผู้เข้าร่วมสัมมนา
ประกอบด้วย ผู้บริหารจากองค์กรภาครัฐ นักวิชาการ องค์กรประชาชน องค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งผล
จากการสัมมนาทุกฝ่ายเห็นพ้องต้องกันว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องจัดทำรายละเอียดมาตรการ
ด้านการเงินและการคลังให้เป็นพื้นฐานของการ “ถักทอสายใยแห่งความร่วมมือของหน่วยงานภาค
รัฐ เอกชน และประชาชนอันจะนำไปสู่ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน” ซึ่งจะสอดคล้องกับทิศทาง
การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยมีความเห็นว่าควร

ทำออกมาในลักษณะแผนแม่บทเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ต่อไป

จากแนวนโยบายที่คณะกรรมการกระจายอำนาจได้กำหนดไว้และรวมกับกรอบแนวความคิดที่ได้จากการสัมมนาระหว่างภาครัฐและเอกชนต่าง ๆ กนภ. จึงได้มีคำสั่งที่ 11/2538 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจด้านการเงินการคลังเพื่อสังคม เมื่อวันที่ 28 พฤศจิกายน 2538 มีปลัดกระทรวงการคลัง เป็นประธาน (ดูภาคผนวก ก) ดำเนินการในเรื่องดังกล่าว และคณะกรรมการเฉพาะกิจด้านการเงินการคลังเพื่อสังคม ได้มีคำสั่งที่ 1/2539 แต่งตั้งคณะทำงานยกร่างแผนแม่บททางการเงินการคลังเพื่อสังคม เมื่อวันที่ 6 กุมภาพันธ์ ศึกษาถึงมาตรการด้านการเงินการคลัง ที่กระทรวงการคลังได้ดำเนินการอยู่แล้ว และศึกษาถึงมาตรการที่ควรจะต้องดำเนินการต่อไป พร้อมทั้ง ดำเนินการยกร่างแผนแม่บททางการเงินการคลังเพื่อสังคมขึ้นมา โดยเน้นที่การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งเป็นหลัก ทั้งนี้ การที่จะให้คนในสังคมจะได้รับความเจริญอย่างทั่วถึงได้นั้นจะต้องทำให้ทุกคนมีโอกาสได้รับความช่วยเหลือในการพัฒนาอย่างจริงจัง การที่สังคมจะเข้มแข็งได้ก็ต้องเมื่อมีการรวมตัวกัน การช่วยเหลือชุมชนให้เข้มแข็งในที่นี้จึงเป็นการช่วยเหลือเป็นกลุ่มคน โดยมุ่งเน้นที่การช่วยเหลือชุมชนที่อ่อนแอและด้อยโอกาสเป็นหลักก่อน เพื่อให้มีการพัฒนาโดยการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง และเพื่อให้ชุมชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน การพัฒนาเศรษฐกิจของชุมชน การพัฒนาและกระจายบริการพื้นฐานของชุมชน ตลอดจนการอนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสภาพแวดล้อมในชุมชน ซึ่งทั้งหมดนี้รัฐจำเป็นต้องเข้ามามีบทบาทในการกำหนดนโยบายและมาตรการทางการเงินการคลัง ที่จะช่วยเหลือผลักดันสังคมให้เข้มแข็ง โดยในการดำเนินการเพื่อจัดทำแผนแม่บททางการเงินการคลังเพื่อสังคม

คณะทำงานยกร่างเรียบร้อยแล้ว ก็ได้จัดให้มีการจัดสัมมนาระดับชาติ เรื่อง แผนแม่บททางการเงินการคลังเพื่อสังคม เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2539 มีวัตถุประสงค์เพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากนักวิชาการ นักพัฒนาองค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชนและประชาชนผู้สนใจ โดยมี ฯพณฯ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ องคมนตรีและรัฐบุรุษเป็นประธานในพิธีและปาฐกถาพิเศษ นอกจากนี้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง (นายสุรเกียรติ์ เสถียรไทย) ได้บรรยายถึงเป้าหมายของการจัดทำแผนแม่บททางการเงินการคลังเพื่อสังคมที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือ การส่งเสริมการพัฒนาและกระจายบริการพื้นฐานทางสังคม ทั้งด้านการจัดการศึกษาที่และ

การจัดหาสินเชื่อให้มากขึ้น รวมทั้งในส่วนที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพควรใช้มาตรการด้านภาษี เพื่อจูงใจให้เกิดกองทุนต่างๆ เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากด้านการรักษาพยาบาล โดยมีตัวอย่างกรณีของ ประเทศออสเตรเลียที่มีกองทุนที่มีชื่อว่า กองทุนส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Fund) ที่นำ เรายได้บางส่วนจากภาษีบุหรี่และสุรา มาเป็นเงินกองทุนสำหรับการรักษาพยาบาล และกิจกรรม เพื่อสุขภาพ เช่น การกีฬา และการพักผ่อนหย่อนใจ นอกจากนี้ยังต้องคิดถึงโครงการประกันสุขภาพ ซึ่งอาจต้องมี 2 ลักษณะคือ สำหรับผู้มีความสามารถจ่ายค่าประกันและสำหรับผู้ไม่มีความ สามารถจ่ายค่าประกันด้วย ซึ่งผลจากการสัมมนาดังกล่าว คณะอนุกรรมการเฉพาะกิจด้านการเงิน การคลังเพื่อสังคม ได้นำมาสรุปเป็นแผนแม่บทฯ เสนอคณะอนุกรรมการกระจายอำนาจและนำเสนอ กนภ. ที่มีท่านนายกรัฐมนตรีเป็นประธานพิจารณามีมติให้ความเห็นชอบแผนแม่บทการเงิน การคลังเพื่อสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และเพื่อให้การดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง จึงได้มีคำสั่งกระทรวงการคลังที่ 86/2539 ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2539 แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมขึ้น โดยมีปลัด กระทรวงการคลัง เป็นประธาน (ดูภาคผนวก ง) เพื่อดำเนินการหรือประสานงานให้มาตรการต่างๆ ตามแผนแม่บทฯ ได้เกิดขึ้นและปรากฏผลตามเป้าหมาย รวมทั้งคณะกรรมการชุดนี้ยังมีอำนาจติดตามดูแลและประเมินผลมาตรการต่างๆ อย่างใกล้ชิดอีกด้วย

สาระสำคัญของแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม สรุปได้ ดังนี้

1. แผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมมีเป้าหมายหลัก 5 ประการ ได้แก่

- (1) สร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน
- (2) พัฒนาเศรษฐกิจของชุมชน
- (3) พัฒนาและกระจายบริการพื้นฐานทางสังคม
- (4) อนุรักษ์ฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- (5) การอนุรักษ์สืบสานคุณธรรมและวัฒนธรรมท้องถิ่น

2. หลักการของแผนฯ

เพื่อให้ชุมชนพัฒนาและพึ่งตนเองได้โดยเฉพาะชุมชนด้อยโอกาสและสร้างประโยชน์ต่อสังคมโดยใช้มาตรการทางการเงินและการคลัง ทั้งนี้ต้องทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้ง

ภาคราชการ ธุรกิจเอกชน องค์กรชุมชนองค์กรพัฒนาเอกชนและสถาบันวิชาการ มาร่วมมือกัน เพื่อพัฒนาสังคมและชุมชน

3. มาตรการทางการเงินการคลัง

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายข้างต้น มี 23 มาตรการ เป็นมาตรการทางการเงิน 12 มาตรการ และมาตรการทางการเงินการคลัง 11 มาตรการ ซึ่งสรุปได้ ดังนี้

(1) การสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน

(1.1) มาตรการทางการเงิน

- 1) มาตรการจัดตั้งธนาคารเพื่อการพัฒนาองค์กรชุมชน
- 2) มาตรการจัดตั้งธนาคารสหกรณ์แห่งชาติ
- 3) มาตรการกระจายทรัพยากรทางการเงิน

(1.2) มาตรการทางการเงินการคลัง

- 1) มาตรการภาษีเพื่อจูงใจให้ชุมชนจัดตั้งองค์กรชุมชน เพื่อดำเนินธุรกิจในชุมชน
- 2) มาตรการภาษีจูงใจให้ธุรกิจเอกชนและบุคคลทั่วไปช่วยพัฒนาองค์กรชุมชน
- 3) มาตรการสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ช่วยสร้างความเข้มแข็งแก่องค์กรชุมชน

(2) การพัฒนาเศรษฐกิจของชุมชน

(2.1) มาตรการทางการเงิน

- 1) มาตรการสินเชื่อเพื่อพัฒนาอาชีพและรายได้ชุมชน
- 2) มาตรการกระจายสินเชื่อสู่ภูมิภาคและชนบท
- 3) มาตรการส่งเสริมและสนับสนุนสถาบันการเงินของรัฐและเอกชนให้มีส่วนร่วมพัฒนาชุมชน

(2.2) มาตรการทางการเงินการคลัง

- 1) มาตรการภาษีจูงใจให้องค์กรธุรกิจมาร่วมดำเนินธุรกิจหรือทำอุตสาหกรรมชุมชนกับองค์กรชุมชนเพื่อการพัฒนา

(3) การพัฒนาและกระจายบริการพื้นฐานทางสังคม

(3.1) มาตรการทางการเงิน

- 1) มาตรการการเงินเพื่อการศึกษา
- 2) มาตรการการเงินเพื่อพัฒนาฝีมือแรงงาน
- 3) มาตรการการเงินเพื่อที่อยู่อาศัย
- 4) มาตรการการเงินเพื่อสาธารณูปโภค

(3.2) มาตรการทางการคลัง

- 1) มาตรการกองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษา
- 2) มาตรการสนับสนุนจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข**
- 3) มาตรการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมและประกันสุขภาพ**
- 4) มาตรการกระจายอำนาจการคลังท้องถิ่น

(4) การอนุรักษ์และฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

(4.1) มาตรการทางการเงิน

- 1) มาตรการการเงินเพื่อรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
- 2) มาตรการจัดตั้งกองทุนบรรเทาความเดือดร้อนแก่ผู้ประสบภัยธรรมชาติ

และภัยพิบัติ

(4.2) มาตรการทางการคลัง

- 1) มาตรการภาษีที่เก็บจากผู้ก่อมลพิษ
- 2) มาตรการสนับสนุนผู้รักษาสีงแวดล้อม

(5) การอนุรักษ์สืบสานคุณธรรมและวัฒนธรรมท้องถิ่น

(5.1) มาตรการทางการคลัง

- 1) มาตรการจัดตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมคุณธรรมและวัฒนธรรมท้องถิ่น

บทที่ 3

ข้อเสนอเกี่ยวกับมาตรการด้านสาธารณสุขภายใต้แผนแม่บท การเงินการคลังเพื่อสังคม

เพื่อให้มาตรการสนับสนุนการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข และมาตรการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมและประกันสุขภาพตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม บรรลุผลตามที่รัฐบาลได้กำหนดไว้ในแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม จึงได้มีคำสั่งที่ 1/2539 ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2539 แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขและกองทุนเพื่อส่งเสริมและประกันสุขภาพ ซึ่งคณะกรรมการฯ ชุดดังกล่าว มีนายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน นายแพทย์ประคิด วาทีสาธกิจ เป็นรองประธาน (ดูภาคผนวก จ) ทำหน้าที่ศึกษาและจัดทำข้อเสนอมาตรการเสนอต่อคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมพิจารณาจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข และจัดตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมและประกันสุขภาพ ต่อไป

คณะกรรมการฯ ได้เสนอมาตรการที่สำคัญ ให้คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมพิจารณา เพื่อให้เป็นไปตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม 2 เรื่อง คือ

- การเสนอจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพ
- การเสนอจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

3.1 กองทุนประกันสุขภาพ

คณะกรรมการฯ ได้จัดทำเป็นข้อเสนอมาตรการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพเพื่อสังคม เสนอให้คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม พิจารณาเพื่อให้การสนับสนุนการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพ ซึ่งข้อเท็จจริงระบบการประกันสุขภาพของประเทศไทยขณะนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. การประกันสุขภาพตามโครงการ ได้แก่ โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล สำหรับผู้มีรายได้น้อยและสังคมควรจะช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) มีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ทหารผ่านศึกพร้อมครอบครัว เด็กอายุ 0-12 ปี พระภิกษุ/สามเณร

2. การประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ได้แก่ การประกันสุขภาพเอกชน ซึ่งมีบริษัทที่ประกอบธุรกิจประกันชีวิตและธุรกิจประกันภัยให้บริการอยู่ โดยมีกรมการประกันภัยกระทรวงพาณิชย์เป็นผู้ดูแล และโครงการประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มมีมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2526 ภายใต้ชื่อโครงการกองทุนพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก และต่อมาเรียกว่า “บัตรประกันสุขภาพ” เป็นโครงการที่อาศัยหลักของการกระจายความเสี่ยงร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดีกับผู้ที่เจ็บป่วย ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ที่มีฐานะปานกลาง รายได้ไม่แน่นอน เกษตรกร ผู้ประกอบอาชีพอิสระต่างๆ ที่ไม่เข้าข่ายการประกันสังคม ซึ่งยังไม่มีหลักประกันด้านสุขภาพใดๆ มีหลักในการดำเนินการโดย รัฐบาลจะจ่ายเงินสมทบให้กับประชาชนที่สมัครเข้าเป็นสมาชิกของโครงการ โดยประชาชนจ่าย 500 บาท/บัตร/ครอบครัว (ไม่เกิน 5 คน)/ปี และรัฐบาลจ่ายสมทบอีกในอัตราเท่ากัน สมาชิกบัตรประกันสุขภาพจะได้รับประกันการรักษาพยาบาลตามสิทธิ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอีก และการประกันสุขภาพของประชาชน ที่มีบริษัทประกันชีวิตให้บริการอยู่

3. สวัสดิการข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัว ซึ่งรัฐบาลได้กำหนดให้ข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจและครอบครัวได้รับสิทธิพิเศษในการเบิกค่ารักษาพยาบาลตามระเบียบที่กำหนด ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 ที่กำหนดให้ข้าราชการ และบุคคลในครอบครัวได้สิทธิในการเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เป็นต้น

4. การประกันสุขภาพภาคบังคับ ได้แก่ การประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2531 ของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม และการประกันผู้ประสบภัยจากรถ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ พ.ศ. 2535 ของกระทรวงพาณิชย์

เนื่องจากระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน มีปัญหาหลายประการที่สมควรได้รับการแก้ไข ทั้งในด้านความเสมอภาค (Equity) ที่คนจนและผู้ที่มีความต้องการด้านสาธารณสุขมากกว่ากลับได้รับการดูแลด้านสุขภาพที่น้อยกว่า ปัญหาด้านคุณภาพ

(Quality) ของบริการ และปัญหาการขาดประสิทธิภาพการจัดการในภาพรวมที่ดี (Efficiency) และเพื่อสนับสนุนโครงการประกันสุขภาพโดยให้ประชาชนและชุมชนมาดำเนินการและรับผิดชอบร่วมกันมากขึ้น เพื่อมุ่งเน้นความเข้มแข็งของชุมชน คณะทำงานฯ จึงได้จัดทำข้อเสนอและมาตรการการจัดตั้งกองทุนเพื่อประกันสุขภาพเพื่อสังคม เสนอให้คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมพิจารณา โดยมีความเห็นว่าควรจัดหาหลักประกันด้านสุขภาพให้แก่ผู้มีรายได้น้อยและผู้มีสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นหลัก แต่ปัจจุบันการดำเนินโครงการของรัฐตามโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่มีสังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล (สปร.) และโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ (บัตรประกันสุขภาพ) ได้รับงบประมาณน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนประชากรผู้ยากจน จึงควรที่จะจัดสรรงบประมาณและพัฒนาประสิทธิภาพของโครงการทั้ง 2 ที่มีอยู่แล้วให้ดีขึ้น ทั้งด้านคุณภาพบริการ และนำเสนอทางเลือกในการรับบริการที่ดีแก่สมาชิก ทั้งนี้ คณะทำงานฯ ได้จัดทำข้อเสนอเป็น 3 มาตรการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. มาตรการระยะสั้น ได้แก่

- (1) พัฒนาระบบการให้สิทธิแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายให้มีความครอบคลุมและเที่ยงตรงมากขึ้น
- (2) พัฒนาระบบข้อมูลขึ้นทะเบียน และการให้บริการ
- (3) ปฏิรูปการเงินการคลังด้านสาธารณสุขเพื่อควบคุมค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานะเศรษฐกิจในปัจจุบัน และปรับปรุงวิธีการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางไปยังจังหวัด และการจ่ายเงินให้หน่วยบริการในลักษณะเป็นธรรม
- (4) พัฒนาศักยภาพของหน่วยงานบริหารระดับจังหวัดในการตรวจสอบและให้ความคุ้มครองสิทธิแก่กลุ่มเป้าหมาย
- (5) ขยายเครือข่ายการดำเนินงานไปสู่หน่วยบริการภาคเอกชนโดยเป็นหน่วยบริการที่ดำเนินการในลักษณะของมูลนิธิที่ไม่หวังผลกำไร
- (6) การเพิ่ม unit cost ของการจัดบริการสาธารณสุข งานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยฯ (สปร.) และโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ให้มีความเหมาะสมกับค่าใช้จ่ายจริงและสถานะเศรษฐกิจในปัจจุบัน

(7) การให้องค์กรเอกชนเข้ามาบริหารกองทุนเอง เนื่องจากที่ประชุมเห็นว่าอาจมีปัญหาในด้านระเบียบปฏิบัติ และการให้องค์กรเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม เป็นข้อเสนอที่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของแผนแม่บทการเงินการคลัง จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการในลักษณะโครงการทดลองเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ แล้วนำมาพัฒนาดำเนินการต่อไป

2. มาตรการระยะกลาง ได้แก่

(1) ให้มีการปรับปรุงค่าใช้จ่ายต่อหน่วยของการจัดบริการสาธารณสุข งานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยๆ และโครงการประกันสุขภาพโดยความสมัครใจ ให้ได้เท่ากับหรือใกล้เคียงกับผู้ประกันตนตามพระราชบัญญัติประกันสังคมได้รับ

(2) ให้มีการปรับราคาต่อหน่วยของบัตรประกันสุขภาพจากหลักการเดิม ที่เป็นราคาต่อบัตรต่อครอบครัว เป็นราคาต่อบัตรต่อคน โดยมีราคาต่อหน่วยเท่ากับราคาต่อหน่วยของงานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยๆ และเป็นราคาต่อหน่วยที่คุ้มทุนในการจัดบริการ ทั้งนี้ ให้สำนักงานงบประมาณ กระทรวงการคลัง และกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้พิจารณาร่วมกัน และสามารถปรับราคาต่อหน่วยได้ทุก 3 ปี ตามสถานะเศรษฐกิจของประเทศ โดยหลักการของการออกเงินสมทบหรือเงินสนับสนุนจากรัฐ ยังคงเป็นอัตราร้อยละ 50 ของราคาต่อหน่วยขั้นต่ำสุด

(3) ให้ดำเนินการขายบัตรประกันสุขภาพหลายราคา โดยมีราคาต่ำสุดเท่ากับร้อยละ 50 ของราคาต่อหน่วย เพื่อให้สอดคล้องกับสถานะเศรษฐกิจของแต่ละพื้นที่

(4) ให้มีการปรับราคาต่อหน่วย ของบัตรประกันสุขภาพสำหรับผู้นำชุมชน และอสม. เท่ากับราคาต่อหน่วยของบัตรประกันสุขภาพ สำหรับประชาชนทั่วไปที่ปรับใหม่ด้วย

(5) ให้ปรับโครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล งานรักษาพยาบาลผู้มีรายได้น้อยๆ รวมเป็นกองทุนเดียวกับเงินทุนหมุนเวียนบัตรประกันสุขภาพ โดยมีการปรับ unit cost ให้สอดคล้องกับสถานะความเป็นจริงทางเศรษฐกิจ และสามารถปรับ unit cost ได้ตามความเหมาะสมภายใต้การพิจารณาของสำนักงานงบประมาณ กระทรวงการคลัง และกระทรวงสาธารณสุข

(6) ให้องค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารเงินทุนหมุนเวียนเพื่อบัตรประกันสุขภาพ โดยมีผลจากการศึกษามาประกอบการพิจารณาดำเนินการ เนื่องจากที่ประชุม

คณะทำงานฯ เห็นว่าอาจมีปัญหาด้านระเบียบปฏิบัติ แต่เป็นข้อเสนอสอดคล้องกับเจตนารมณ์ของแผนแม่บทการเงินการคลัง จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการในลักษณะโครงการทดลองเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ก่อน แล้วนำมาพัฒนาดำเนินการต่อไป

3. มาตรการระยะยาว ได้แก่

จัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพโดยขอความเห็นชอบในหลักการและให้การสนับสนุนในการนำเสนอร่างพระราชบัญญัติประกันสุขภาพ พ.ศ. เข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี และสภาตามลำดับ

ข้อเสนอในการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพเพื่อสังคมนี้ คณะทำงานฯ ได้นำเสนอให้คณะกรรมการดำเนินมาตรการตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมพิจารณาในเดือนพฤศจิกายน 2540 ซึ่งขณะนั้น ประเทศกำลังเริ่มประสบภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ การเสนอเพิ่มงบประมาณจึงเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก แต่อย่างไรก็ตาม คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมพิจารณาแล้วมีมติเห็นชอบด้วยในหลักการ และได้มอบหมายให้คณะทำงานฯ ไปพิจารณาในรายละเอียดเพิ่มเติม แต่โดยที่เรื่องดังกล่าวเป็น การปฏิรูประบบประกันสุขภาพที่มีอยู่แล้วทั้งระบบ การแก้ไขปัญหาระบบ ต้องใช้เวลาและเงินงบประมาณจำนวนมาก การอาศัยมาตรการทางด้านการเงินการคลังเพื่อผลักดันยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้น การดำเนินการตามมาตรการในส่วนนี้จึงยังไม่สามารถผลักดันให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในแผนแม่บทฯ ได้ แต่รัฐบาลก็ได้ให้การสนับสนุนให้สำนักงานประกันสุขภาพซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบโครงการ สปร. และโครงการบัตรประกันสุขภาพอยู่แล้ว ได้รับการจัดสรรเงินช่วยเหลือจากโครงการลงทุนเพื่อสังคม (Social Investment Project) เพิ่มเติมจากเงินงบประมาณไปช่วยบรรเทาปัญหาความเดือดร้อนของประชาชนผู้มีรายได้น้อย ในเรื่องการประกันสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง

3.2 กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เป็นเรื่องใหม่ที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุขได้ศึกษาและพัฒนารูปแบบรวมทั้งแนวทางในการจัดตั้งกองทุนฯ มาตั้งแต่ พ.ศ. 2539 และได้มีการนำเสนอให้คณะทำงานฯ พิจารณา เนื่องจากการจัดตั้งกองทุนฯ นี้จะสอดคล้องกับแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม ที่ได้กำหนดมาตรการให้มีการ

จัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขและกองทุนเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โดยการดึงองค์กรเอกชนเข้ามามีบทบาทหรือมีส่วนร่วมมากขึ้น โดยกำหนดให้สถาบันที่จัดตั้งจะต้องประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ คือ

1. จะต้องมีระบบขององค์กรและการบริหารองค์กรที่ดี กล่าวคือ องค์กรที่จัดตั้งขึ้นต้องไม่เป็นหน้าที่ของคนใดคนหนึ่งโดยตรง ต้องมีหลายๆ ฝ่ายเข้ามาร่วมบริหารดำเนินงาน และร่วมกันตรวจสอบเพื่อให้เกิดความโปร่งใส

2. ต้องมีเงินทุนสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งรูปแบบของสถาบันและกองทุนดังกล่าวที่ได้มีการจัดตั้งในต่างประเทศในหลายๆ ประเทศ และสามารถดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

คณะทำงานฯ ได้ศึกษารูปแบบซึ่งการจัดตั้งสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โดยอาศัยรูปแบบของ VicHealth เป็นตัวอย่าง พร้อมทั้งได้พิจารณาถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการจัดตั้งสถาบันส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยขึ้น โดยได้จัดทำข้อเสนอมาตรการการจัดตั้งสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพเสนอให้คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมพิจารณา เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2539 คณะกรรมการพิจารณาแล้วมีมติเห็นชอบด้วยในหลักการของการจัดตั้งสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และได้มอบหมายให้สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กรมบัญชีกลาง และสำนักงบประมาณร่วมกันพิจารณาและเสนอแนะทางเลือกแหล่งรายได้ของกองทุน ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการจัดตั้งสถาบันเสนอให้คณะกรรมการฯ พิจารณาในรายละเอียดถึงความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแหล่งรายได้ และคณะกรรมการฯ ยังได้มีมติมอบหมายให้กระทรวงการคลังจัดคณะผู้แทนไปศึกษาดูงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ณ Health Sponsorship Council ประเทศนิวซีแลนด์ และ VicHealth ประเทศออสเตรเลีย เพื่อศึกษาถึงรูปแบบองค์กร แนวทางดำเนินงาน ข้อปัญหาหรือข้อจำกัดขององค์กร รวมทั้งศึกษาถึงแหล่งรายได้ขององค์กร โดยเฉพาะการใช้มาตรการด้านการคลังในการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โดยการจัดเก็บภาษีในลักษณะ Dedicated tax หรือ Sin Tax นอกจากนี้ คณะทำงานยังต้องศึกษาถึงผลประโยชน์คุ้มต่อต้นทุน (Benefit-Cost Justification) ของการดำเนินการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โดยพิจารณาจากประสิทธิภาพของ VicHealth และ Health Sponsorship Council เพื่อนำมาพิจารณาถึงความคุ้มค่าต่อการจัดตั้งสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยว่ามีมากน้อยแค่ไหน หรือไม่มีเลย

ในการพิจารณาจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งกองทุนเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพของคณะทำงานฯ จึงได้มีการพิจารณารายละเอียดเพื่อเสนอคณะกรรมการพิจารณาในประเด็นสำคัญๆ 4 ประการ คือ

- รายงานการศึกษาดูงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ณ Health Sponsorship Council ประเทศนิวซีแลนด์ และ VicHealth ประเทศออสเตรเลีย และการทบทวนกฎหมายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของต่างประเทศ
- การศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับเรื่องผลประโยชน์คุ้มค่าต่อการลงทุน (Benefit cost Justification) ของสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ
- การศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับเรื่องแหล่งที่มาของรายได้สถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ
- การศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับเรื่องการบริหารงาน การตรวจสอบ การประเมินผล และการกำกับดูแลองค์กร

3.2.1 รายงานการศึกษาดูงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ณ Health Sponsorship Council ประเทศนิวซีแลนด์ และ VicHealth ประเทศออสเตรเลีย และการทบทวนกฎหมายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของต่างประเทศ

กระทรวงการคลังได้แต่งตั้งคณะผู้แทนไปดูงานตามมติของคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม เมื่อเดือนธันวาคม 2539 สรุปผลการศึกษาดูงานได้ดังนี้

ระบบการส่งเสริมสุขภาพในนิวซีแลนด์

1. รูปแบบองค์กรและการดำเนินงาน

1.1 ประเทศนิวซีแลนด์ได้จัดตั้ง Health Sponsorship Council :HSC ขึ้นเป็นองค์กรกึ่งรัฐกึ่งเอกชนระดับชาติ ทำหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยกฎหมาย Smokefree Environment Act (1990) มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนวิถีชีวิตที่ถูกต้องอนามัยไม่ว่าจะโดยบทบัญญัติของการให้ทุนหรืออย่างอื่น HSC จึงทำหน้าที่จัดทุนสนับสนุนหรือทุนอุปถัมภ์ (Sponsorship) การทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.2 โครงสร้างของ HSC ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 4 ส่วน คือ

- (1) Council ประกอบด้วยกรรมการจำนวน 3-6 คน แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีสาธารณสุข (Ministry of Health) โดยมีกรรมการคนหนึ่งเป็นประธาน กรรมการแต่ละคนจะดำรงตำแหน่งคราวละไม่เกิน 3 ปี และสามารถได้รับแต่งตั้งใหม่ได้โดย Council ทำหน้าที่จัดการให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามกฎหมาย
- (2) สำนักงานมี Director เป็นหัวหน้า Council จ้างมาเพื่อดำเนินงานที่ Council กำหนดและมอบหมาย ปัจจุบันสำนักงาน HSC มีพนักงาน จำนวน 9 คน
- (3) คณะกรรมการที่ปรึกษา เป็นคณะกรรมการเฉพาะเรื่อง ซึ่งอาจมีมากกว่า 1 คณะ
- (4) กองทุน จัดเป็นหน่วยจัดการรายได้ของ HSC ซึ่งรายได้ส่วนใหญ่มาจากงบประมาณอุดหนุนประจำปี

1.3 การดำเนินงานของ HSC ซึ่งเป็นองค์กร “ผู้จัด” บริการ/กิจกรรมระดับชาติ (National Provider) จะจัดทุนสนับสนุนแก่การกีฬา ศิลปวัฒนธรรม จัดโฆษณาเผยแพร่เพื่อสร้างค่านิยม การรับรู้ข่าวสารอันนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพ โดยมีองค์กรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพที่ต้องทำงานสอดคล้องกันอีก ดังนี้

- (1) Regional Health Authority (RHA) เป็นองค์กรของรัฐบาลทำหน้าที่ซื้อบริการประจำแต่ละภาค จึงเรียกว่าองค์กร “ผู้ซื้อ” (Purchaser) มีอยู่จำนวน 4 แห่ง สามารถซื้อบริการได้ทั้งจากภาครัฐและเอกชน รวมทั้งซื้อบริการบางส่วนจาก HSC ด้วย
- (2) Crown Health Enterprise (CHE) เป็นองค์กรจัดบริการขายให้กับ RHA จึงเรียกว่า “ผู้ขาย” หรือ “ผู้จัด” (Provider) พัฒนามาจากรโรงพยาบาลเดิมของรัฐ ปัจจุบันมีความเป็นอิสระ มีจำนวน 23 แห่ง ตามเมืองต่างๆ ทั่วประเทศสวีเดน
- (3) Public Health Units (คล้ายกับสถานีอนามัย) เป็นองค์กร “ผู้ขาย” หรือ “ผู้จัด” บริการให้กับ RHA ในระดับท้องถิ่น

1.4 การดำเนินกิจกรรมของ HSC ใช้การตลาดสังคม (Social Marketing) เป็นแนวทางหลัก มีเป้าหมายเพื่อสร้างค่านิยมด้านสุขภาพ โดยได้ดำเนินการโครงการหลัก 3 โครงการ ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพลำดับสำคัญของชาติ คือ

(1) โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (Smokefree) ซึ่งมุ่งเน้นที่วัยรุ่นชาวเมารี (Maori) และบุคคลทั่วไป

(2) โครงการรณรงค์ลดอุบัติเหตุจราจร (Street-skills)

(3) โครงการรณรงค์ต่อต้านโรคมะเร็งผิวหนังจากแสงแดด (Sunsmart) เพื่อให้ประชาชนรู้ถึงภัยอันตรายจากแสงแดด

1.5 การดำเนินงานของ HSC ผ่านเทคนิคทางการตลาด ได้แก่ การเผยแพร่สัญลักษณ์สุขภาพเทียบได้กับการส่งเสริมตราของสินค้า (Brand promotion) การโฆษณาผ่านสื่อสารมวลชน การสนับสนุนทุนอุปถัมภ์แก่กิจการกีฬา ศิลปวัฒนธรรมเพื่อเจาะกลุ่มเป้าหมาย การสนับสนุนกิจการชุมชนเพื่อสร้างค่านิยมและแนวร่วมระดับชุมชน

1.6 นอกจากนี้ HSC ยังให้ทุนอุปถัมภ์ทดแทนทุนอุปถัมภ์จากธุรกิจการค้ายาสูบ (Tobacco replacement sponsorships) ซึ่งให้การอุปถัมภ์การแข่งขันกีฬาต่างๆ ในอดีต แม้ว่าปัจจุบันนิวซีแลนด์จะมีกฎหมายห้ามโฆษณายาสูบแล้วก็ตาม HSC ก็ยังมีหน้าที่จัดทุนอุปถัมภ์ดังกล่าวอยู่ในระยะต่อเนื่องช่วงนี้ และขณะเดียวกัน HSC ก็เห็นว่าเป็นช่องทางที่มีประสิทธิภาพที่จะเข้าสู่กลุ่มเป้าหมายเพื่อสร้างค่านิยมด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

2. รายได้ขององค์กร HSC

ตามมาตรา 59 ของ Smokefree Environment Act 1990 กำหนดว่า HSC สามารถมีรายได้เข้ากองทุนจาก 4 แหล่ง คือ

2.1 งบประมาณอุดหนุนรายปี

2.2 ดอกผลของเงินงบประมาณดังกล่าว

2.3 เงินที่ได้รับจากการขายทรัพย์สินของกองทุน

2.4 เงินที่ได้รับจากการบริจาคหรือมีผู้มอบให้

ตารางแสดงรายได้ของ HSC ปี 1995 และ 1996

หน่วย : ล้านดอลลาร์นิวซีแลนด์

รายได้	ปี ค.ศ. 1995	ปี ค.ศ.1996
1. งบประมาณอุดหนุนประจำปี	5.317	6.824
2. ดอกเบี้ย	0.007	-
3. รายได้อื่นๆ	0.099	0.088
รวม	5.423	6.912

การส่งเสริมสุขภาพในออสเตรเลีย

1. รูปแบบองค์กรและการดำเนินงาน

1.1 Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) ตั้งขึ้นโดยกฎหมาย Tabacco Act 1987 ของรัฐวิกตอเรียในประเทศออสเตรเลีย เป็นองค์กรกึ่งรัฐ (Statutory agency) แต่มีการบริหารจัดการที่คล่องตัวต่างไปจากระบบราชการ กฎหมายได้กำหนดวัตถุประสงค์ขององค์กรนี้ไว้คือ

(1) เพื่อสนับสนุนทุนแก่กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ความปลอดภัย รวมทั้งการป้องกันโรคและการคัดกรองโรคระยะเริ่มต้น

(2) เพื่อสร้างความตระหนัก (Awareness) ของชุมชนต่อโครงการเพื่อสุขภาพดี ผ่านการจัดทุนอุปถัมภ์

(3) เพื่อส่งเสริมวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพดี ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน

(4) เพื่อสนับสนุนทุนแก่การวิจัยและพัฒนา ซึ่งจะสนับสนุนวัตถุประสงค์ 3 ข้อแรก

1.2 โครงสร้างองค์กรของ VicHealth ประกอบด้วย

(1) คณะกรรมการบริหาร (VicHealth Board) ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวนรวม 14 คน โดยกฎหมายกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพ (3 คน) กีฬา (4 คน) ธุรกิจการจัดการ การสื่อสารหรือกฎหมาย (2 คน) ศิลปวัฒนธรรม (1 คน) ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการโฆษณา (1 คน) และผู้แทนจากสถานิติบัญญัติ (3 คน) รัฐมนตรีแต่งตั้ง

กรรมการคณะหนึ่ง จากจำนวนนี้เป็นประธาน คณะกรรมการนี้มีหน้าที่อำนวยความสะดวกให้ VicHealth บรรลุวัตถุประสงค์

(2) สำนักงานมี Chief Executive Officer เป็นหัวหน้า มีหน้าที่ดำเนินงานตามที่ VicHealth Board มอบหมาย ปัจจุบันมีพนักงานจำนวน 37 คน มีฐานะต่างจากพนักงานของรัฐ

(3) คณะกรรมการที่ปรึกษา รัฐมนตรีสามารถแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญพิเศษ เป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาเฉพาะกรณีได้

(4) กองทุน เป็นส่วนการจัดการรายได้ – รายจ่ายของ VicHealth รายได้ส่วนใหญ่มาจากเงินภาษีพิเศษที่เรียกว่า ภาษีส่งเสริมสุขภาพ (Victorian Health Promotion Levy) ซึ่งเก็บจากฐานภาษีบุหรี่ของออสเตรเลีย

1.3 จากวัตถุประสงค์และ โครงสร้างองค์กรตามกฎหมายที่ยึดหยุ่น VicHealth จึงสามารถทำหน้าที่หลักเป็นองค์กรจัดการเงินอุดหนุนสนับสนุนองค์กรต่างๆ ดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และจัดระบบบริหารที่มีประสิทธิภาพ โดยรอบปี 1996 สามารถจัดทุนสนับสนุนโครงการต่างๆ จำนวนรวม 305 โครงการ ทุนอุดหนุนโครงการทั้งหมดคราวปีละ 20 ล้านดอลลาร์ คิดเป็นค่าบริหารจัดการประมาณร้อยละ 10-15

1.4 VicHealth ได้ให้ความสำคัญอย่างมากกับการพัฒนาโครงการ ซึ่งอาจแยกเป็นโครงการที่องค์กรต่างๆ เสนอเข้ามา และโครงการที่ VicHealth กำหนด ตามแนวทางยุทธศาสตร์ การสนับสนุนจะเน้นความยั่งยืนของโครงการหลังจากสิ้นสุดการให้ทุนสนับสนุนด้วยการสร้างพันธมิตรและส่วนร่วมของชุมชน

1.5 คณะกรรมการบริหาร (VicHealth Board) ได้จัดระบบการพิจารณาคัดเลือก ติดตาม และประเมินผลโครงการต่างๆ อย่างถี่พิถี การคัดเลือกจะอาศัยเกณฑ์ตัดสิน ซึ่งดำเนินการ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกองค์กรเป็นส่วนใหญ่ ทำหน้าที่ติดตามและประเมินผล โดยจะใช้หลักเกณฑ์ที่ต่างกันตามประเภทและขนาดโครงการ (Graduated project evaluation) แต่มีตัวชี้วัดร่วมจำนวนหนึ่ง

2. รายได้ขององค์กร VicHealth

ตามมาตรา 32 (3) ของ Tobacco Act 1987 กำหนดให้กองทุน VicHealth ได้รับรายได้เรียกว่าภาษีส่งเสริมสุขภาพ (Victorian Health Promotion Levy) ภาษีส่งเสริมสุขภาพนี้เป็นส่วนหนึ่งของภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่ของรัฐวิกตอเรีย (Victorian licence fee) อัตราภาษีส่งเสริม

สุขภาพกำหนดโดยกฎหมายอีกฉบับหนึ่งคือ Business Franchise (Tobacco) Act 1974 (Amendment No.81/1987) ซึ่งกำหนดอัตราไว้ 1 ใน 6 ของภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่ (ซึ่งเก็บในอัตราร้อยละ 30 ของราคาขายส่งในขณะนั้น) และเนื่องจากการเพิ่มอัตราค่าภาษีใบอนุญาตนี้สูงขึ้นเรื่อยๆ (ในปี 1996 อัตราคือร้อยละ 100 ของราคาขายส่ง) จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงแก้ไขกฎหมายเพื่อคุ้มครองเงินที่ VicHealth จะได้รับ โดยกฎหมายกำหนดอัตราที่ใช้ในปัจจุบัน (แก้ไขเมื่อปี 1993) กำหนดให้ VicHealth ได้รับภาษีส่งเสริมสุขภาพเป็นจำนวนเท่าที่รัฐมนตรีคลัง (Treasurer) กำหนดให้เป็นปีๆ ไป แต่ไม่เกิน 1 ใน 15 ของภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่ แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงวิธีกำหนดจำนวนเงินภาษีที่ได้รับ แต่รูปแบบยังคงเป็น Dedicated Tax ซึ่งจัดสรรให้ VicHealth เป็นการเฉพาะเหมือนในอดีต นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดไว้ด้วยว่าเงินภาษีส่งเสริมสุขภาพที่ได้รับนั้นจะต้องใช้ไปเพื่อส่งเสริมด้านกีฬาไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 และส่งเสริมสุขภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 30

ตารางแสดงจำนวนภาษีส่งเสริมสุขภาพที่ VicHealth ได้รับ ปี1988-1996

หน่วย : ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย

ปี ค.ศ.	Health Promotion Levy	Total Victorian Licence fees	Levy as percentage of total fees
1988-1989	25.2	151.9	16.6
1989-1990	29.7	203.8	14.6
1990-1991	28.4	252.4	11.3
1991-1992	26.7	268.4	9.9
1992-1993	25.0	360.4	6.9
1993-1994	22.0	423.8	5.2
1994-1995	22.0	416.6	5.3
1995-1996	22.0	590.4	3.8

เปรียบเทียบการส่งเสริมสุขภาพตามระบบของนิวซีแลนด์และออสเตรเลีย

1. กรณี HSC ของนิวซีแลนด์

1.1 HSC ถือเป็นเพียงส่วนหนึ่งขององค์กรรณรงค์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ยังมีองค์กรอื่นที่มีบทบาทในการรณรงค์ด้านอื่นๆ อีกเช่น Alocho Advisory Councils of New Zealand (ALAC) ซึ่งรณรงค์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างเหมาะสม สมาคมมะเร็ง สมาคมวิชาชีพ เป็นต้น จึงทำให้การส่งเสริมสุขภาพทั้งระบบของนิวซีแลนด์ขาดองค์กรประสานจัดการ ในการผสมผสานบทบาทขององค์กรดำเนินงานต่างๆ เหล่านี้เข้าด้วยกัน

1.2 ขอบเขตงานของ HSC เน้นเฉพาะสนับสนุนทุนอุปถัมภ์และเน้นด้านการจัดการกับระบบบริการมากกว่า จึงเป็นจุดอ่อนด้านส่งเสริมสุขภาพ

1.3 HSC ดำเนินกิจกรรมเอง (Implementing agency) จึงเป็นข้อจำกัดให้ขอบเขตของงานไม่อาจขยายได้ และประสิทธิภาพไม่สูงเท่าที่ควร พนักงานจำนวนหนึ่งจะใช้เวลาแรงงานไปในการจัดวัสดุอุปกรณ์เผยแพร่ ทำให้ HSC มีข้อจำกัดในการทำงานเชิงรุก

1.4 ระบบงบประมาณซึ่งจัดให้เป็นรายปี ขาดความแน่นอน ทำให้ HSC และองค์กรรับทุนไม่มั่นใจ รวมทั้งกฎหมายได้ห้ามผูกพันกิจกรรมใดๆ หากยังไม่มีเงินในบัญชีกองทุน นับเป็นข้อจำกัดสำคัญทำให้ไม่สามารถวางแผนระยะยาวได้

2. กรณี VicHealth ของออสเตรเลีย

2.1 VicHealth เป็นรูปแบบองค์กรที่มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพครบวงจร (Comprehensive model) โครงสร้างองค์กรอันยืดหยุ่นมีกฎหมายรองรับและมีที่มาของรายได้ที่ชัดเจนจึงเอื้อต่อการเป็นองค์กรจัดการที่มีประสิทธิภาพ

2.2 บทบาทหลักของ VicHealth คือการประสาน – จัดการ ซึ่งเป็นหัวใจที่ทำให้การลงทุนของรัฐบาลเกิดประสิทธิภาพ การจัดการนี้เกี่ยวข้องกับองค์กรจำนวนมาก แต่ละกรณีจะมีเงื่อนไขที่ต่างกันไป VicHealth จึงจำเป็นต้องยืดหยุ่นเพื่อให้มีสถานะที่สร้างความมั่นใจแก่องค์กรทั้งหลาย

2.3 บทบาทของ VicHealth ต้องอาศัยองค์กรร่วมงาน จึงได้มีการพัฒนาความสัมพันธ์ สร้างเครือข่ายกับองค์กรชุมชนระดับต่างๆ เพื่อสนับสนุนโครงการ และร่วมใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้วในสังคม

2.4 โครงสร้างองค์กรของ VicHealth มีขนาดเล็กคล่องตัว ปลอดจากระเบียบเต็มรูปแบบของราชการ ทำให้เอื้อต่อการดำเนินภารกิจการประสาน – จัดการ

2.5 การผูกพันภาษีจากบุหรี่เข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ สามารถกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายของสินค้า ซึ่งเป็นสาเหตุแห่งความเสี่ยงของสุขภาพ และเข้ามามีส่วนรับผิดชอบต่อสังคมมากยิ่งขึ้น

2.6 การกำหนดให้ VicHealth มีแหล่งรายได้แน่นอนจากภาษีใบอนุญาตค้าบุหรี่ ทำให้การดำเนินงานของ VicHealth มีความแน่นอนระดับหนึ่ง ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความมั่นใจระยะยาวแก่องค์กรภายนอก ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ความเห็นและข้อเสนอแนะของคณะผู้ปฏิบัติงานต่อการจัดตั้งสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

1. รูปแบบขององค์กรและการดำเนินงาน

คณะผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นว่า รูปแบบขององค์กรและการดำเนินงานทำนอง VicHealth ในการเป็นองค์กรประสาน – จัดการ มีความยืดหยุ่น มีอิสระและคล่องตัวในการดำเนินงานระดับหนึ่ง และมีสถานะที่สร้างความมั่นใจแก่องค์กรผู้ร่วมงาน ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน จึงเห็นสมควรสนับสนุนให้การดำเนินงานจัดตั้งสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย โดยจัดตั้งขึ้นเป็นองค์กรอิสระ ทำหน้าที่ประสาน – จัดการ โดยมีคณะกรรมการทำหน้าที่กำหนดกรอบนโยบายและควบคุมการดำเนินงาน โดยมีผู้อำนวยการสถาบันฯ เป็นผู้บริหารกิจการให้เป็นไปตามนโยบายทำนองรูปแบบของ VicHealth จะทำให้องค์กรมีประสิทธิภาพมากกว่าการดำเนินกิจกรรมเอง เช่น HSC ซึ่งประสบผลสำเร็จไม่มากนัก

รูปแบบขององค์กรดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางที่คณะทำงานฯ จัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขและกองทุนเพื่อส่งเสริมและประกันสุขภาพได้ศึกษาและเสนอแนะไว้ จะมีความแตกต่างบ้างในส่วนของคณะกรรมการ ซึ่ง VicHealth มี VicHealth Board เพียง 1 คณะ ในขณะที่คณะทำงานฯ ได้เสนอให้สถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพที่จะจัดตั้งขึ้นนั้น นอกจากจะมีคณะกรรมการสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพตามปกติแล้ว ยังกำหนดให้มีคณะกรรมการประเมินผลไว้ในกฎหมายโดยตรงด้วย

2. รายได้ขององค์กร

2.1 หลักการทั่วไป

จากการศึกษาดูงานในครั้งนี้ คณะผู้ดูงานมีความเห็นเบื้องต้นว่า แหล่งรายได้ของสถาบันควรมาจากเงินภาษีเงินได้โดยตรง ด้วยเหตุผล ดังนี้

(1) การผูกพันภาษีเงินได้เข้ากับการส่งเสริมสุขภาพโดยตรงสามารถกระตุ้นประชากรให้ตระหนักถึงอันตรายของบุหรี่ ซึ่งเป็นเหตุที่ก่อให้เกิดความเสื่อมแห่งสุขภาพ และเกิดการระต๋อสังคม

(2) การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากบุหรี่เป็นปัญหาใหญ่ทั้งในระดับโลกและระดับท้องถิ่นที่ทุกคนยอมรับ ดังนั้น แม้จะเชื่อมโยงการส่งเสริมสุขภาพกับภาษีจากบุหรี่เพียงอย่างเดียว ไม่รวมถึงสุราหรือสินค้าอื่นที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ วิธีการนี้ก็ยังเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ดังเช่น ในกรณีของ VicHealth ในรัฐวิกตอเรีย

(3) การมีแหล่งรายได้ที่แน่นอนระดับหนึ่ง เป็นปัจจัยสำคัญต่อการรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพของสถาบันที่จะจัดตั้งขึ้น มิฉะนั้นแล้วการดำเนินงานจะมุ่งเฉพาะผลระยะสั้นเป็นปีๆ ไป และไม่สามารถจัดทำโครงการระยะยาวที่ต้องดำเนินการโดยต่อเนื่องได้ รวมทั้งจะทำให้ไม่ได้รับความมั่นใจและร่วมมือจากองค์กรที่เข้าร่วมดำเนินการด้วยเท่าที่ควร หากขาดความแน่นอนและต่อเนื่องในด้านรายได้

2.2 รูปแบบของแหล่งรายได้หลักที่ควรนำมาใช้ในประเทศไทย

การจัดเก็บภาษีอากรจากบุหรี่ในประเทศไทยในขณะที่ศึกษามี ดังนี้

- ภาษีค่าแสดมปียาสูบ เดิมจัดเก็บในอัตราร้อยละ 62 ของราคาขาย ณ โรงงานอุตสาหกรรมกรณีผลิตในประเทศ และของราคา C.I.F. บวกอากรขาเข้าและค่าธรรมเนียมอื่นๆ ในกรณีนำเข้า (ซึ่งรวมค่าแสดมปียาสูบที่ต้องชำระด้วย) และได้ปรับเพิ่มเป็นร้อยละ 68 ตั้งแต่วันที่ 31 ตุลาคม 2539 เป็นต้นไป

- อากรขาเข้ายาสูบจัดเก็บในอัตราร้อยละ 30

- ภาษีมูลค่าเพิ่มจัดเก็บในอัตราร้อยละ 7

นอกจากนี้ ยังมีภาษีค่าแสดมปียาสูบเพื่อมหาดไทย ขณะที่ศึกษายังอยู่ระหว่างการออกพระราชบัญญัติจัดสรรเงินค่าแสดมปียาสูบพ.ศ..... ซึ่งจะกำหนดให้จัดเก็บอีกร้อยละ 10 บนฐานภาษีค่าแสดมปียาสูบ และให้ถือเป็นรายได้แก่ท้องถิ่น จากโครงสร้างภาษีเงินได้ข้างต้น ภาระ

ภาษีอากรรวมของบุหรี อยู่ในอัตราประมาณร้อยละ 334.69 ของราคา C.I.F. หากจะพิจารณาจัดเก็บ ภาษีเสริม (Surcharge tax) บนฐานภาษีบุหรี ภายใต้อำนาจกฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นรายได้ของสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพจะไม่สามารถทำได้เพราะรายได้ที่ได้รับจะต้องส่งเป็นรายได้แผ่นดิน ซึ่งจะต้องผ่านกระบวนการและขั้นตอนตามวิธีการงบประมาณ และขณะเดียวกันจะทำให้ภาระภาษีอากรรวมเพิ่มสูงขึ้นมาก ดังนั้น จึงเห็นว่าในกรณีของประเทศไทยนั้น ควรกำหนดให้ใช้วิธีกันออกมาเป็นรายได้ของสถาบันฯ จากส่วนของภาษีค่าแสดมปียาสูบ โดยตราบทบัญญัติไว้ในกฎหมายจัดตั้งสถาบันฯ ทั้งนี้โดยมีหลักการสำคัญให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังหักเงินค่าแสดมปียาสูบไว้เพื่อส่งเข้ากองทุนของสถาบันฯ โดยไม่ต้องนำเงินส่งคลังเป็นรายได้ของแผ่นดินในจำนวนที่เห็นสมควรเป็นปีๆ ไปแต่ไม่เกินร้อยละ X ของภาษีค่าแสดมปียาสูบ ทั้งนี้เพื่อว่าการจัดสรรเงินจะได้เป็นไปตามสภาพเศรษฐกิจของประเทศและความเหมาะสมในการดำเนินกิจกรรมของสถาบันฯ

2.3 การกันเงินภาษีค่าแสดมปียาสูบ คิดเป็นร้อยละ 1-5 ของภาษีค่าแสดมปียาสูบ ให้เป็นรายได้ของสถาบันฯ จะทำให้สถาบันฯ มีรายได้สูงขึ้น ดังนี้

หน่วย : ล้านบาท

ปีงบประมาณ	ภาษียาสูบ	ร้อยละ				
		1	2	3	4	5
2538	20,717.2	207	413	622	829	1,036
2539	24,057.2	241	418	722	962	1,203
2540 (ประมาณการ)	26,500.0	265	530	795	1,060	1,325

ที่มา : สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง

3.2.2 การศึกษาเกี่ยวกับเรื่องผลประโยชน์คุ้มค่าต่อการลงทุน (Benefit cost Justification) ของสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

กระทรวงการคลังได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการศึกษาเปรียบเทียบเรื่องผลประโยชน์คุ้มค่าต่อการลงทุนเป็นอย่างมาก และมอบหมายให้ คณะทำงานศึกษาเสนอ ผลการศึกษาเรื่องผลประโยชน์คุ้มค่าต่อการลงทุนของสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

หลักการ แผนการลงทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพนับเป็นแผนการคลังเพื่อสังคม ถือเป็นการลงทุนเพื่อผลลัพธ์หลักทางสังคมอันจะได้รับผลตอบแทนเศรษฐกิจด้วยการวิเคราะห์ผลที่คาดว่าจะได้รับจึงต้องใช้บรรทัดฐานชีวิตจากมิติทั้งสอง ตัวชี้วัดที่สามารถพิจารณาได้คือ

ผลต่อคุณภาพชีวิต

- อัตราการลดพฤติกรรมเสี่ยง
- อัตราการป่วย - เสียชีวิตจากสาเหตุที่ป้องกันได้

ผลต่อการลดภาระค่าใช้จ่าย

- ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาล
- ค่าสูญเสียทางเศรษฐกิจ

ผลต่อความเป็นธรรมในสังคม (Social equity)

- ประโยชน์/การกระจายทรัพยากรแก่ประชากรกลุ่มด้อยโอกาส

การเสนอผลวิเคราะห์ขั้นตอนอาศัยหลักฐาน/ข้อสนับสนุน คือ

(1) ประสิทธิภาพจากกรณีตัวอย่าง (กรณีศึกษา) ซึ่งในที่นี้จะใช้กรณีของ

VicHeslth เป็นกรณีหลัก

(2) ทฤษฎีหรือหลักการพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์

(3) รายงานการวิจัย/การศึกษาเฉพาะเรื่อง

(4) การคาดคะเนผลจากเงื่อนไข – ข้อสมมติที่ใกล้เคียงต่อสถานการณ์จริง

1. ผลต่อคุณภาพชีวิต

ปัจจุบันสังคมไทยต้องแบกรับภาระโรค (Burden of disease) อันดับต้น ได้แก่

(1) อุบัติเหตุ (2) กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (3) กลุ่มโรคติดเชื้อ และ (4) มะเร็ง รายงานนี้แสดงผลสำคัญบางประการ ได้แก่

- ประชาชนไทยเจ็บป่วยและเสียชีวิตคิดเป็นภาระโรค เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 26 ระหว่างปี 2530-2536

- ประชาชนกลุ่มวัยแรงงาน (15-44 ปี) และกลุ่มวัยกลางคน (45-64 ปี) เจ็บป่วยและเสียชีวิตในอัตราที่สูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 47 และ 33 ตามลำดับ

- อุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเร็วมาก (ภาระโรคเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 80 ระหว่าง

ปี2530-2536) ส่วนนี้ผู้บัญญัติกฏหมายขนัตสร้างภาระโรคถึงร้อยละ 70 หรือคิดเป็นภาระโรคร้อยละ 14 ของทั้งหมด

โรค/ภัยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีสาเหตุที่ป้องกันได้และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมชีวิตประจำวันรวมทั้งการประกอบอาชีพ การเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต จึงหมายถึงการสูญเสียทางเศรษฐกิจ เช่น ผู้บัญญัติกฏหมายจะก่อความสูญเสียทางเศรษฐกิจถึงปีละ 70,000-90,000 ล้านบาท หรือกว่าร้อยละ 2 ของรายได้ประชาชาติ

จากกรณีศึกษา VicHealth ประเทศออสเตรเลีย สถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพนี้ สามารถลดอัตราของโรค/ภัยเหล่านี้ได้โดยลดพฤติกรรมเสี่ยงผ่านมาตรการทางสังคม อาทิ

- กระตุ้นสังคมให้ตระหนัก สร้างโอกาสให้สังคมได้ร่วมพลังกันป้องกันปัจจัยที่ทำลายสุขภาพ
- พัฒนามาตรการสาธารณะ (เช่น เพื่อลดอุบัติเหตุ) โดยประสานการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ และการสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อกำหนดนโยบาย
- พัฒนาโครงการต้นแบบ (Pilot projects) เพื่อกระตุ้นศักยภาพของชุมชนประสานบทบาทของชุมชนกับหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง
- สนับสนุนโครงการสุขภาพในสถานที่ทำงาน (Workplace health programs) ชุมชนและโรงเรียน
- พัฒนารูปแบบชุมชนโดยจัดโอกาสกิจกรรม สนับสนุนความรู้ทั้งด้านการจัดการและวิชาการด้านสุขภาพ สนับสนุนเครื่องมือดำเนินงาน

การดำเนินงานของ VicHealth เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่สามารถลดอัตราพฤติกรรมเสี่ยง 5 ประเภท ลดอัตราอุบัติเหตุลงอย่างรวดเร็ว (นับจากปี 1988 ลดลงราวร้อยละ 35) รวมทั้งคาดว่าจะลดอัตราการเกิดโรคลงในระยะยาว ปัจจุบันทุกรัฐของประเทศออสเตรเลีย (ขาดเพียงนิวเซาท์เวลส์) จึงได้จัดตั้งองค์กรเช่นเดียวกับ VicHealth

การประเมินนี้พบผลการดำเนินงานระยะเวลา 5 ปีแรกของ VicHealth ดังนี้

- อัตราสูบบุหรี่ของชาววิกตอเรียที่ลดลงสัมพันธ์กับกิจกรรมรณรงค์ของ VicHealth
- สถานะทางโภชนาการของชาวรัฐวิกตอเรียดีขึ้นชัดเจนสัมพันธ์กับกิจกรรม

ส่งเสริมสุขภาพของ VicHealth

- พฤติกรรมการออกกำลังกายและเล่นกีฬามีอัตราเพิ่มสูงขึ้นในวิกตอเรีย
- พฤติกรรมการปกป้องผิวหนังจากแสงอาทิตย์ (ป้องกันโรคมะเร็งผิวหนัง)

เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50 ในรัฐวิกตอเรีย

2. ผลต่อภาระค่าใช้จ่าย

การดูงานที่ประเทศนิวซีแลนด์และประเทศออสเตรเลีย ได้ข้อมูลการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจของโครงการส่งเสริมสุขภาพ (เฉพาะการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นโครงการใหญ่ที่สุด) ดังนี้

ประเทศนิวซีแลนด์

ปัจจุบันการสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุทำให้ชาวนิวซีแลนด์เสียชีวิตราวปีละ 1,700 คน การควบคุมการสูบบุหรี่เริ่มขึ้นเมื่อปี 1975 หลังจากนั้นอัตราสูบบุหรี่ค่อยๆ ลดลง นิวซีแลนด์เป็นประเทศหนึ่งที่มีการสูบบุหรี่ลดลงในอัตราเร็วที่สุดในโลก

มาตรการสำคัญ ได้แก่ การสร้างความตื่นตัวในสังคม การใช้กฎหมายและการเพิ่มภาษีบุหรี่ จนอัตราการสูบบุหรี่ลดจากร้อยละ 32 (1984) เหลือร้อยละ 25 (1996) และการบริโภคลดปริมาณร้อยละ 50

รัฐบาลลงทุนด้านส่งเสริมสุขภาพเพื่อควบคุมการสูบบุหรี่ระหว่างปี 1975 ถึงปัจจุบันคิดเป็นมูลค่าราว 42 ล้านดอลลาร์ (เฉลี่ยปีละ 2 ล้านดอลลาร์) เมื่อคำนวณค่าใช้จ่ายนี้ เทียบกับจำนวนปีของชีวิตชาวนิวซีแลนด์ที่ได้เพิ่มขึ้นมาแล้วจะคิดเป็นวันละ 2 ดอลลาร์

ระหว่างปี 1975-1995 นิวซีแลนด์ ต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยไม่จำเป็น ถึงปีละ 200 ล้านดอลลาร์ การลงทุนของรัฐบาลสามารถลดอัตราตายได้ถึงร้อยละ 40 จึงประมาณได้ว่าสามารถลดค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลลงได้ปีละ 80 ล้านดอลลาร์ อัตราประโยชน์ต่อต้นทุน หรือ Benefit-cost ratio คิดเป็น 40 : 1

ตั้งแต่ปี 1977 เป็นต้นมารัฐบาลขึ้นภาษีบุหรี่หลายครั้ง การขึ้นภาษีนี้นับเป็นมาตรการส่งเสริมสุขภาพอย่างสำคัญ รัฐบาลเก็บภาษีได้เพิ่มขึ้น 300 ล้านดอลลาร์ รายได้ส่วนนี้จึงถือเป็นผลประโยชน์ด้วย ตามนัยนี้ Benefit-cost ratio จึงเพิ่มขึ้นอีกเป็น 47.5 : 1 ทั้งนี้ยังไม่รวมผลผลิตที่เพิ่มจากการมีอายุยืนยาวขึ้น

ประเทศออสเตรเลีย

การวิจัยประเมินผลตอบแทนทางเศรษฐกิจของ VicHealth ระหว่างการดำเนินงาน ช่วงปี 1987-1992 ได้ข้อสรุปว่า รัฐวิศตอเรียได้ลงทุนผ่าน VicHealth ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นจำนวน 121 ล้านดอลลาร์ การลงทุนนี้สร้างผลตอบแทนสูง ทั้งนี้ โดยคิดถึงผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ คือ

1. ผลผลิตที่เพิ่มขึ้นจากการมีอายุการผลิตที่ยืนยาวขึ้น (Production benefit)
2. คุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นจากการไม่เจ็บป่วยแปรเป็นหน่วยวัดทางการเงิน

(Pleasure benefit)

3. ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่ประหยัดลง (Cost saving) ผู้วิจัยระบุว่าเฉพาะโครงการไม่สูบบุหรี่เพียงโครงการเดียว ซึ่งมีต้นทุนประมาณ 25 ล้านดอลลาร์ สามารถสร้างผลตอบแทนไม่น้อยกว่า 211 ล้านดอลลาร์ หรือ Benefit-cost ratio มากกว่า 8 : 1 จากการประเมินโครงการส่งเสริมสุขภาพจำนวน 188 โครงการที่ดำเนินงานในออสเตรเลียระหว่างปี 1960-1990 สามารถป้องกันการสูญเสียชีวิตได้ถึง 30,000 คน พร้อมกับลดค่าใช้จ่ายลงได้ราว 7,000-8,000 ล้านดอลลาร์ ซึ่งในจำนวนนี้ประหยัดค่าใช้จ่ายเพื่อรักษาพยาบาลได้ถึง 2,400 ล้านดอลลาร์ หรือคิดเป็นร้อยละ 12 ของงบประมาณสาธารณสุขในปี 1988

สำหรับประเทศไทย การเพิ่มประสิทธิภาพของการส่งเสริมสุขภาพผ่านสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพอาจประมาณให้ผลตอบแทนการลงทุน ดังนี้

4. อุบัติเหตุคร่าชีวิตคนไทยปีละ 34,000 คน เฉพาะอุบัติเหตุจราจรสูญเสียชีวิตปีละ 15,000 คน สูญเสียปีละ 70,000-90,000 ล้านบาท หากป้องกันอุบัติเหตุจราจรได้เพียงร้อยละ 10 จะลดความสูญเสียราว 7,000-9,000 ล้านบาทต่อปี และประหยัดชีวิตได้ปีละ 1,500 ชีวิต

5. การสูบบุหรี่ทำให้เสียชีวิตปีละ 42,000 คน เฉพาะมะเร็งปอดตายปีละ 10,000 คน (จากการสูบบุหรี่ร้อยละ 80) ต้นทุนผู้เป็นมะเร็งปอดคิดเป็นคนละ 0.7-1.9 ล้านบาท ต้นทุนผู้ตายจากบุหรี่ทั้งหมดจะคิดเป็นประมาณ 17,000-45,000 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายนี้จะลดลงได้ในระยะยาวจากการป้องกันประชาชนมิให้สูบบุหรี่

6. ค่าใช้จ่ายสุขภาพของคนไทยคิดเป็นปีละ 250,000 ล้านบาท (ร้อยละ 5-6 ของรายได้ประชาชาติ) หากสัดส่วนค่าใช้จ่ายนี้ลดลงเท่ากับประเทศเพื่อนบ้าน (สิงคโปร์ มาเลเซีย ศรีลังกา ฮองกง คือร้อยละ 3-4) ประเทศไทยสามารถจะใช้จ่ายลดลงได้ 100,000 ล้านบาทต่อปี

หากการส่งเสริมสุขภาพสามารถลดการสูญเสียเฉพาะ 3 ส่วนข้างต้นได้เพียง

ร้อยละ 10 ประเทศชาติจะประหยัดรายจ่ายได้กว่าปีละ 20,000 ล้านบาท

3. ผลต่อความเป็นธรรมในสังคม

ดร.แกมทอง อินทร์ตัน ได้ศึกษากรณี VicHealth รายงานส่วนหนึ่งได้วิเคราะห์ลักษณะโครงการคือ VicHealth ได้จัดกลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อการจัดทุนสนับสนุนโครงการไว้ดังนี้

1. กลุ่มชุมชนพื้นเมือง (Koories และอื่นๆ)
2. ชุมชนชนบท
3. กลุ่มผู้ยากไร้
4. กลุ่มผู้พิการ

VicHealth ได้พัฒนาวิธีเข้าถึงกลุ่มเหล่านี้ผ่านกิจกรรมทางวัฒนธรรม การพัฒนาบุคลากรท้องถิ่น โดยส่งเสริมบทบาทชุมชนและองค์กรบรรษัทที่มีเป้าหมายเฉพาะ ถึงกลุ่มเสียเปรียบเหล่านี้ในการสร้างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2.3 การศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับเรื่องแหล่งที่มาของรายได้สถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กรมบัญชีกลาง และสำนักงานประมาณได้พิจารณาถึงแหล่งรายได้ เสนอต่อคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม สรุปได้ดังนี้

1. หลักการและเหตุผล

1.1 เหตุผล

ปรับปรุงพฤติกรรมของประชากรเพื่อให้มีสุขภาพที่ยืนยาวโดยการกระตุ้นให้ประชาชนได้รับความรู้ ข่าวสาร ข้อมูล สร้างความตระหนัก เกิดวิสัยทัศน์จนสามารถพัฒนากระแสสังคมให้มีการรวมพลังกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมอันรวมถึงครอบครัว สถานที่ปฏิบัติงาน โรงเรียน หมู่บ้าน ชุมชน ให้มีอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่สุขนิสัยที่ดีและยั่งยืน

1.2 หลักการ

จัดตั้งสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพเป็นองค์กรอิสระ ทำหน้าที่ประสานจัดการ เพื่อสนับสนุนทุนแก่กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ความปลอดภัย รวมทั้งการป้องกันโรคและการคัดกรองโรคระยะเริ่มต้น สร้างความตระหนักของชุมชน และส่งเสริมวิถีชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพดีด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีคณะกรรมการ 2 คณะ คือ คณะกรรมการสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ทำหน้าที่กำหนดกรอบนโยบายและควบคุมการดำเนินงาน และคณะกรรมการประเมินผล ทำหน้าที่ประเมินผลการดำเนินงานของสถาบันฯ ต่อการพัฒนาสุขภาพเป็นด้านหลัก และประเมินผลตรวจสอบทางบัญชีเป็นด้านรอง และมีผู้อำนวยการสถาบันฯ เป็นผู้บริหารกิจการให้เป็นไปตามนโยบาย

2. แหล่งที่มาของรายได้สถาบันฯ

การส่งเสริมสุขภาพเป็นการลงทุนโดยมีเหตุผลเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ และวางยุทธวิธีเพื่อป้องกันโรคภัยไข้เจ็บของประชาชนโดยทั่วไป การส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสินค้าสาธารณะ (Public Goods) ที่มีผลกระทบภายนอกต่อส่วนรวม (Externalities) รัฐบาลจึงจำเป็นต้องเป็นผู้ลงทุนด้านการส่งเสริมสุขภาพ และจากการศึกษาการจัดตั้งสถาบันฯ ในต่างประเทศพบว่าวิธีการจัดสรรงบประมาณที่ควรพิจารณา คือ

2.1 เงินทุนประเดิม

2.2 งบประมาณเงินอุดหนุนประจำปี

2.3 การผูกพันภาษีหรือเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพโดยตรง

รายได้หลักของสถาบันฯ รัฐบาลอาจเลือกวิธีผสมผสานของ 3 ข้อข้างต้น นอกจากนี้ สถาบันฯ จะมีรายได้อื่นๆ อีก ได้แก่ ดอกผล/รายได้ของกองทุน เงินอุดหนุนจากต่างประเทศ เงินบริจาค เป็นต้น

3. การจัดตั้งสถาบันฯ โดยมีแหล่งรายได้มาจากงบประมาณเงินอุดหนุนประจำปี

มีผลดีและผลเสีย สรุปได้ดังนี้

3.1 ผลดี

(1) ทำให้รัฐบาลสามารถควบคุมรายได้ – รายจ่ายของรัฐบาลได้

(2) ทำให้การจัดสรรงบประมาณรายจ่ายให้แก่กิจกรรมต่างๆ ของรัฐเป็นไปตาม Priority ของแต่ละกิจกรรมที่ควรจะเป็น ไม่มีการแยกกิจกรรมบางด้านให้มี Priority พิเศษจาก

กิจกรรมอื่นๆ

3.2 ผลเสีย

(1) การได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็นปีๆ ไปทำให้ขาดความแน่นอนของงบประมาณ สถาบันฯ ไม่สามารถวางแผนรณรงค์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพระยะยาวในลักษณะต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพได้

(2) ความไม่แน่นอนของงบประมาณ การขาดความต่อเนื่องของโครงการส่งผลกระทบต่อหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เข้าร่วมดำเนินการขาดความมั่นใจและเกิดความไม่มั่นคงในการดำเนินการ

(3) หากดำเนินงานโดยใช้ระบบราชการจะต้องใช้งบประมาณในการบริหารจัดการสูง ไม่ได้ประหยัดงบประมาณบริหารจัดการ เพราะมีขั้นตอนและระเบียบการดำเนินงานมากมาย

4. การจัดตั้งสถาบันฯ เป็นองค์กรอิสระและผูกพันภาษีหรือเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ

การจัดตั้งสถาบันฯ เป็นองค์กรอิสระและผูกพันภาษีหรือเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ มีผลดีและผลเสีย สรุปได้ดังนี้

4.1 ผลดี

(1) การผูกพันภาษีหรือเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยกระตุ้นประชาชนให้ตระหนักถึงภาระของสังคมที่สินค้าอันตรายนี้เป็นสาเหตุ และสร้างความเข้าใจว่าสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มิใช่เป็นเรื่องเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่ก่อให้เกิดภาระต่อสังคม (ในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด) ความตระหนักนี้จะช่วยจูงใจให้ประชาชนเข้าร่วมกับการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

(2) การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากบุหรี่เป็นปัญหาใหญ่ที่ทั่วโลกยอมรับ และเป็นปัญหาที่เป็นภาระต่อสังคมสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาที่เกิดจากสุราหรือสินค้าอื่นที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้น แม้จะผูกพันภาษีจากบุหรี่เพียงอย่างเดียวเพื่อนำเงินมาใช้ในการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพก็เป็นวิธีการที่เข้าใจและยอมรับได้ ดังเช่นในกรณี VicHealth ในรัฐวิกตอเรีย

(3) การกั้นเงินภาษีหรือมาใช้จ่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นการเฉพาะจะทำให้สถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพมีแหล่งรายได้ที่แน่นอน ทำให้การดำเนินกิจกรรมที่มี

ลักษณะต่อเนื่อง และระยะยาวสามารถกระทำได้ รวมทั้งยังสร้างความมั่นใจ และความร่วมมือจากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ

4.2 ผลเสีย

(1) การกำหนดให้มีการผูกพันภาษีบุหรี่ยู่เข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ อาจไม่เป็นธรรมกับกลุ่มประชาชนที่เสียภาษีดังกล่าว เพราะได้มีการนำเงินภาษียังกล่าวไปส่งเสริมสุขภาพในส่วนที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากบุหรี่ด้วย

(2) การกำหนดให้สถาบันฯ มีรายได้ในลักษณะ Dedicated tax ดังกล่าว อาจทำให้กระบวนการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายโดยรวมเบี่ยงเบนไปได้

(3) อาจเป็นตัวอย่างให้มีการกั้นเงินภาษีเพื่อกิจกรรมหรือโครงการประเภทอื่นๆ อีก ซึ่งจะทำให้การควบคุมรายได้ รายจ่ายของรัฐเสียระบบไปได้ หากมีการกั้นเงินภาษีเป็นการเฉพาะหลายประเภทหรือหลายกรณี

3.2.4 การศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับเรื่องการบริหารงาน การตรวจสอบ การประเมินผล และการกำกับดูแลองค์กร

การจัดตั้งองค์กรของรัฐขึ้นมาเป็นองค์กรอิสระที่ไม่ใช่ราชการหรือรัฐวิสาหกิจ เพื่อทำหน้าที่ประสานจัดการและให้ทุนสนับสนุนชุมชน องค์กรต่างๆ มาดำเนินกิจกรรม โดยองค์กรมิได้เป็นเจ้าของกิจกรรมหรือดำเนินการเองทั้งหมดตามที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์ของกฎหมายจัดตั้ง องค์กรนั้นจะสามารถดำเนินกิจกรรมร่วมกับหน่วยงาน และองค์กรต่างๆ ได้โดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องกฎระเบียบราชการที่มีความไม่คล่องตัวบางประการมาเป็นอุปสรรค จะสามารถลดขั้นตอนการทำงานให้กระชับ การดำเนินการจะมีทุนการบริหารงานต่ำ สามารถประสานงานและให้ทุนตอบสนองต่อความต้องการชุมชน หรือองค์กรที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังสามารถดำเนินการเพื่อปกป้องรัฐได้โดยปราศจากข้อจำกัดที่ภาครัฐประสบเช่น การรณรงค์สกัดกั้นสินค้าหรือธุรกิจที่ก่ออันตราย ซึ่งนับเป็นการปกป้องประชาชนและประเทศจากการโจมตีของกิจการเหล่านั้นได้ แม้ว่าการจัดตั้งองค์กรลักษณะดังกล่าวจะมีผลดีดังได้กล่าวมาแล้วแต่การดำเนินการถ้าขาดผู้บริหารที่ดี ขาดการตรวจสอบ และการประเมินผลที่ดี องค์กรนี้ก็จะไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษาถึงรูปแบบที่ดีของการบริหารงาน การตรวจสอบ การประเมินผล รวมทั้งการกำกับดูแลองค์กร จึงเป็นสิ่งสำคัญ

1. การบริหารองค์กร

บุคคลที่เข้ามามีบทบาทในการบริหารองค์กร ประกอบด้วย

1.1 คณะกรรมการ มีอำนาจหน้าที่ควบคุมดูแลให้การดำเนินงานของหน่วยงานนั้นๆ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในกฎหมาย

1.2 หัวหน้าหน่วยงาน ซึ่งอาจเรียกว่า “ผู้จัดการ” “ผู้อำนวยการ” หรือ “เลขาธิการ” ก็ได้ แล้วแต่กฎหมายที่จัดตั้งขึ้นจะกำหนดหัวหน้าหน่วยงานจะมีหน้าที่บริหารกิจการของหน่วยงานนั้นให้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ และกฎระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.3 เจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน

การกำหนดคุณสมบัติของคณะกรรมการ หัวหน้าสำนักงาน เจ้าหน้าที่ หรือ ลูกจ้างผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานจึงเป็นเรื่องสำคัญ ซึ่งหลักการแล้วควรจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถ ไม่เป็นผู้ที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือทำงานในลักษณะขัดหรือแย้งกับองค์กร รวมทั้งต้องไม่มีการเมืองมาเกี่ยวข้อง เป็นต้น

2. การตรวจสอบและประเมินผล

การตรวจสอบและประเมินผลเป็นกระบวนการในการที่จะสร้างหรือระบบสารสนเทศเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารระดับต่างๆ ทั้งด้านการจัดการ โครงการ การกำหนดนโยบาย และการจัดสรรทรัพยากร การติดตามประเมินผลสามารถวิเคราะห์ทั้งระบบหรือบางส่วนเพื่อใช้ปรับปรุงงานหรือวัดผลลัพธ์ของการดำเนินงาน การติดตามประเมินผลจะมีส่วนทำให้การดำเนินงานขององค์กรเป็นไปอย่างโปร่งใสและมีประสิทธิภาพ ไม่ถูกแทรกแซงจากผู้มีอำนาจ นอกจากนี้องค์กรที่ดีควรที่จะมีการพัฒนาระบบและกลไกการติดตามและประเมินผลรวมทั้งสร้างดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินการเพื่อชี้ให้เห็นถึงความคุ้มค่าหรือผลประโยชน์คุ้มค่าต่อการลงทุน (Benefit cost Justification) ของการจัดตั้งองค์กร และในการจัดตั้งองค์กรขึ้นมาดำเนินการเรื่องใดเรื่องหนึ่งแม้ว่าจะในการออกกฎหมายได้มีความพยายามกำหนดให้องค์กรมีระบบการติดตามและประเมินผลที่ดีไว้ แต่ถ้าผู้บริหารละเลยและไม่ปฏิบัติตามก็จะทำให้องค์กรไม่มีประสิทธิภาพได้ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ประชาชน องค์กรชุมชน สื่อมวลชน และหน่วยงานต่างๆ ต้องเข้ามาทำหน้าที่ติดตามและตรวจสอบการทำงานขององค์กรด้วย ก็จะยิ่งทำให้การติดตามและประเมินผลเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สำหรับการตรวจสอบ และการประเมินผลองค์กรที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วนสำคัญๆ ดังนี้

2.1 การตรวจสอบและประเมินผลการใช้จ่ายเงิน

โดยทั่วไปหน่วยงานของรัฐที่จัดตั้งขึ้นจะต้องจัดให้มีการตรวจสอบภายในเกี่ยวกับการเงิน การบัญชี และการพัสดุ โดยผู้ตรวจสอบภายในจะต้องให้สำนักงานคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินหรือปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็น คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน หรือบุคคลภายนอกตามที่หน่วยงานแต่งตั้ง โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินเป็นผู้สอบบัญชี และประเมินผลการใช้จ่ายเงินและทรัพย์สินของหน่วยงาน

2.2 การตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน

การตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานองค์กรของรัฐได้มีการดำเนินการในหลายลักษณะ อาทิเช่น การประเมินผลโดยคณะกรรมการบริหารองค์กร การประเมินผลโดยการจัดตั้งคณะกรรมการประเมินผลขึ้นมาดำเนินการโดยเฉพาะ การประเมินผลโดยการจ้างหน่วยงานอิสระจากภายนอกซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการยอมรับว่ามีความรู้มีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินผลมาเป็นผู้ประเมินผลงาน เป็นต้น

ผลดี-ผลเสียของ การตรวจสอบและประเมินผลในแบบต่างๆ

ลักษณะการประเมินผล	ผลดี	ผลเสีย
1. คณะกรรมการบริหาร	(1) การมีคณะกรรมการบริหารเพียง 1 คณะทำให้สามารถบริหารงาน ติดตามและประเมินผลงานได้ง่ายกว่าการมี 2 คณะ	(1) ไม่มีการถ่วงดุลย์จากคณะกรรมการประเมินผล ก็อาจจะทำให้คณะกรรมการบริหารนำเงินไปใช้ช่วยเหลือพรรคพวก หรือมีผลประโยชน์ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายแก่องค์กร
2. คณะกรรมการประเมินผล	(1)การตั้งคณะกรรมการประเมินผลแยกต่างหากจากคณะกรรมการบริหารเพื่อคอยติดตามและตรวจสอบการ	(1) การมีคณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการประเมินผล 2 คณะ ทำให้การทำงานมีความยากขึ้น
ลักษณะการประเมินผล	ผลดี	ผลเสีย
	ทำงานขององค์กรตลอดเวลาสามารถลดการเล่นพรรคเล่น	

	พวก หรือนำเงินไปใช้ในทางที่ไม่ถูกต้อง ทำให้การดำเนินงานขององค์กรมีประสิทธิภาพ (2). การมีคณะกรรมการประเมินผลจะทำให้การบริหารเกิดความโปร่งใส เป็นการทำให้สาธารณะเห็น Accountability ที่ชัดเจน 3.)การมีคณะกรรมการประเมินผลนอกจากจะสามารถเป็นกลไกในการติดตามประเมินผลอย่างหนึ่งแล้วยังเป็น Counter-balance ของคณะกรรมการบริหารและของผู้จัดการสำนักงานกล่าวก็จะทำให้การบริหารงานง่ายขึ้นด้วยสามารถใช้เป็นเครื่องมือของคณะกรรมการบริหารหรือผู้จัดการเพื่อบอกกับคนที่จะมาเจรจาขอทุนแบบง่ายๆ โดยใช้ความคุ้นเคย ความชอบพอส่วนตัวมาขอให้อนุมัติโครงการแบบง่ายๆ โดยแจ้งว่าการบริหารต้องมีความโปร่งใส เพราะมีกลไก	(2). อาจมีข้อขัดแย้งระหว่างคณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการประเมินผล ทำให้การบริหารองค์กรประสบปัญหา
--	--	---

ลักษณะการประเมินผล	ผลดี	ผลเสีย
	ของคณะกรรมการประเมินผล	

3. การจ้างหน่วยงานอิสระภายนอกเป็นผู้ประเมิน	หากผู้บริหารทำไม่ถูกต้อง จะต้องถูกตรวจสอบอย่างจริงจัง (1) กรณีผู้ประเมินผลมีความอิสระในการติดตามประเมินผลอย่างแท้จริงก็จะทำให้ผลการประเมินผลมีประสิทธิภาพ (2) การจ้างผู้ประเมินผลที่มีความเชี่ยวชาญจะทำให้ผลสำเร็จของงานมีสูงและเป็นที่น่าเชื่อถือ	1) กรณีที่ผู้ประเมินผลยังอยู่โดยภายใต้กรอบของคณะกรรมการบริหาร การประเมินผล ก็ยังไม่สามารถชี้ชัดได้ว่าจะมีความเที่ยงธรรม เนื่องจากคณะกรรมการเป็นผู้อนุมัติการจ้างซึ่งสามารถให้คุณให้โทษแก่ผู้ประเมินผลได้ (2) การจ้างประเมินผลหากจ้างผู้ที่ไม่เชี่ยวชาญก็จะทำให้ไม่มีความสำเร็จของงานที่ชัดเจน แต่ถ้าจ้างผู้ที่มีประสบการณ์ก็จะมีค่าใช้จ่ายในการจ้างประเมินสูงมาก
--	---	--

4. การกำกับดูแลองค์กร

ในการพิจารณาว่าองค์กรส่งเสริมสุขภาพนี้สมควรจะจัดตั้งขึ้นโดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหน่วยงานใด ในการพิจารณาในชั้นของคณะทำงานฯ ได้มีการพิจารณาใน 3 ประเด็น คือ

- 4.1. การจัดตั้งองค์กรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงการคลัง
- 4.2. การจัดตั้งองค์กรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข
- 4.3. การจัดตั้งองค์กรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสำนักนายก

รัฐมนตรี

ผลดี – ผลเสีย ของการกำกับดูแลองค์กรในแต่ละรูปแบบ

การกำกับดูแล	ผลดี	ผลเสีย
1. การจัดตั้งองค์กรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงการคลัง 2. การจัดตั้งองค์กรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข	(1)กระทรวงการคลังเป็นผู้ดูแลแหล่งเงินทุน หากองค์กรจัดตั้งภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงการคลังจะก่อให้เกิดความคล่องตัวและรวดเร็วในการออกกฎระเบียบและการหาแหล่งเงินทุนสนับสนุน (1) กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ บพบาพ และรับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับการดูแลและรักษาสุขภาพของประชาชน เป็นผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญด้านส่งเสริมสุขภาพ หากองค์กรจัดตั้งภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขจะทำให้การบริหารมีประสิทธิภาพ	(1) กระทรวงการคลังไม่ใช่หน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ จึงขาดความรู้และความเชี่ยวชาญในการบริหารงาน (1) การบริหารงานส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินการอยู่ภายใต้หน่วยงานในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุขมีอยู่แล้ว หลายกรม ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขเน้นในลักษณะของการรักษามากกว่าการป้องกัน การเจ็บป่วย ดังนั้น หากให้หน่วยงานที่ถนัดในลักษณะป้องกันมิให้เกิดการเจ็บป่วยอยู่ภายใต้สังกัดของกระทรวงสาธารณสุขจะทำให้กรอบการดำเนินนโยบายแคบ การมองภายนอกนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นหัวใจของ

การกำกับดูแล	ผลดี	ผลเสีย
3.การจัดตั้งองค์การอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักนายกรัฐมนตรี	(1) งานสร้างเสริมสุขภาพเป็นการกำหนดนโยบายในภาพรวมมีทุกหน่วยงานเข้ามาเกี่ยวข้อง หากองค์การจตั้งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรีจะทำให้การประสานงานของทุกหน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (2) องค์การที่จัดตั้งจะทำงานในลักษณะการประสานจัดการและให้ทุนสนับสนุน การจัดตั้งองค์การอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักนายกรัฐมนตรีจะทำให้การพิจารณาให้ทุนมีกรอบที่กว้างขวางกว่า	งานรณรงค์ให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี โดยอาศัยทุกหมู่เหล่าร่วมกัน (1) การดำเนินงานขององค์การหากไม่ได้รับการประสานจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ทำหน้าที่ด้านการส่งเสริมสุขภาพ แล้วก็จะอาจจะประสบปัญหาในทางปฏิบัติได้

คณะทำงานได้มีการประชุมหารือกันหลายครั้งและได้สรุปเสนอคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ ในเดือนมีนาคม 2540 ซึ่งก็ได้มีมติเห็นชอบต่อเหตุผลในเรื่องความคุ้มค่าต่อการลงทุน (Benefit cost justification) ตามที่คณะทำงานฯ เสนอ แต่สำหรับข้อเสนองานของคณะทำงานฯ ในประเด็นที่ว่าแหล่งรายได้ของสถาบันที่จะทำการจัดตั้งขึ้นใหม่นี้ ควรมาจากการเก็บจ่ายจากภาษีสรรพสามิต ซึ่งมีลักษณะ Earmark Tax หรือไม่ หรือควรมาจากแหล่งใด คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ เห็นว่าควรให้คณะรัฐมนตรีหรือคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น (กนภ.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน เป็นผู้พิจารณา

จะเหมาะสมกว่า และได้มีมติมอบหมายให้คณะทำงานฯ ไปจัดทำรายละเอียดแผนงานและแผนงบประมาณเพิ่มเติมก่อนที่จะนำเสนอ กนภ.เพื่อพิจารณาต่อไป

คณะทำงานฯ จึงได้ร่วมกับ สวรส. และนักวิชาการจากกรมอนามัยยกร่างแผนงานและแผนงบประมาณระยะต้นขึ้นมา พร้อมทั้งจัดให้มีการประชุมนักวิชาการ เพื่อระดมความคิดเห็นในเรื่องดังกล่าวในเดือนพฤษภาคม 2540 รวมทั้ง สวรส. เองก็ได้รับมอบหมายจากคณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ในคราวการประชุมเดือนสิงหาคม 2540 ให้ประสานงานเพื่อพัฒนานโยบายนี้ให้เป็นผลสำเร็จ ต่อไป

การดำเนินการเพื่อนำมาตรการด้านการคลังมาสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้แผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมได้มีข้อสะดุดหยุดลงในชั่วคราว สืบเนื่องมาจากปัญหาภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมอย่างรุนแรงเป็นผลให้คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ชะลอการจัดตั้งหน่วยงานใหม่ไว้ ทำให้การเสนอจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพถูกชะลอเรื่องออกไปก่อน จนกระทั่งในคราวการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ เดือนเมษายน 2541 คณะทำงานฯ ได้เสนอคณะกรรมการดำเนินตามแผนแม่บทฯ ขอความเห็นชอบการจัดตั้งองค์กรนี้ โดยการตราเป็นร่างพระราชกฤษฎีกาตามร่างพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. ที่สำนักนายกรัฐมนตรีได้นำเสนอเข้าสู่การพิจารณาของสภาไปแล้ว ซึ่งคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ ได้เห็นชอบตามที่คณะทำงานฯ เสนอ นอกจากนี้ ยังเห็นชอบกับแนวคิดเรื่องการจัดตั้งคณะทำงานขึ้นมาใหม่อีกหนึ่งชุด โดยแยกออกจากคณะทำงานชุดแรกมาดำเนินการในเรื่องการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะ ทั้งนี้ก็เพื่อให้การดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ เป็นไปอย่างชัดเจนและมีความรวดเร็วยิ่งขึ้น จวบจนเมื่อเดือนพฤษภาคม 2541 ประธานคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานชุดใหม่ดังกล่าวขึ้น โดยให้ใช้ชื่อว่าคณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ มี ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ เป็นประธานคณะทำงาน (ดูภาคผนวก จ)

คณะทำงานชุดซึ่งมี ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ เป็นประธาน ได้เสนอปรับหลักการจากเดิมที่มุ่งจะสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ขอบเขตการทำงานขององค์กรกว้างขวางกว่าเดิม เพราะการส่งเสริมสุขภาพเป็นเพียงการเข้าไปส่งเสริมงานที่มีอยู่แล้ว แต่ในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นการทำงานในลักษณะที่สร้างงาน

ใหม่ๆด้วย ดังนั้น คณะทำงานจึงได้เสนอขอเปลี่ยนชื่อสำนักงานเป็นสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และได้ให้คำนิยามคำว่า “สร้างเสริมสุขภาพ” หมายความว่า การใดๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาพะทางกาย/จิตและสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง มีสภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดี เสนอกระทรวงการคลังเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

สาระสำคัญของข้อเสนอจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ตามร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ที่คณะทำงานเสนอ สรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบองค์กร

เป็นองค์การมหาชนขนาดเล็ก เน้นประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า เน้นผลงานมากกว่าการปฏิบัติ

2. วัตถุประสงค์

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีบทบาทและหน้าที่หลัก คือ การจัดให้มีการบริการสาธารณะสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาในระดับชาติ และได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งไว้ 5 ประการ ดังนี้

2.1 สร้างค่านิยม “สร้างเสริมสุขภาพ” ให้คนไทยมีวัฒนธรรมและวิถีชีวิตที่นำไปสู่ “สุขภาพดี”

2.2 กระตุ้นและสนับสนุนให้มีการพัฒนาและดำเนินโครงการและมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่สามารถหลีกเลี่ยงได้

2.3 พัฒนาสมรรถนะ (Capacity) ของประเทศที่จะดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่มีสัมฤทธิ์ผลสูงด้วยต้นทุนประหยัด เพื่อปรับปรุงสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากร

2.4 สนับสนุนบุคคล หน่วยงาน องค์กรจากภาคีต่างๆ ให้ดำเนินงานร่วมกันในลักษณะประชาสังคม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทย

2.5 ชี้แนะต่อสังคมไทยด้วยข้อมูลที่อยู่บนพื้นฐานของความรู้และความรับผิดชอบ

3. การบริหารงาน

มีคณะกรรมการ 2 คณะ ได้แก่

3.1 คณะกรรมการบริหาร (จำนวน 11 คน) มีผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นประธาน กรรมการโดยตำแหน่งคือปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอีก 4 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญจากสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้อำนวยการเป็นกรรมการและเลขานุการ มีหน้าที่กำหนดกรอบนโยบายการดำเนินงานให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รวมทั้งอนุมัติแผนการเงิน

3.2 คณะกรรมการประเมินผล (จำนวน 10 คน) มีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน และมีการกรรมการโดยตำแหน่ง คือ ผู้แทนจากสำนักงานงบประมาณ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงสาธารณสุข ทบวงมหาวิทยาลัย และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิอีก 4 คน จากสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยมีผู้อำนวยการเป็นกรรมการและเลขานุการ มีหน้าที่ประเมินผลการดำเนินงานให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รวมทั้งตรวจสอบผลการดำเนินงาน

การประเมินผลสามารถดำเนินการได้ใน 3 ระดับ คือ

(1) ระดับโครงการ การประเมินผลส่วนนี้อาจประเมินว่าโครงการนั้นๆ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการเพียงไร คณะกรรมการบริหาร มีหน้าที่ประเมินส่วนนี้

(2) ระดับองค์กร การประเมินผลอาศัยชุดดัชนีชี้วัดผลงานหลัก ซึ่งสะท้อนผลงานภาพรวมขององค์กรอ้างอิงกับแผนงานหลัก การประเมินระดับองค์กรเป็นของคณะกรรมการประเมินผล

(3) ระดับสังคม เป็นการประเมินผลของการมีกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพต่อสังคม การประเมินผลพัทธ์ระดับสังคมนี้ อาจประเมินทุกๆ 5 ปี เพื่อปรับแนวทางการดำเนินงานให้สามารถสร้างผลพัทธ์ระดับสังคมขึ้นได้จริง คณะกรรมการบริหาร และคณะกรรมการประเมินผลร่วมกันเป็นผู้รับผิดชอบการประเมินผลระดับนี้

นอกจากการประเมินตัวองค์กรและผลต่อสังคมแล้ว คณะกรรมการบริหารยังมีหน้าที่ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้บริหาร ทั้งนี้ การประเมินจะอ้างอิงกับแผนงานหรือเงื่อนไขการปฏิบัติงาน ที่คณะกรรมการมอบหมายแก่ผู้อำนวยการก่อนเข้ารับหน้าที่ในแต่ละช่วงระยะเวลา

สำหรับการประเมินผลงานผู้บริหารระดับรองลงไป คณะกรรมการนโยบายอาจมอบหมายให้เป็นบทบาทหน้าที่ของผู้อำนวยการ หรืออาจกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการขึ้นไว้สำหรับให้ผู้อำนวยการถือปฏิบัติ ส่วนการประเมินผลงานอื่นๆ นั้นคณะกรรมการนโยบายอาจมอบอำนาจให้ผู้อำนวยการ เพื่อผลต่อการบริหารที่มีประสิทธิภาพ

4. แหล่งรายได้

แหล่งรายได้ขององค์กรต้องเป็นไปตามที่กฎหมายแม่บทคือพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 กำหนดไว้ ดังนี้

- 4.1 เงินที่รัฐบาลจ่ายให้เป็นทุนประเดิม
- 4.2 เงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้ตามความเหมาะสมเป็นรายปี
- 4.3 เงินอุดหนุนจากภาคเอกชนหรือองค์กรอื่น รวมทั้งจากต่างประเทศหรือองค์การระหว่างประเทศ และเงินหรือทรัพย์สินที่มีผู้อุทิศให้
- 4.4 ค่าธรรมเนียม ค่าบำรุง ค่าตอบแทน ค่าบริการ หรือรายได้จากการดำเนินการ
- 4.5 ดอกผลของเงินหรือรายได้จากทรัพย์สินขององค์การมหาชน

5. การกำกับดูแล

เสนอให้องค์กรอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข

6. การดำเนินการทางกฎหมาย

ออกเป็นร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542

7. ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน (Strategy)

สกส. จะดำเนินงานโดยหลักยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ ซึ่งมี 5 ประการ ดังนี้

- 7.1 พัฒนานโยบายสาธารณสุขที่สร้างเสริมสุขภาพดี
- 7.2 พัฒนาสิ่งแวดล้อมชีวิตประจำวันที่เอื้อต่อสุขภาพดี
- 7.3 กระตุ้นชุมชนให้มีบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพ
- 7.4 สนับสนุนประชาชนให้มีทักษะสุขภาพ
- 7.5 ปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขให้ส่งเสริมการมีสุขภาพดี

ยุทธศาสตร์ทั้งห้าประการได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถยกระดับคุณภาพชีวิต และสร้างเสริมสุขภาพประชาชนอย่างได้ผล อย่างไรก็ตาม ทั้งห้าประการล้วนต้องอาศัยบทบาทของหลายภาคีในสังคม ไม่สามารถมีกระทรวงหรือองค์กรใดดำเนินงานอย่างเอกเทศได้

ปรัชญาและข้อวิเคราะห์ข้างต้นได้พัฒนาเป็นแผนกลยุทธ์ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพขึ้น แผนนี้อาจเรียกว่า แผนระยะ 5 ปี ซึ่งจะเป็แผนการดำเนินงานระยะ 5 ปีแรก หลังจากจัดตั้ง

แผนนี้อาศัยตัวแบบทางความคิดการสร้างเสริมสุขภาพ 3 มิติเป็นแนวทาง คือ

- สร้างเสริมสุขภาพผ่านองค์กรหรือสถานที่ที่ประชาชนใช้ชีวิตประจำวัน อาทิ โรงเรียน ตลาด สถานที่ทำงาน โรงงาน โรงพยาบาล วัด สลัม หมู่บ้าน เมือง(ชุมชน) นอกจากนี้ยังหมายถึง สถานที่ที่คนจำนวนมากรวมกันเพื่อร่วมกิจกรรมพิเศษ ซึ่งสามารถสอดแทรกการสร้างเสริมสุขภาพเข้ากับกิจกรรมพิเศษนั้นได้ เช่น สนามกีฬา สถานที่แสดงศิลปวัฒนธรรม มิตินี้อาจถือเป็น “จุดปฏิบัติ” ซึ่งสามารถผนวกงานสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะด้านหลายๆ เรื่องเข้าด้วยกันในลักษณะที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความสนใจของประชาชน ซึ่งดำเนินชีวิตอยู่ในสถานที่นั้นๆ
- สร้างเสริมสุขภาพเจาะกลุ่มประชาชนอย่างสอดคล้องกับความจำเป็นหรือปัญหาสุขภาพของแต่ละกลุ่ม อาทิ วัยรุ่น ผู้ใช้แรงงาน ผู้ด้อยโอกาส สตรี คนชรา
- สร้างเสริมสุขภาพโดยเน้นการลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาสำคัญระดับชาติ อาทิ ยาสูบ สารเสพติด เพศพาณิชย์ การบริโภคที่ไม่เหมาะสม อันตรายทางกายภาพ การขาดการออกกำลังกาย การโฆษณาที่ยั่วยุการทำลายสุขภาพ

มิติทั้ง 3 ถือเป็น “ประตูใหญ่” ของการพัฒนาโครงการย่อยหรือโครงการเฉพาะเรื่องต่างๆ

หัวใจของแผนกลยุทธ์นี้คือ การผสมผสานโครงการ/กิจกรรมที่อาจเริ่มจากประตูสร้างเสริมสุขภาพแต่ละประตูให้สอดคล้องประสานมุ่งไปสู่เป้าหมายเดียวกัน คือ สถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนได้รับการยกระดับขึ้น

นอกจากวิเคราะห์การสร้างเสริมสุขภาพใน 3 มิติดังกล่าวแล้ว ปัจจัยสำคัญที่นำมาพิจารณาเพิ่มเติม คือ สภาพทางสังคมหรือแรงผลักดันมหภาคที่สามารถส่งผลต่อการดำเนินงานดังนี้

- การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น แนวโน้มการพัฒนาทางการเมืองและสังคมทำให้

บทบาทองค์กรท้องถิ่นที่มีความสำคัญขึ้นเรื่อยๆ องค์กรท้องถิ่นจึงถือเป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนา และอาจเป็นกลุ่มเป้าหมายที่กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะสนับสนุนทางวิชาการและทุนให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะในการสร้างเสริมสุขภาพแก่ชุมชน

8. วิธีดำเนินงาน

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ข้างต้นจะไม่มีองค์กรใดองค์กรเดียวที่สามารถรับผิดชอบทั้งหมดได้ ดังนั้น คุญแจที่สำคัญยิ่งคือ การจัดการและประสานงานให้องค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งปวงสามารถร่วมงานและปฏิบัติภารกิจให้สอดคล้องกัน ปัจจุบันกลไกจัดการและประสานงานนี้คือ ส่วนที่ขาดหายไป

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจึงถือเป็นกลไกทำหน้าที่นี้ คือ การจัดการและสนับสนุนองค์กรทางสังคมจำนวนมาก มิใช่การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะเรื่องๆ ด้วยตัวเอง

วิธีการดำเนินงานลักษณะเน้นการจัดการและสนับสนุนนี้จะเป็นเงื่อนไขให้กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสามารถสร้างผลงานที่มีผลกระทบในวงกว้างด้วยประสิทธิภาพสูงสุด สามารถดำเนินโครงการจำนวนมากได้อย่างสอดคล้องประสานกันโดยอาศัยบุคลากรเพียงจำนวนน้อย บุคลากรเหล่านี้จะมีบทบาทของ “ผู้จัดการ” มิใช่ “ผู้ดำเนินงาน” ด้วยวิธีการนี้คาดว่าจะจำนวนโครงการแต่ละปีอาจมากถึงกว่า 200 โครงการ

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะดำเนินภารกิจข้างต้นโดยสนับสนุนให้เกิดโครงการและกิจกรรมที่สร้างผลกระทบตรงต่อสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โครงการลักษณะดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้โดยอาศัยองค์ประกอบ 2 ขั้นตอน คือ

(1) การพัฒนาโครงการต้นแบบฐานความรู้ (Knowledge-based development)

(2) การถ่ายทอดโครงการต้นแบบที่มีคุณภาพสู่การนำไปใช้ประโยชน์อย่างประยุกต์เข้ากับแต่ละชุมชนและใช้ในวงกว้างออกไป (Application and diffusion)

การริเริ่มตัวอย่างที่ดีและถ่ายทอดจะเป็นไปได้อย่างยั่งยืน จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาที่สร้างสมรรถนะ (Capacity building) แก่ภาคีผู้ร่วมงานพร้อมกันไป รวมทั้งการสร้างเสริมทัศนคติของสังคมผ่านกลวิธีและหลักวิชาด้านการตลาดเพื่อสังคม

บทบาทดังกล่าวต้องเกี่ยวข้องกับหน่วยงานหลายลักษณะ ทั้งที่เป็นส่วนราชการและเอกชน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพอาศัยเครื่องมือ 4 ประการ คือ

1. สมรรถนะการจัดการ
2. ความรู้ทางวิชาการ
3. ทุนอุดหนุน และ
4. ความสัมพันธ์ทางองค์กร

เครื่องมือทั้ง 4 ประการนี้จะทำให้กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพสามารถวางแผนงาน ระดมความร่วมมือ และผลักดันให้โครงการความร่วมมือดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ โดยพหุภาคีจะรับผิดชอบต่องานและปฏิบัติต่อกันด้วยพันธสัญญา

วิธีการจัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีแนวทางดำเนินงานผสมผสานแบบตั้งรับแบบรุก จากประสบการณ์ในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า การพัฒนาเชิงรุกสามารถสร้างโครงการที่สอดคล้องกับการแก้ปัญหาภาพรวมมากกว่าโครงการตั้งรับ ซึ่งมักตอบสนองความสนใจส่วนบุคคลของผู้เสนอโครงการ ขณะที่ความคิดริเริ่มที่ดีจำนวนหนึ่งอาจได้จากการเปิดโอกาสให้มีผู้เสนอในวงกว้าง กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจึงต้องผสมผสานวิธีการทั้ง 2 อย่างพอเหมาะ

วิธีการจัดการให้สามารถแก้ปัญหาอย่างรอบด้านและมีพลังนั้น อาศัยประยุกต์ประสบการณ์ การสนับสนุนทุนแก่โครงการวิจัยในประเทศไทย คือ การพัฒนาโครงการเป็นชุดที่สอดคล้องสัมพันธ์กันเรียกว่า “ชุดโครงการ” กลไกอีกส่วนหนึ่ง ได้แก่ การอาศัยบุคคลภายนอกสำนักงานเป็นผู้ประสานงานชุดโครงการ เมื่อชุดโครงการพัฒนาขึ้นแล้วในระดับที่เหมาะสม วิธีการนี้จะเป็นการระดมความร่วมมือจากบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือเฉพาะพื้นที่ รวมทั้งสามารถระดมทรัพยากรบางส่วนจากองค์กรภายนอกด้วย

9. แผนงานหลัก (Major programs)

สำหรับการดำเนินงานระยะห้าปีแรกจากการวิเคราะห์ยุทธศาสตร์องค์กรได้กำหนดเป็นแผนงานเฉพาะไว้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ข้างต้น ดังนี้

9.1 งานรณรงค์ ให้มีการดำเนินนโยบายสาธารณะหรือมาตรการที่มีผลลัพธ์ทางสุขภาพสูง รวมทั้งกระตุ้นความตื่นตัวของสังคม เพื่อสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคหรือภาวะสุขภาพเสื่อมที่มีระดับภาระต่อสังคมสูงแต่ป้องกันได้ (อย่างน้อยได้แก่ อุบัติภัย มะเร็งปอด กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคทางเพศสัมพันธ์ สุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด)

9.2 พัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ที่มีความสำคัญสูงเชิงการประยุกต์ใช้ และประมวลฐานองค์ความรู้สำหรับการกำหนดยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาสุขภาพที่มีลำดับภาระโรคสูงที่สุดห้ารายการแรกที่สามารถป้องกันได้

9.3 สนับสนุนทุนแก่การดำเนินโครงการนำร่อง โครงการทดลองในระดับชุมชน เพื่อแสดงถึงสัมฤทธิ์ผลและเงื่อนไขที่จำเป็นของการประยุกต์ใช้ ทั้งนี้เพื่อมุ่งใช้เป็นตัวแบบสำหรับการประยุกต์ใช้โดยชุมชนอื่นๆ

9.4 สนับสนุนทุนแก่โครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นโครงการที่สามารถส่งผลกระทบต่อพัฒนาพฤติกรรมสูง และโครงการที่มุ่งยกระดับคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจและกลุ่มด้อยโอกาส

9.5 พัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรและองค์กรภาคี ที่เข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการจัดการและด้านวิชาการ เพื่อมุ่งหวังให้องค์กรภาคีเหล่านี้เป็นผู้ถ่ายทอดเทคโนโลยีไปสู่องค์กรชุมชนและองค์กรอื่นๆ ในระยะต่อไป

9.6 พัฒนาสัญลักษณ์ ของสุขภาพดีและถ่ายทอดค่านิยมของสุขภาพดีไปสู่ประชาชน อาศัยหลักการการโฆษณาประชาสัมพันธ์มาประยุกต์ใช้กับการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ของสังคม รวมทั้งสนับสนุนทุนอุปถัมภ์แก่การกีฬา กิจกรรมศิลปวัฒนธรรม และนันทนาการที่ประชาชนนิยม โดยสอดแทรกค่านิยมของสุขภาพดีหรือค่านิยมที่อาจทำลายสุขภาพ ซึ่งอาจแฝงมากับการจัดกิจกรรมเหล่านั้น

9.7 พัฒนาให้ก่อเกิดประชาคมสร้างเสริมสุขภาพ อันประกอบด้วยบุคคล กลุ่มองค์กรที่มีความมุ่งมั่นร่วมกันที่จะร่วมสร้างค่านิยมของสุขภาพดีและกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

9.8 เผยแพร่ข้อมูลด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และข้อมูลแนะนำการใช้บริการสาธารณสุขอย่างเหมาะสมแก่ประชาชน อันเป็นการเลือกสรรคัดกรองข้อมูลทางวิชาการที่ถูกต้องเหมาะสมแล้วจัดรูปแบบใหม่ให้เหมาะกับการเผยแพร่ต่อสาธารณชน

9.9 พัฒนาระบบการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยพัฒนาการจัดการการสนับสนุนทุน การติดตามประเมินผลและระบบข้อมูลข่าวสาร

10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลลัพธ์ทางสุขภาพจากโครงการนี้ คือ การลดลงของโรคและภาวะปัญหาสุขภาพส่วนที่ป้องกันหรือหลีกเลี่ยงได้ อาทิ อุบัติภัย กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็งหลายชนิด การใช้สารเสพติด โรคที่แพร่กระจายทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

คาดว่าจะกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะสามารถสร้างผลงานระยะสั้นและระยะกลาง (ภายในระยะเวลา 10 ปี) ได้ดังนี้

10.1 ประเทศไทยจะมีกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลไกระดับชาติที่มีประสิทธิภาพ สามารถสนับสนุนภาคีต่างๆ ร่วมกันสร้างเสริมสุขภาพของคนไทย งานด้านสร้างเสริมสุขภาพจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐอย่างน้อยเทียบเท่าร้อยละ 1 ของงบประมาณด้านสาธารณสุขและต่อเนื่อง คาดว่าจะสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพได้จำนวนรวมไม่ต่ำกว่าปีละ 100 โครงการ

10.2 คนไทยทั้งในเมืองและชนบท จะหันมาสร้างเสริมสุขภาพตนเองมากขึ้น มีพฤติกรรมอนามัยที่ดีขึ้น ครอบครัว โรงเรียน โรงงาน ชุมชน สถานที่ทำงาน และหน่วยงานต่างๆ ดันตัวปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ โดยคาดว่าจะมีโครงการตัวอย่างหรือโครงการนำร่องในโรงเรียน ที่ทำงาน ชุมชน และหน่วยงานต่างๆ จำนวนอย่างน้อยปีละ 20 โครงการ

10.3 คนไทยมีความรู้ความเข้าใจ เกิดทัศนคติที่เหมาะสม สามารถเลือกใช้บริการทางสุขภาพ ตลอดจนเลือกซื้อสินค้าและบริการด้านสุขภาพอย่างสมเหตุสมผลและประหยัด คาดว่าจะสามารถสร้างทัศนคติ “สุขภาพดี” ให้เป็นที่ยอมรับของประชาชนในเขตเมืองได้ในระยะเวลา 5 ปี และขยายการยอมรับของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศในระยะเวลา 10 ปี

10.4 ประชาสังคมเพื่อสุขภาพดี จะมีความเข้มแข็งมากขึ้น ทั้งในด้านจำนวน คุณภาพ การกระจายตัวและการสร้างเครือข่ายโยงใยทั่วประเทศและอาจเชื่อมต่อไปยังต่างประเทศ ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพมีความเข้มแข็งและมีพลัง จำนวนสมาชิกประชาสังคมนี้ในปีเริ่มต้น มีจำนวน 2,000 คน คาดว่าจะเพิ่มจำนวนขึ้นขยายไปสู่องค์กร วงการและสาขาอาชีพต่างๆ อีก 5 เท่าภายในระยะเวลา 2 ปี และเพิ่มเป็น 20 เท่าภายในเวลา 5 ปี

10.5 อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ลดลง คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น คุณภาพชีวิตสูงขึ้น คาดว่าภายในระยะเวลา 10 ปี จำนวนผู้เสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี เทียบกับจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดจะลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 55

10.6 ค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลโรคร้ายที่ป้องกันได้ลดลง อย่างน้อยคาดว่าค่ารักษาพยาบาลและความสูญเสียอื่นๆ จากอุบัติเหตุจราจรจะลดลง 180,000 ล้านบาท ในระยะเวลา 10 ปี ส่วนค่าใช้จ่ายโรคอื่นที่หลีกเลี่ยงได้จะลดลงในสัดส่วนใกล้เคียงกัน แต่ต้องอาศัยระยะเวลาที่ยาวนานกว่า

11. ผลตอบแทนทางเศรษฐกิจ

การเพิ่มประสิทธิภาพของการสร้างเสริมสุขภาพผ่านสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ อาจประมาณได้ว่าจะให้ผลตอบแทนการลงทุนอย่างน้อยใน 3 ปีข้างหน้าใหญ่ๆ ดังนี้

11.1 อุบัติเหตุ คร่าชีวิตคนไทยปีละ 34,000 คน เฉพาะอุบัติเหตุจราจรสูญเสียชีวิตปีละ 15,000 คน สูญเสียปีละ 90,000 ล้านบาท อัตราการเกิดอุบัติเหตุกำลังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น หากป้องกันอุบัติเหตุจราจรได้เพียงร้อยละ 20 จะลดความสูญเสียราว 18,000 ล้านบาทต่อปี และประหยัดชีวิตได้ปีละ 1,500 ชีวิต

11.2 การสูบบุหรี่ ทำให้เสียชีวิตปีละ 42,000 คน เฉพาะมะเร็งปอดตายปีละ 10,000 คน (จากการสูบบุหรี่ร้อยละ 80) ต้นทุนผู้เป็นมะเร็งปอดคิดเป็นคนละ 0.7-1.9 ล้านบาท ต้นทุนผู้ตายจากบุหรี่ทั้งหมดจะคิดเป็นประมาณ 17,000-45,000 ล้านบาท ค่าใช้จ่ายนี้จะลดลงได้ในระยะยาวจากการป้องกันประชาชนมิให้สูบบุหรี่ นอกจากนั้น แต่ละปียอดจำหน่ายบุหรี่ยังเพิ่มขึ้นราวร้อยละ 5 แต่หากเพียงลดจำนวนนี้ลงเพียงร้อยละ 5 ประชาชนจะมีเงินไว้ใช้สอยเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าปีละ 10,000 ล้านบาท และหากรัฐขึ้นภาษีสรรพสามิต รัฐอาจเก็บภาษีได้เพิ่มอีกมากกว่า 10,000 ล้านบาท

11.3 ค่าใช้จ่ายสุขภาพ (Health expenditure) ของคนไทยคิดเป็นมากกว่าปีละ 200,000 ล้านบาท (ร้อยละ 5-6 ของรายได้ประชาชาติ) หากสัดส่วนค่าใช้จ่ายนี้ลดลงเท่ากับประเทศเพื่อนบ้าน ประเทศไทยสามารถจะใช้จ่ายลดลงได้ 50,000-100,000 ล้านบาทต่อปี

ค่าใช้จ่ายที่สูงเกินกว่าประเทศอื่นนี้ส่วนหนึ่งเนื่องจากประชาชนเลือกใช้บริการไม่เหมาะสม หากส่งเสริมพฤติกรรมให้เจ็บป่วยน้อยลง และประชาชนสามารถเลือกซื้อสินค้า

บริการที่ไม่ทำลายสุขภาพ ตลอดจนเลือกใช้บริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมขึ้นแล้ว หากได้ผลเพียงร้อยละ 10 ก็อาจประหยัดเงินของประเทศได้ถึงปีละ 5,000-10,000 ล้านบาท ดังนั้น หากคิดผลตอบแทนตัวเงิน กรณีที่การสร้างเสริมสุขภาพสามารถลดปัญหาใหญ่ลงได้เพียงร้อยละ 10 (คิดเฉพาะอุบัติเหตุจราจรและการใช้บริการที่ไม่เหมาะสม ซึ่งจะบังเกิดผลได้ทันทีในระยะสั้น) ก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายของประเทศไทยลดลงปีละไม่ต่ำกว่า 10,000 ล้านบาท (จากการลงทุนเพียงปีละ 600-700 ล้านบาท)

ผลการดำเนินการ

ในระหว่างที่รอนำร่างพระราชกฤษฎีกาเสนอให้คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมพิจารณา ศ.นพ. ประกิต วาทีสาชกกิจ ประธานคณะทำงานฯ ได้ส่งเรื่องโครงการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพให้สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการพิจารณาเสนอให้คณะอนุกรรมการพิจารณาจัดตั้งและพัฒนาองค์การมหาชนพิจารณาเมื่อเดือนกรกฎาคม 2542 เนื่องจากร่างพระราชกฤษฎีกาดังกล่าว ออกโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ซึ่งอยู่ในหน้าที่ความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ คณะอนุกรรมการฯ พิจารณาร่างพระราชกฤษฎีกาแล้วมีมติรับทราบและมีความเห็นเพิ่มเติมว่า ควรมีการพิจารณากองทุนหรือเงินทุนประเภทอื่นๆ ที่มีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายในการบริหารงานทำนองเดียวกันหรือคล้ายกันมาพิจารณาประกอบด้วย เช่น กองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคน้ำตาลและยาสูบ ตามร่างพระราชบัญญัติที่กระทรวงการคลังเสนอ ซึ่งวัตถุประสงค์ของกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคน้ำตาลและยาสูบ และกองทุนสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายที่คล้ายคลึงกัน จะมีความแตกต่างกันคือ กองทุนสร้างเสริมสุขภาพมีเป้าหมายครอบคลุมมากกว่า เพราะไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการรณรงค์ไม่ให้สูบบุหรี่หรือบริโภคน้ำตาลเท่านั้น

นอกจากนั้นสำนักงานงบประมาณได้ให้ความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับร่างพระราชกฤษฎีกา ฉบับที่คณะทำงานฯ เสนอไว้ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาดำเนินการของคณะทำงานฯ เป็นอย่างมากสรุปได้ ดังนี้

(1) การจัดตั้งกองทุน/เงินทุนหมุนเวียนขึ้นเพื่อให้หน่วยราชการที่ไม่สามารถดำเนินกิจการได้อย่างมีประสิทธิภาพและคล่องตัวภายใต้ระบบการใช้จ่ายเงินตามงบประมาณที่มีอยู่มีราย

รับเป็นของตนเองโดยไม่ได้รับการยกเว้นให้นำเงินรายรับไปใช้จ่ายได้โดยไม่ต้องส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดินได้จะต้องจัดตั้งเป็นกองทุนหรือเงินทุนหมุนเวียน ตามพระราชบัญญัติเงินคลัง พ.ศ. 2491 ซึ่งการตั้งกองทุนหรือเงินทุนหมุนเวียนจะกระทำได้อัตโนมัติเป็นกฎหมายเท่านั้น และปัจจุบันสามารถกระทำได้ 2 ทางคือ การจัดตั้งตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี หรือการจัดตั้งตามพระราชบัญญัติเฉพาะแล้วแต่กรณี

ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการจัดตั้งกองทุน / เงินทุนหมุนเวียนปรากฏว่าได้มีการจัดตั้งกองทุนตามพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปีแล้วทั้งสิ้นประมาณ 83 กองทุน มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือด้านการเกษตร ปศุสัตว์ การพัฒนาแรงงาน การช่วยเหลือเด็ก เป็นต้น จะมีเพียงบัตรประกันสุขภาพ เท่านั้นที่เป็นเงินทุนหมุนเวียนด้านสาธารณสุข และขณะนี้กระทรวงการคลังได้ยกร่างพระราชบัญญัติให้อำนาจกระทรวงการคลังก่อตั้งหรือยุบเลิกเงินทุนหมุนเวียนที่มีวัตถุประสงค์คล้ายกัน หรือเหมือนกันรวมเข้าด้วยกัน เรื่องอยู่ระหว่างการพิจารณาของวุฒิสภา ส่วนกองทุนที่จัดตั้งตามพระราชบัญญัติเฉพาะในปัจจุบันมีทั้งสิ้นประมาณ 31 กองทุน อาทิเช่น กองทุนปราบปรามยาเสพติด ตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2534 กองทุนสิ่งแวดล้อม ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 กองทุนที่จัดตั้งขึ้นส่วนใหญ่จะได้รับเงินทุนประเดิมไว้ใช้หมุนเวียนในการดำเนินการจำนวนหนึ่งเท่านั้น จะมีเพียงบางกองทุนเช่น กองทุนน้ำมันเชื้อเพลิง ที่ตั้งขึ้นตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 0201/9 ลงวันที่ 27 มีนาคม 2522 และกองทุนเพื่อการอนุรักษ์พลังงาน ตามพระราชบัญญัติการส่งเสริมการอนุรักษ์พลังงาน พ.ศ. 2535 ที่มีอำนาจจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนไว้ใช้ในการดำเนินการ

(2) การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งเป็นสำนักงานกองทุน ไม่สามารถทำได้ เพราะการจัดตั้งองค์การมหาชนตามพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. จัดตั้งเป็นหน่วยงานอย่างหนึ่งของรัฐที่ไม่ใช่ส่วนราชการและรัฐวิสาหกิจ มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำบริการสาธารณะบางอย่างที่ไม่แสวงหาผลกำไรเป็นหลัก และบรรดารายได้ขององค์การมหาชนไม่เป็นรายได้ที่ต้องนำส่งกระทรวงการคลัง ตามกฎหมายว่าด้วยเงินคลัง และกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ ดังนั้น การจัดตั้งหน่วยงานเป็นองค์การมหาชน จึงไม่ต้องจัดตั้งกองทุนเพื่ออนุญาตให้นำรายรับสมทบไว้ใช้จ่ายขึ้นอีกแต่อย่างใด เพราะมีทุนในการดำเนินการอย่างอิสระและคล่องตัวแล้วตามมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 แต่ถ้าจะจัดตั้งหน่วย

งานในรูปแบบของกองทุนก็ควรตั้งโดยพระราชบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี หรือตราเป็นพระราชบัญญัติเฉพาะแล้วแต่กรณี

(3) การจัดตั้งหน่วยงานเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทภารกิจสนับสนุนทุนให้แก่กิจการที่ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนให้ดีขึ้น มีลักษณะเป็นบริการสาธารณะที่เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของประชาชน ไม่จำเป็นต้องใช้อำนาจรัฐบังคับหรือต้องการความคุ้มครองหรือมีสถานะพิเศษ หน่วยงานดังกล่าวไม่น่าจะต้องเป็นหน่วยงานของรัฐ และโดยที่บทบาทภารกิจในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนมีหน่วยงานของรัฐหลายแห่งรับผิดชอบอยู่ การจัดตั้งหน่วยงานใหม่จะเกิดความเหลื่อมล้ำซ้ำซ้อน ตลอดจนเกิดความไม่ชัดเจนในบทบาทภารกิจและวิธีการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่นที่รับผิดชอบอยู่ในปัจจุบัน สำนักงบประมาณจึงเห็นว่าไม่น่าจะจัดตั้งหน่วยงานขึ้นใหม่ หรือหากจะจัดตั้งหน่วยงานใหม่ในลักษณะองค์การมหาชน ก็ควรมีการพิจารณาอย่างรอบคอบ หากมีความซ้ำซ้อนก็ควรโอนการดำเนินงานของหน่วยงานอื่นใดที่รับผิดชอบอยู่ให้องค์การมหาชนที่จะจัดตั้งใหม่ หรือจัดตั้งหน่วยงานในรูปแบบอื่นที่ไม่ใช่หน่วยงานของรัฐ เช่น มูลนิธิ ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกมากกว่า

บทที่ 4

การเสนอจัดตั้งกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดการบริโภคสุรา และยาสูบ

4.1 ความเป็นมาและข้อเท็จจริง

การจัดเก็บภาษีสุราและภาษียาสูบในประเทศไทย มีมาช้านานแล้ว ซึ่งจากหลักฐานที่ค้นพบเริ่มมีการจัดเก็บภาษีสุราในสมัยพระเจ้าปราสาททอง คือประมาณปี พ.ศ. 2178 และในช่วงต่อมา ในสมัยของสมเด็จพระนารายณ์มหาราชได้มีการจัดเก็บในรูปของส่วยอากรสุรา โดยประมวลหรือตกลงกันไว้กับทางการ ตามพระราชบัญญัติภาษีขึ้นใน จ.ศ. 1249 (พ.ศ. 2430) จนกระทั่งถึงสมัยรัตนโกสินทร์ การจัดเก็บในรูปส่วยอากรสุราก็ประสบปัญหา เนื่องจากมีผู้ประมวลค่าชำระภาษีอากร จึงทำให้มีการปรับปรุงการจัดเก็บภาษีสุราเสียใหม่ในสมัยพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว โดยให้ยกเลิกระบบเจ้าภาษีนายอากรเป็นราชการเข้ามาดำเนินการเสียเอง เมื่อ พ.ศ. 2473 โดยการจัดตั้งกรมสุราขึ้นทำหน้าที่ดังกล่าว และปี พ.ศ. 2493 ได้ตราเป็นพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 กำหนดให้ยกเลิกกฎหมายภาษีขึ้นใน จุลศักราช 1249 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องอีกหลายฉบับ เพื่อรวบรวมกฎหมายเกี่ยวกับการจัดเก็บภาษีสุราไว้ในฉบับเดียว เพื่อจัดเก็บภาษีสุราจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด โดยกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็นผู้รักษาราชการตามกฎหมาย และกำหนดให้ผู้ได้รับอนุญาตให้ทำสุรา (Licensed Manufacturers) และผู้นำสุราที่ผลิตในต่างประเทศเข้ามาในราชอาณาจักร มีหน้าที่ต้องเสียภาษีสุราจากฐานราคา ณ โรงงานสุรา บวกด้วยภาษีสุราที่พึงต้องชำระ หรือราคา C.I.F บวกอากรขาเข้าบวกค่าธรรมเนียมพิเศษตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน บวกภาษีและค่าธรรมเนียมอื่น (ถ้ามี) และบวกภาษีสุราที่ถึงต้องชำระ โดยอัตราตามที่กฎหมายกำหนดจะมีทั้งอัตราตามมูลค่าและอัตราตามปริมาณ ซึ่งผู้มีหน้าที่เสียภาษีต้องเสียในอัตราที่คิดเป็นเงินสูงกว่า สำหรับวิธีการเสียภาษีสุรา (Method of Paying Tax) กรณีปกติให้ใช้วิธีปิดแสตมป์สุรา หรือวิธีการอื่นที่ออกเป็นกฎหมาย

การจัดเก็บภาษีสุราตามพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 ดังกล่าว ประสบปัญหาในการบริหาร การควบคุม และการดำเนินการเรื่อยมา รัฐบาลจึงได้อนุมัติให้กระทรวงการคลังปรับปรุงวิธีการจัดเก็บภาษีสุราเสียใหม่ โดยการออกระเบียบว่าด้วยการบริหารสุรา ประจำปี 2508 ขึ้น และกำหนดให้เอกชนเข้ามาบริหารการผลิตสุราโดยรัฐเป็นเจ้าของโรงงาน ต่อมา พ.ศ. 2517

กระทรวงการคลังได้มีคำสั่งที่ 32837/2517 เรื่อง วิธีการบริหารงานสุรา พ.ศ. 2518 กำหนดวิธีการบริหารงานสุราในส่วนที่เกี่ยวกับการทำและขายสุราประเภทต่างๆ ซึ่งได้แก่ สุราขาว และสุราผสม สุราปรุงพิเศษ สุราพิเศษ สุราสามทับ สุราแช่ สุราสำหรับใช้ในบ้านเรือน สุราเพื่อนำไปใช้ทำสินค้า การทำและขายเชื้อสุรา การขายสุราต่างประเทศ การขนส่งสุราออกนอกเขตการขาย และการลดหรือโอนจำนวนสุราที่กำหนดให้ขาย ทำให้อัตราภาษีสำหรับการจัดเก็บภาษีสุราแบ่งออกเป็น 2 ระบบ คือ

- อัตราภาษีที่ใช้บังคับสำหรับโรงงานสุราที่มีได้อยู่ในระบบเหมากำ
- อัตราภาษีที่ใช้สำหรับโรงงานสุราที่อยู่ในระบบเหมากำ

สุราที่ผลิตในประเทศขณะนั้น ส่วนใหญ่อยู่ในระบบเหมากำ นอกจากเงินผลประโยชน์ที่จ่ายให้รัฐตามสัญญาแล้วจะต้องจ่ายค่าภาษีในอัตราเหมาร้อยละ 35 หรือลิตรละ 100 บาท แห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ให้แก่รัฐ ซึ่งได้แก่ สุราแม่โขง 35 สุราแม่โขง SUPERIOR 35 สุราหงส์ทอง 35 สุราแสงทิพย์ 40

สำหรับสุราที่ไม่ได้อยู่ในระบบเหมากำตามพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 ได้กำหนดประเภทของสุราไว้ 2 ชนิด คือสุราแช่ และสุรากลั่น โดยมีอัตราภาษีสูงสุดตามกฎหมายและอัตราภาษีที่จัดเก็บก่อนเปิดเสรีสุรา ดังนี้

อัตราภาษีสุราสูงสุดตามกฎหมาย

รายการ	อัตราภาษีสุรา	
	ตามมูลค่า(ร้อยละ)	ตามปริมาณ
1. สุราแช่	60	100 บาทต่อหนึ่งลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
2. สุรากลั่น	50	400 บาทต่อหนึ่งลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์

อัตราภาษีสุราก่อนที่จะมีการเปิดนโยบายสุราเสรี

รายการ	อัตราภาษีสุรา	
	ตามมูลค่า(ร้อยละ)	ตามปริมาณ
1. สุราแช่		
(1) เบียร์	53	100 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์
(2) ไวน์และแชมเปญ(นอกจากไวน์ คูลเลอร์)	55	100 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์
(3) สุราแช่อื่นๆ	25	100 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์
2. สุรากลั่น		
(1) สุราพิเศษ		
1) วิสกี้	35	150 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์
2) บรั่นดี	25	150 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์
3) อื่นๆ	35	150 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์
(2) สุราสามทับ		
1) สุราสามทับทั่วไป	10	6 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์
2) สุราสามทับที่ใช้ใน อุตสาหกรรม	2	1 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์
3) สุราสามทับที่ใช้ในการแพทย์ เภสัชกรรม วิทยาศาสตร์ หรือผสมกับ น้ำมันเชื้อเพลิง	0.1	0.05 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์
(3) อื่นๆ นอกจาก (1) และ (2)	28	100 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์

ก่อน 1 มกราคม พ.ศ. 2543 โรงงานสุราในประเทศไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 47 โรง แบ่งตามลักษณะการเสียภาษีได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ไม่อยู่ในระบบเหมาจ่าย ได้แก่ โรงงานสุราเอกชน (Private Distilleries) ซึ่งมีทั้งหมด 25 โรง เป็นโรงงานที่ไม่มีข้อผูกพันกับรัฐในการชำระภาษีสุราและค่าผลประโยชน์อื่นๆ การชำระภาษีตามพระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 จะคำนวณภาษีจากราคาขาย ณ โรงงานอุตสาหกรรมที่รวมภาษีสรรพสามิตด้วย

2. กลุ่มที่อยู่ในระบบเหมาจ่าย ได้แก่ โรงงานสุราของรัฐ (Public Distilleries) มีทั้งหมด 22 โรง เป็นโรงงานที่มีข้อผูกพันกับรัฐในการชำระค่าภาษีสุราและค่าผลประโยชน์ให้แก่กรมสรรพสามิตตามจำนวนที่กำหนดไว้ในสัญญา โดยเป็นการชำระแบบเหมาจ่ายทุกเดือน และกำหนดอายุสัญญาถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2542 ดังนี้

(1) โรงงานสุราของกรมสรรพสามิต จำนวน 12 โรง กระทรวงการคลังได้มีคำสั่งที่ 54994/2525 เรื่อง วิธีการบริหารงานสุรา พ.ศ. 2518 ฉบับที่ 4 ให้ดำเนินการแต่งตั้งผู้รับทำและขายส่งสุราขาว และสุราผสม ของโรงงานสุรากรมสรรพสามิต 12 โรงงาน โดยวิธีการประมูลและกำหนดอายุสัญญาไว้ 15 ปี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2528 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2542 ปรากฏว่าผู้ที่ประมูลได้และได้รับผลประโยชน์ตามสัญญา ได้แก่ กลุ่มบริษัทสุราทิพย์ จำกัด ซึ่งทำการผลิตสุราขาวและสุราผสมตระกูลหงส์ โดยเงินที่บริษัทต้องจ่ายให้แก่รัฐเป็นค่าภาษีและค่าผลประโยชน์ตลอดอายุสัมปทาน รวมเป็นเงิน 120,405 ล้านบาท

(2) โรงงานสุราขององค์การสุรากรมสรรพสามิต จำนวน 8 โรง มีกลุ่มบริษัทสุราทิพย์ จำกัด เป็นผู้ประมูลได้ ซึ่งตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 28 มีนาคม 2532 เห็นชอบให้กระทรวงการคลังขยายอายุสัญญาการขายส่งสุราโรงงานสุราองค์การสุรา กับสัญญารับทำและขายส่งสุราจังหวัดกำแพงเพชร ไว้แล้วออกไปมีระยะเวลา 10 ปี โดยมีผลทำให้สิ้นสุดสัญญาวันที่ 31 ธันวาคม 2542 คิดเป็นเงินที่บริษัทสุราทิพย์ จำกัด ต้องจ่ายให้แก่รัฐเป็นค่าภาษีและค่าผลประโยชน์ตลอดอายุสัมปทานเป็นเงิน 16,600 ล้านบาท

(3) โรงงานสุราบางยี่ขันของกรมโรงงานอุตสาหกรรม จำนวน 2 โรงงาน คือ โรงงานสุราบางยี่ขัน กรุงเทพมหานคร และ โรงงานสุราบางยี่ขัน จังหวัดปทุมธานี กลุ่มบริษัทสุรามหาราษฎร์ จำกัด (มหาชน) เป็นผู้ได้รับสัญญาเช่าโรงงาน ตามมติคณะรัฐมนตรี ที่ให้ขยายสัญญาเช่าโรงงานและใช้สิทธิการผลิตและจำหน่ายสุราออกไปอีก 5 ปี ตั้งแต่ 1 มกราคม 2538 ถึง

31 ธันวาคม 2542 ซึ่งเมื่อรวมกับสัญญาเช่าเดิมแล้ว กลุ่มบริษัทสุรามหาราษฎร์ จำกัด (มหาชน) ได้รับสัมปทานการผลิตสุราทุกชนิด ซึ่งได้แก่ สุราขาว สุราผสม สุราปรุงพิเศษ (แม่โขง, กวางทอง และอื่นๆ ยกเว้นเบียร์) เพื่อจำหน่ายได้ทั่วราชอาณาจักร ตั้งแต่ 20 พฤศจิกายน 2530 ถึง 31 ธันวาคม 2542 และตลอดอายุสัมปทาน บริษัทสุรามหาราษฎร์ จำกัด (มหาชน) ได้จ่ายเงินให้แก่รัฐเป็นค่าภาษีและค่าสิทธิเป็นการเหมา 13 ปี รวม 57,653 ล้านบาท

จะเห็นได้ว่า รัฐบาลได้ทำสัญญากับภาคเอกชนในการให้สิทธิผลิตและจำหน่ายสุรา โดยสัญญาทุกฉบับกำหนดวันสิ้นสุดในวันที่ 31 ธันวาคม 2542 และนับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2543 เป็นต้นไป รัฐบาลจะเป็นผู้พิจารณาอีกครั้งว่าจะกำหนดให้มีการเปิดการผลิตและจำหน่ายสุราเป็นการเสรีหรือไม่ ในการดำเนินการเรื่องนี้ กระทรวงการคลังจึงได้แต่งตั้งคณะทำงานพิจารณาเสนอ นโยบายการบริหารงานสุรालังปี 2542 โดยมีปลัดกระทรวงการคลัง เป็นประธาน อธิบดีกรมสรรพสามิต อธิบดีกรมโรงงานอุตสาหกรรมหรือผู้แทน ผู้แทนสมาคมธนาคารไทย รองอธิบดีกรมสรรพสามิต เป็นเลขานุการคณะทำงาน ทำหน้าที่พิจารณาเสนอแนะนโยบายการบริหารงานสุราเสรี ลังปี พ.ศ. 2542 พร้อมทั้งโครงสร้างภาษีสุรา โครงสร้างการผลิต การนำเข้า และการจำหน่ายสุรา ให้มีมาตรฐานเดียวกัน

หลังจากที่กระทรวงการคลังได้เสนอผลการพิจารณาของคณะทำงานให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาในรายละเอียดแล้ว คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อ 15 กันยายน 2541 ลงมติ ดังนี้

1. เห็นชอบนโยบายการบริหารงานสุราลังปี 2542 โดยการเปิดเสรีการผลิตและการจำหน่ายทั้งสุราขาวและสุราสี ตามที่กระทรวงการคลังเสนอ และให้กระทรวงการคลังรับข้อสังเกตของคณะรัฐมนตรีไปพิจารณาดำเนินการด้วย ดังนี้

(1) ชี้แจงเพื่อให้ประชาชนได้เข้าใจชัดเจนในหลักการและกรอบของการเปิดเสรีด้วยว่า หมายถึงการเปิดให้ขออนุญาตจัดตั้งโรงงานผลิตสุราขาว และสุราสี และจำหน่ายสุราขาว และสุราสีได้โดยเสรีเท่านั้น มิได้หมายความว่า ผู้ใดจะผลิตสุราได้เองโดยเสรีทุกกรณี โรงงานที่ได้รับอนุญาตดำเนินการต้องควบคุมการผลิตให้มีมาตรฐานในด้านคุณภาพตามที่กำหนด ใช้วัตถุดิบภายในประเทศเป็นส่วนใหญ่ และรัฐต้องเข้าไปควบคุมดูแลในด้านสิ่งแวดล้อมและสุขอนามัย รวมทั้ง ทำให้รัฐมีความมั่นใจว่าจะมีการเสียภาษีให้ถูกต้องด้วย

(2) กำหนดอัตราภาษีสุรา โดยคำนึงถึงสุราที่ผลิตในประเทศไทยแต่ละประเภท และสุราที่นำเข้าจากต่างประเทศเทียบกับสุราที่ผลิตในประเทศ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการ

แข่งขัน และเพื่อการพัฒนาอุตสาหกรรมไทย นอกจากนั้น ควรส่งเสริมสนับสนุนเพื่อเปิดโอกาสให้สุราที่ผลิตในประเทศสามารถพัฒนาขีดความสามารถในการส่งออกไปแข่งขันกับต่างประเทศได้ และปลดภาระภาษีที่จัดเก็บซ้ำซ้อน

2. นโยบายเกี่ยวกับสุราสามทับ (แอลกอฮอล์) เห็นชอบให้องค์การสุรา กรมสรรพสามิตเป็นผู้ผลิตและจำหน่ายสุราสามทับภายในประเทศแต่เพียงแห่งเดียวเท่านั้น อย่างไรก็ตาม สำหรับแอลกอฮอล์แปลงสภาพ มอบให้กระทรวงการคลังรับไปพิจารณาผ่อนปรนให้ผู้ผลิตรายอื่นจำหน่ายแอลกอฮอล์แปลงสภาพได้ด้วย โดยในการผ่อนปรนดังกล่าว กระทรวงการคลังจะต้องพิจารณากำหนดรูปแบบและวิธีการในการกำกับดูแลเพื่อมิให้มีผลกระทบต่อการจัดเก็บภาษีสุราด้วย

3. อนุมัติให้แต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาการประมูลและการจำหน่ายโรงงานสุรา กรมสรรพสามิต

4. สนับสนุนการผลิตสุราจากภูมิปัญญาชาวบ้าน เนื่องจากปัจจุบันราษฎรในชุมชนต่างๆ โดยเฉพาะในแหล่งท่องเที่ยวยังคงผลิตสุรา เช่น กะแช่ อุ น้ำตาลเมา ซึ่งส่วนมากจะเป็นการผลิตเพื่อบริโภคในครัวเรือน หรือชุมชนกันเอง เนื่องในโอกาสงานประเพณีหรือพิธีการต่างๆ หรือเพื่อจำหน่ายภายในชุมชน อย่างไรก็ตาม การกระทำความดังกล่าวนี้ ราษฎรผู้ผลิตและจำหน่ายมักจะถูกจับกุมอย่างเสมอ และโดยที่การผลิตในลักษณะนี้น่าจะได้รับการสนับสนุนโดยจัดให้เป็นระบบขึ้นอีกต่างหาก เพื่อให้สามารถกำหนดมาตรการและแนวทางในการควบคุมดูแลได้

5. สนับสนุนการรณรงค์ให้ประชาชนลดการบริโภคสุรา เนื่องจากการเปิดเสรีการผลิตและการจำหน่ายสุราเป็นการให้เสรีทางด้านธุรกิจการค้า ซึ่งเมื่อมีเสรีก็จะต้องมีการแข่งขันกันมาก และผู้ประกอบการจะกำหนดวิธีการเพื่อจูงใจให้ประชาชนได้บริโภคสุรามากขึ้น อันจะมีผลกระทบต่อในด้านสังคม ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะได้ควบคุมดูแลเรื่องนี้โดยใกล้ชิด และเนื่องจากการบริโภคสุราจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุและอาชญากรรมต่างๆ ซึ่งเป็นภัยต่อสังคมและนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน จึงมอบให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหารือร่วมกันรณรงค์เพื่อให้ประชาชนบริโภคสุราน้อยลง และในการรณรงค์ดังกล่าวอาจขอรับการสนับสนุนทางการเงินจากโรงงานสุราต่างๆ เช่นเดียวกับที่หลายประเทศดำเนินการอยู่

อัตรากาฬสุราหลังจากมีนโยบายเปิดสุราเสรี

รายการ	อัตราภาษีสุรา	
	ตามมูลค่า(ร้อยละ)	ตามปริมาณ
1. สุราแช่		
(1) เบียร์	53	100 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
(2) ไวน์และแชมเปญ(นอกจากไวน์คูลเลอร์)	55	100 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
(3) สุราแช่อื่นๆ	25	100 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
2. สุรากลั่น		
(1) สุราพิเศษ		
1) วิสกี้	35	150 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
2) บรั่นดี	25	150 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
3) อื่นๆ	35	150 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
(2) สุราสามทับทั่วไป	10	6 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
(3) สุราสามทับที่ใช้เฉพาะกรณี		
1) สุราสามทับที่ใช้ในอุตสาหกรรม	2	1 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
2) สุราสามทับที่ใช้ในการแพทย์	0.1	0.05 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์

รายการ	อัตราภาษีสุรา	
	ตามมูลค่า(ร้อยละ)	ตามปริมาณ
เภสัชกรรม วิทยาศาสตร์ หรือผสมกับ		บริสุทธิ์

น้ำมันเชื้อเพลิง	28	100 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
(4) สุราขาว		
(5) สุราผสม	35	150 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
(6) สุราปรุงพิเศษ	35	150 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์

สุราที่ผลิตและนำเข้าจากต่างประเทศในปัจจุบัน มีภาระภาษีอากรที่ต้องเสียให้รัฐสรุปได้ ดังนี้

1. **อากรขาเข้า** สุราที่นำเข้าจากต่างประเทศจะต้องเสียอากรขาเข้าในอัตราร้อยละ 60
2. **ภาษีมูลค่าเพิ่ม** สุราที่ผลิตและนำเข้าจากต่างประเทศต้องเสียภาษีมูลค่าเพิ่ม (รวมภาษีท้องถิ่น (เทศบาล เมืองพัทยา อบต. อบจ. กทม.)) ในอัตราร้อยละ 7
3. **ภาษีสสุรา** สำหรับสุราที่ผลิตและนำเข้าจากต่างประเทศ จะต้องเสียภาษีสสุราในอัตราระหว่างร้อยละ 0.1-55 หรือ ระหว่างลิตรละ 0.05 บาท-150 บาทต่อลิตรแห่งแอลกอฮอล์บริสุทธิ์
4. **ภาษีสสุราที่ส่วนกลางจัดเก็บเพิ่มให้ท้องถิ่น** (เทศบาล เมืองพัทยา อบต. อบจ. กทม.) นอกจากภาษีสรรพสามิตในข้อ 3 แล้ว จะต้องเสียภาษีสรรพสามิตท้องถิ่นเพิ่มขึ้นในอัตราร้อยละ 10 ของภาษีสสุรา
5. **ภาษีตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542**

เนื่องจากการเปิดเสรีตามมติคณะรัฐมนตรีดังกล่าว จะส่งผลให้มีการผลิตและจำหน่ายสุราได้มากกว่าเดิม รวมตลอดทั้งจะมีการแข่งขันกันมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ประชาชนได้รับการโฆษณาชวนเชื่อให้หันมาบริโภคสุรามากขึ้น ซึ่งก็จะส่งผลเสียต่อสุขภาพพลานามัย เกิดการมีเมามาและเกิดอุบัติเหตุตามมา อันจะส่งผลกระทบต่อสังคม สูญเสียชีวิตทรัพย์สิน กระทั่งวงการคลัง จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานขึ้นมาชุดหนึ่ง ในสมัยที่นายสมชัย ฤชุพันธุ์ เป็นอธิบดีกรมสรรพสามิต เพื่อดำเนินการตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 15 กันยายน 2541 ในข้อที่ 5 ดังกล่าว

คณะทำงานฯ ได้พิจารณาศึกษาถึงความเหมาะสมของการจัดเก็บเงินบำรุงกองทุน โดยนอกจากจะเห็นสมควรให้จัดเก็บเงินบำรุงกองทุนจากสินค้าสุราตามมติคณะรัฐมนตรีแล้วยังได้พิจารณาให้รวมไปถึงสินค้ายาสูบ ซึ่งเป็นสินค้าที่ทำลายสุขภาพของประชาชน ด้วย เพราะเห็นว่าสินค้าทั้ง 2 ชนิด นานาประเทศได้มีการออกกฎหมายให้จัดเก็บภาษีหรือเงินบำรุงกองทุนเพื่อใช้ในการรณรงค์ให้ประชาชนลดการบริโภคสินค้าที่ทำลายสุขภาพ คณะทำงานฯ จึงได้ยกร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ พ.ศ. เสนอกระทรวงการคลังพิจารณาส่งเรื่องให้เลขาธิการคณะรัฐมนตรีเมื่อเดือนมิถุนายน 2542 เพื่อนำเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาต่อไป

สำหรับยาสูบ ได้เริ่มมีการจัดเก็บภาษีหรือค่าแสตมป์ยาสูบมาตั้งแต่อดีต โดยจัดเก็บค่าแสตมป์ยาสูบตามพระราชบัญญัติยาสูบ พ.ศ. 2481 ซึ่งต่อมาได้มีการแก้ไขครั้งสำคัญๆ ในปี พ.ศ. 2486 และ พ.ศ. 2509 ปัจจุบันยาสูบมีภาระค่าแสตมป์ยาสูบสรุปได้ ดังนี้

อัตราค่าแสตมป์ยาสูบ สูงสุดตามกฎหมาย

รายการ	อัตราค่าแสตมป์ยาสูบ	
	ตามมูลค่า(ร้อยละ)	ตามปริมาณ
1.ยาเส้น	80	0.60 บาท/กรัม
2.ยาสูบ		
7 ซิกาเรต	80	0.60 บาท/กรัม
8 ซิการ์	80	0.60 บาท/กรัม
9 บุหรี่อื่นๆ	80	0.60 บาท/กรัม
10 ยาเส้นปรุง	80	0.60 บาท/กรัม
11 ยาเคี้ยว	80	0.60 บาท/กรัม

อัตราค่าแถมปียาสูบที่จัดเก็บในปัจจุบัน

รายการ	อัตราภาษียาสูบ	
	ตามมูลค่า(ร้อยละ)	ตามปริมาณ
1.ยาเส้น	0.1	0.01 บาท/10กรัม
2.ยาสูบ		
(1) ซิกาเรต	71.5	-
(2) ซิการ์	10	0.50 บาท/กรัม
(3) บุหรี่อื่นๆ	0.1	0.02 บาท/5กรัม
(4) ยาเส้นปรุง	10	0.50 บาท/กรัม
(5) ยาเคี้ยว	0.1	0.09 บาท/กรัม

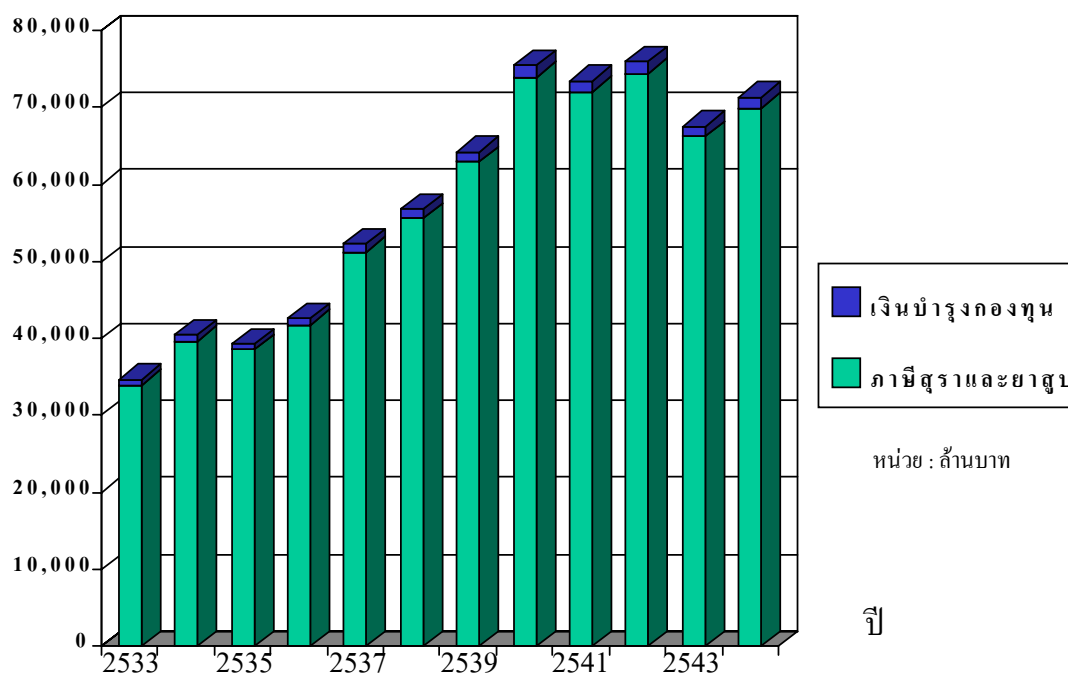
ยาสูบที่ผลิตและนำเข้าจากต่างประเทศ ในปัจจุบันมีภาระภาษีอากรที่ต้องเสียให้รัฐสรุปได้ ดังนี้

1. **อากรขาเข้า** ยาสูบที่นำเข้าจากต่างประเทศต้องเสียอากรในอัตราร้อยละ 30
2. **ภาษีมูลค่าเพิ่ม** ยาสูบที่ผลิตและนำเข้าจากต่างประเทศ ต้องเสียภาษีมูลค่าเพิ่ม (รวมภาษีท้องถิ่น (เทศบาล เมืองพัทยา อบต. อบจ. กทม.)) ร้อยละ 7
3. **ค่าแถมปียาสูบ** ยาสูบที่ผลิตและนำเข้าจากต่างประเทศ ต้องเสียค่าแถมปียาสูบในอัตราร้อยละ 71.5
4. **ค่าแถมปียาสูบที่ส่วนกลางจัดเก็บให้ท้องถิ่น** (เทศบาลเมืองพัทยา อบต. กทม.) ยาสูบที่ผู้ผลิตและนำเข้าต้องเสียให้แก่ท้องถิ่นเพิ่มในอัตราร้อยละ 10 ของค่าแถมปียาสูบในข้อ 3
5. **ภาษีตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542**

**กรณีเสนอให้มีการจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนในอัตราร้อยละ 2
ของภาษีสุราและยาสูบ**
(หน่วย : ล้านบาท)

ปีงบประมาณ	ภาษีสุราและยาสูบ	เงินบำรุงกองทุน
2533	34,015	
2534	39,611	
2535	38,555	
2536	41,795	
2537	51,242	
2538	55,607	
2539	62,966	
2540	73,962	
2541	72,008	
2542	74,447	1,489
2543(ปรับปรุง)	66,260	1,325
2544(เอกสารงบประมาณ)	69,920	1,398

กรณีเสนอให้มีการจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีสุราและยาสูบ
ภาษีและเงินบำรุงกองทุน



4.2 สาระสำคัญของข้อเสนอจัดตั้งกองทุนรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา และยาสูบ

สาระสำคัญของข้อเสนอจัดตั้งกองทุนฯ ตามร่างพระราชบัญญัติกองทุนรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา และยาสูบ พ.ศ. ที่กระทรวงการคลังโดยคณะทำงานของกรมสรรพสามิตเสนอสรุปได้ ดังนี้

4.2.1 รูปแบบองค์กร

จัดตั้งกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา และยาสูบเป็นนิติบุคคลไม่เป็นรัฐวิสาหกิจอิสระจากส่วนราชการ

4.2.2 วัตถุประสงค์

กำหนดให้กองทุนมีหน้าที่ ดังนี้

1. ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับ

1.1 การโฆษณา การเผยแพร่ข้อมูลและการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโทษภัยของสุราและยาสูบ พร้อมทั้งชี้ชวนให้ประชาชนงดการบริโภคสุราและยาสูบ

1.2 การศึกษา การวิจัย การฝึกอบรม การดูงานและการประชุมในเรื่องเกี่ยวกับการรณรงค์ให้งดบริโภคสุราและยาสูบ

2. การให้เงินอุดหนุนแก่ส่วนราชการ ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ เอกชน และกิจการที่จัดการรณรงค์ในเรื่องการงดบริโภคสุราและยาสูบ

4.2.3 การบริหาร

ให้มีคณะกรรมการบริหารกองทุน(จำนวน 13 คน) ประกอบด้วย อธิบดีกรมสรรพสามิต เป็นประธานกรรมการ และมีกรรมการโดยตำแหน่งคือผู้แทนจากกรมสรรพากร กรมศุลกากร กรมธนารักษ์ กรมบัญชีกลาง สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย ทบวงมหาวิทยาลัย เป็นกรรมการ และมีกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่คณะกรรมการแต่งตั้งขึ้นจากนายแพทย์ผู้มีชื่อเสียงทางสังคมอีก 2 คนกับตัวแทนผู้บริโภคอีก 1 คน เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการด้วยโดยมีรองอธิบดีกรมสรรพสามิต ที่ได้รับการคัดเลือกจากอธิบดีทำหน้าที่เป็นเลขานุการกองทุนฯ นอกจากนั้นให้จ้างผู้จัดการกองทุนเพื่อทำหน้าที่รับผิดชอบการบริหารจัดการ

4.2.4 แหล่งรายได้

จะกำหนดมาจาก

1. เงินบำรุงกองทุน ซึ่งกองทุนมีอำนาจเรียกเก็บจากผู้ผลิตและผู้นำเข้าสุราและยาสูบ ในอัตราไม่เกินร้อยละ 2 ของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบ ตามกฎหมายว่าด้วยสุราและกฎหมายว่าด้วยยาสูบ ทั้งนี้ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังภายใต้ความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีสามารถประกาศลดอัตราเงินบำรุงกองทุนได้ และเงินบำรุงกองทุนนี้ให้ส่งเข้ากองทุนโดยไม่ต้องนำส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน

2. เงินและทรัพย์สินที่มีผู้มอบให้
3. เงินและทรัพย์สินอื่นที่ตกเป็นของกองทุน
4. เงินที่ได้จากการจำหน่ายทรัพย์สินตาม 2 และ 3
5. ดอกผลหรือรายได้ที่เกิดจากทรัพย์สินของกองทุน

ในระยะแรก กระทรวงการคลังเสนอหลักการให้จัดเก็บเงินบำรุงกองทุนในอัตราเพียงร้อยละ 1 และจะออกประกาศลดอัตราภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบ ในอัตราเดียวกันกับอัตราเงินบำรุงกองทุน ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้บริโภคมิได้รับผลกระทบจากการตั้งกองทุนนี้

4.2.5 การกำกับดูแล

เป็นหน่วยงานในการกำกับดูแลของกระทรวงการคลัง

4.2.6. การดำเนินการทางกฎหมาย

ออกเป็นพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุราและยาสูบ พ.ศ.

4.3 ผลการดำเนินการ

ผลการดำเนินการเกี่ยวกับการนำเสนอร่างพระราชบัญญัติเพื่อการรณรงค์ให้งดการบริโภคสุราและยาสูบ พ.ศ.สรุปได้ ดังนี้

(1) สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ได้ส่งเรื่องดังกล่าวให้สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการและกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาให้ความเห็นก่อนที่จะนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาต่อไป

(2) สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการได้นำเสนอให้คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ ซึ่งนายพิชัย รัตตกุล รองนายกรัฐมนตรี เป็นประธานพิจารณาแล้วมีมติ ดังนี้

(2.1) เห็นว่ากองทุนไม่ควรมีฐานะเป็นนิติบุคคล

(2.2) หากจะมีการจัดตั้งกองทุนขึ้นใหม่ควรพิจารณาดำเนินการ โดยไม่ให้มีการเพิ่มบุคลากร โดยให้เป็นการโอนหรือการเคลื่อนบุคลากรจากงานหรือหน่วยงานที่มีการดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้ไม่เป็นการเพิ่มภาระงบประมาณ ซึ่งจะมีผลทำให้ค่าใช้จ่ายภาครัฐเพิ่มสูงขึ้น

(2.3) ปัจจุบันมีการจัดตั้งกองทุนต่างๆ ขึ้นเป็นจำนวนมาก เพื่อมิให้เกิดผลกระทบและเป็นภาระผูกพันทางด้านงบประมาณของรัฐ ในอนาคตควรจะได้มีการทบทวนถึงหลักการและในแนวทางการจัดตั้งกองทุนต่างๆ ในภาพรวม ประกอบกับขณะนี้ร่างพระราชบัญญัติให้อำนาจกระทรวงการคลั่งในการยุบหรือรวมกองทุนอยู่ในขั้นตอนการดำเนินการของกฎหมาย ฉะนั้น หากยังไม่มีควมจำเป็นเร่งด่วน คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการเห็นควรให้ชะลอการจัดตั้งกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดการบริโภคสุราและยาสูบไว้ก่อน

(3) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งปัจจุบันเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ได้พิจารณาแล้วมีข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในหลายๆ ประเด็น เช่น สำนักงานกองทุนควรให้ตั้งอยู่ ณ กระทรวงสาธารณสุข ควรปรับปรุงองค์ประกอบของคณะกรรมการกองทุน โดยให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน และให้อธิบดีกรมการแพทย์เป็นกรรมการและเลขานุการ หรือให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขร่วมเป็นผู้รักษาการ และเห็นด้วยกับแนวคิดของกระทรวงการคลั่งที่จะให้มีการลดอัตราภาษีสุราและยาสูบลงในระยะเริ่มแรกที่จะนำกฎหมายมาใช้บังคับ เป็นต้น

เนื่องจากคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ และกระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย) พิจารณาแล้วยังมีความเห็นแตกต่างไปจากแนวคิดของกระทรวงการคลั่ง (กรมสรรพสามิต) สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีจึงได้แจ้งความเห็นของสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการและกระทรวงสาธารณสุขดังกล่าว มาให้กระทรวงการคลั่งทราบ เพื่อร่วมกันพิจารณาหาข้อยุติให้ได้ก่อนที่จะนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาต่อไป

บทที่ 5

การเสนอจัดตั้งสำนักงานและกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

5.1 ความเป็นมาและข้อเท็จจริง

สืบเนื่องจากคณะทำงานฯ ซึ่งมี ศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ เป็นประธานได้เสนอเรื่องให้คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมพิจารณาจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกระทรวงการคลังโดยกรมสรรพสามิต ได้เสนอให้สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีพิจารณานำเรื่องการเสนอจัดตั้งกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา สาระสำคัญของโครงการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและโครงการจัดตั้งกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ สรุปได้ ดังนี้

ตารางเปรียบเทียบสาระสำคัญของโครงการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และโครงการจัดตั้งกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ

สาระสำคัญ	โครงการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (โครงการที่ 1)	โครงการจัดตั้งกองทุนรณรงค์ให้งดบริโภคสุราและยาสูบ (โครงการที่ 2)
1. รูปแบบองค์กร 2. วัตถุประสงค์	กองทุนเป็นองค์การมหาชน มีฐานะเป็นนิติบุคคล จัดให้มีการบริการสาธารณสุขด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดย การสร้างค่านิยมสร้างเสริมสุขภาพ กระตุ้นและสนับสนุนให้มีการพัฒนาโครงการและมาตรการที่มีประสิทธิภาพสามารถลดอัตราการเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่สามารถหลีกเลี่ยง	กองทุนเป็นนิติบุคคลที่ไม่เป็นรัฐวิสาหกิจ อิสระจากส่วนราชการ จัดให้มีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการโฆษณา การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับโทษภัยของสุราและยาสูบ และชี้ชวนให้ประชาชนงดการบริโภคสุราและยาสูบ ศึกษา วิจัย ฝึกอบรม ประชุมเกี่ยวกับการรณรงค์ให้งดการบริโภคสุรายาสูบ และ ให้เงินอุดหนุนแก่หน่วยงานเพื่อจัด

สาระสำคัญ	โครงการจัดตั้งกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริม สุขภาพ (โครงการที่ 1)	โครงการจัดตั้งกองทุนรณรงค์ให้งด บริโภคสุราและยาสูบ (โครงการที่ 2)
3.การบริหารงาน	เลี้ยงได้ พัฒนาสมรรถนะของ ประเทศในการดำเนินการสร้าง เสริมสุขภาพและสนับสนุนบุคคล หน่วยงาน และองค์การจากภาคี ต่างๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วม จึงเป็น การเน้นยุทธศาสตร์กระบวนการ ประชาสังคม และการพัฒนาแบบ องค์การรวม เน้นการสนับสนุน ภาคประชาชนและหน่วยงานที่มี อยู่แล้ว ดำเนินกิจการเอง ขอบเขต ของงานโครงการครอบคลุมการ สร้างเสริมสุขภาพอย่างองค์รวม (1) มีคณะกรรมการที่กำหนดไว้ใน ในกฎหมาย 2 คณะ ได้แก่ (1.1) คณะกรรมการบริหารมี (จำนวน 11 คน)เป็นไปตามกรอบ ของพระราชบัญญัติองค์การ มหาชนฯ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็น ประธาน มีกรรมการประจำ ตำแหน่ง 5 คน กรรมการผู้ทรงคุณ วุฒิ 4 คน และผู้อำนวยการ 1 คน เป็นกรรมการและเลขานุการ (1.2) คณะกรรมการประเมิน ผลมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธาน กรรมการประจำตำแหน่ง 4 คน กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน และ	กิจกรรมการรณรงค์ในเรื่องการงด บริโภคสุราและยาสูบ ทำให้มีขอบเขต ของงานครอบคลุมแต่เฉพาะเรื่องสุรา และยาสูบเท่านั้น (1) มีคณะกรรมการที่กำหนดไว้ในกฎ หมาย 1 คณะ คือ คณะ กองทุน(จำนวน 13 คน)มีอธิบดีกรมสรรพสามิต เป็น ประธาน กรรมการโดยตำแหน่ง 9 คน และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และมี รองอธิบดีกรมสรรพสามิตเป็นเลขานุ การ

สาระสำคัญ	โครงการจัดตั้งกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริม สุขภาพ (โครงการที่ 1)	โครงการจัดตั้งกองทุนรณรงค์ให้งด บริโภคสุราและยาสูบ (โครงการที่ 2)
4. แหล่งรายได้	ผู้อำนวยการ 1 คน เป็นกรรมการ และเลขานุการ (2) มีผู้อำนวยการ 1 คน เป็นผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการ คณะทำงานเห็นด้วยกับการเจียดจ่ายงบประมาณจากภาษีสรรพสามิตสินค้าที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายมาใช้ในการบริหารงาน ซึ่งมีลักษณะ Earmark Tax ตามหลักการที่จะให้นำภาษีบาปมาใช้ในการรณรงค์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ แต่โดยที่ พรบ. องค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ไม่ให้อำนาจด้านจัดเก็บภาษีเพิ่ม และคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ เห็นว่าควรให้คณะรัฐมนตรีหรือคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น (กนภ.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน เป็นผู้พิจารณาจะเหมาะสมกว่า คณะทำงานฯ จึงได้เสนอให้จัดตั้งกองทุนมีแหล่งรายได้หลักมาจากเงินงบประมาณ โดยเสนอวงเงินงบประมาณไว้จำนวน 700 ล้านบาท ซึ่งเทียบเท่ากับร้อยละ 1 ของงบประมาณที่รัฐใช้จ่ายด้านสาธารณสุข หรือเท่ากับร้อยละ 1 ของภาษีสุราและยาสูบรวมกัน	(2) มีผู้อำนวยการกองทุนรับผิดชอบการบริหารจัดการ ร่าง พรบ. ให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนจากผู้ผลิตและผู้นำเข้าสุราและยาสูบ ในอัตราไม่เกินร้อยละ 2 ของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบ โดยในขั้นแรกเสนอให้จัดเก็บในอัตราเพียงร้อยละ 1 ก่อน และเพื่อมิให้เกิดผลกระทบต่อผู้บริโภค กระทรวงการคลังเสนอให้ลดอัตราภาษีสุราและยาสูบลงในอัตราเดียวกับที่เรียกเก็บเงินบำรุงกองทุน ซึ่งจะทำให้ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงราคาสินค้า

สาระสำคัญ	โครงการจัดตั้งกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริม สุขภาพ (โครงการที่ 1)	โครงการจัดตั้งกองทุนรณรงค์ให้คง บริโภคสุราและยาสูบ (โครงการที่ 2)
5. การกำกับดูแล 6. การดำเนินการ	เป็นหน่วยงานในการกำกับดูแล ของกระทรวงสาธารณสุข ออกเป็นพระราชกฤษฎีกาจัดตั้ง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. โดย อาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่งพระ ราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542	เป็นหน่วยงานในการกำกับดูแลของ กระทรวงการคลัง ออกเป็นพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อ การรณรงค์ให้คงบริโภคสุราและยาสูบ พ.ศ.

จากการวิเคราะห์ทั้ง 2 โครงการแล้ว หลายฝ่ายมีความเห็นว่าทั้ง 2 โครงการมีหลัก
การและวัตถุประสงค์ในการจัดตั้งกองทุนเหมือนกัน คือ การดำเนินการสนับสนุนการรณรงค์ให้
ประชาชนตระหนักถึงโทษภัยที่มีสาเหตุมาจากสิ่งที่สามารถป้องกันได้ แล้วหันมารณรงค์เพื่อ
สนับสนุนให้มีการลดบริโภคสุรา ยาสูบ และสร้างเสริมสุขภาพ จะมีข้อแตกต่างกันบ้างสรุปได้ คือ

(1) ขอบเขตงานโครงการที่ 1 มีขอบเขตสร้างเสริมสุขภาพองค์รวม ส่วนโครงการที่
2 ระบุเฉพาะปัญหาจากสุราและยาสูบ ซึ่งจุดอ่อนที่อาจเกิดขึ้นกับโครงการที่ 2 คือ การมองปัญหา
แบบแยกส่วน ทำให้ไม่เห็นความเชื่อมโยงระหว่างปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากสุราหรือยาสูบ
และมีปัญหาอื่นๆ อีกหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นปัญหายาเสพติด ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ดังนั้น
การแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องจะทำให้เสียโอกาสที่จะใช้งบประมาณที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประสิทธิ
ภาพสูงสุดได้ และอาจก่อให้เกิดการแตกแยกระหว่างองค์การสาธารณสุขประ โยชน์ที่จะเข้ามาร่วมเป็น
เครือข่ายในการทำงานให้องค์กรได้

(2) แนวทางการดำเนินงาน โครงการที่ 1 ได้เน้นยุทธศาสตร์ด้านประชาสังคม เน้น
การสนับสนุนภาคประชาชนและหน่วยงานจำนวนมากที่มีอยู่แล้ว โดยการเข้าไปสนับสนุนให้
ความรู้ความเข้าใจและสนับสนุนทุนดำเนินการ ซึ่งหากองค์การใดสามารถดำเนินการได้อย่างมีประ
สิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลก็จะสามารถยื่นเสนอโครงการเพื่อขอรับทุนสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

ได้เพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนเป็นเรื่องยาก ต้องอาศัยการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง เพื่อการกระตุ้นและปลูกจิตสำนึกของประชาชนให้เกิดขึ้นจนเป็นพฤติกรรมที่ประชาชนยึดถือและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นต้องอาศัยการดำเนินการโดยเครือข่ายที่มีอยู่เพื่อให้เกิดการประสานการจัดการ ซึ่งจะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จในที่สุด ซึ่งการดำเนินการตามรูปแบบของโครงการที่ 1 เป็นรูปแบบที่เหมือนกับของ VicHealth ประเทศออสเตรเลีย ส่วนโครงการที่ 2 ยังไม่มีรายละเอียดครบถ้วนชัดเจน อย่างไรก็ตามคงจะเห็นว่าโครงการที่ 2 มีรูปแบบการดำเนินการคล้าย กับ Health Sponsor Ship ประเทศนิวซีแลนด์ซึ่งมีขอบเขตการดำเนินงานที่แคบกว่า

(3) โครงสร้างองค์กรตามโครงสร้างที่ 1 มีการกำหนดให้มีคณะกรรมการ 2 คณะ คือ คณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการประเมินผล โดยกำหนดให้ผู้ทรงคุณวุฒิเข้ามามีบทบาทในการบริหาร รวมทั้งมีการประเมินผลจากคณะกรรมการอีกคณะหนึ่ง ซึ่งจะทำให้การบริหารกองทุนโดยการสนับสนุนงบประมาณ (Funding) ให้แก่หน่วยงานที่ปฏิบัติรับไปดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาภาพรวมด้านสุขภาพของประเทศเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนโครงการที่ 2 จะมีลักษณะเป็นราชการมากกว่า เพราะองค์ประกอบหลักของคณะกรรมการเป็นข้าราชการเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งรวมถึงประธานกรรมการและเลขานุการ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิรวมอยู่เพียง 2 คน ซึ่งตามหลักการบริหาร หากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานเข้าไปเกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ของหน่วยงานนั้นมากก็อาจจะทำให้เกิดผลเสียแก่การดำเนินงานได้ นอกจากนี้ร่างพระราชบัญญัติฯ ดังกล่าวยังกำหนดให้กรมสรรพสามิตมีหน้าที่จัดเก็บเงินบำรุงกองทุน และบริหารเงินกองทุน การที่โครงสร้างองค์กรและบุคลากรอยู่ในระบบราชการเป็นส่วนใหญจะทำให้การดำเนินงานของกองทุนขาดประสิทธิภาพและอาจไม่ตอบสนองภารกิจหลักได้

(4) แหล่งรายได้ของกองทุน โครงการที่ 1 ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของรายได้หลักที่จะนำมาใช้ในการบริหาร เพราะรายได้หลักมาจากเงินงบประมาณ ซึ่งสำนักงานจะต้องขอตั้งงบประมาณเป็นปีๆ ไป ทำให้การดำเนินงานไม่สามารถกำหนดแผนหรือเป้าหมายอย่างต่อเนื่องได้ และทำให้หน่วยงานต่างๆ ที่จะส่งโครงการเข้ามาขอรับทุนสนับสนุนเกิดความไม่มั่นใจในแหล่งทุน ทำให้การดำเนินการขาดเป็นช่วงๆ การรณรงค์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพจะไม่สามารถดำเนินการให้ประสบความสำเร็จได้ เพราะข้อเท็จจริงแล้วกองทุนจะต้องมีแหล่งเงินทุนที่แน่นอนและต่อเนื่อง ส่วนโครงการที่ 2 กระทรวงการคลังเห็นด้วยกับนโยบายที่จะให้มีการเรียกเก็บเงินบำรุงเพื่อส่งเข้า

เป็นรายได้ของกองทุนในอัตราร้อยละ 2 จึงจะทำให้กองทุนมีแหล่งรายได้ที่แน่นอน สามารถ
ดำเนินกิจการได้อย่างต่อเนื่อง

(5) การดำเนินการทางด้านกฎหมาย โครงการที่ 1 เสนอให้ออกกฎหมายจัดตั้งสำนักงานฯ โดยการออกพระราชกฤษฎีกา โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติองค์การ
มหาดชน พ.ศ. 2542 ซึ่งมีกระบวนการและขั้นตอนการจัดตั้งหน่วยงานที่ง่ายกว่า แต่มีข้อเสียคือการ
จัดตั้งสำนักงานต้องอยู่ภายใต้ระบบของกฎหมายองค์การมหาดชน ซึ่งมีข้อจำกัดหลายประการ อาทิ
เช่น เรื่ององค์ประกอบของคณะกรรมการ หรือแหล่งเงินทุนที่ต้องมาจากงบประมาณดังกล่าวไป
แล้วในข้อ (4) ส่วนโครงการที่ 2 เสนอให้ออกเป็นพระราชบัญญัติจัดตั้ง ซึ่งการดำเนินการออกพระ
ราชบัญญัติจะต้องเสนอให้รัฐสภาพิจารณา ซึ่งต้องใช้ระยะเวลา แต่การออกเป็นพระราชบัญญัติ
ดังกล่าวมีข้อดีคือสามารถกำหนดให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังมีอำนาจจัดเก็บเงินบำรุงเข้ากอง
ทุนได้ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการที่จะกำหนดให้ผู้บริโภคสินค้าที่ก่อให้เกิดโทษต่อบุคคลอื่น ซึ่ง
ได้แก่ สุราและยาสูบ ต้องจ่ายเงินบำรุงเข้ากองทุน เพื่อนำไปแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจาก
การบริโภคสินค้าที่ทำลายสุขภาพด้วยการรณรงค์ให้ประชาชนหันมาสร้างเสริมสุขภาพตามแนว
ทางใหม่ที่หลายๆ ประเทศดำเนินการประสบความสำเร็จมาแล้ว

เนื่องจากทั้ง 2 โครงการมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ดังนั้นการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์
ประสงค์ของโครงการทั้ง 2 โครงการไปพร้อมๆ กันได้ จำเป็นต้องประสานทั้ง 2 โครงการเข้าด้วยกัน
เพื่อให้สามารถจัดตั้งหน่วยงานใหม่ขึ้นมาดำเนินการกิจกรรมลักษณะประสานจัดการเพื่อสร้าง
เสริมสุขภาพในลักษณะการป้องกันแทนการรักษาพยาบาลเพื่อให้การจัดตั้งองค์กรเกิดประสิทธิภาพ
สูงสุด ซึ่งจะสามารถช่วยประหยัดงบประมาณที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ซึ่งปัจจุบันรัฐต้องจ่าย
จำนวนสูงมาก ดังนั้นประธานคณะทำงานฯ จึงได้มีหนังสือถึงกระทรวงการคลังขอให้พิจารณา
ประสานนโยบายทั้ง 2 โครงการ ทั้ง 2 โครงการเข้าด้วยกัน และในการประชุมคณะกรรมการ
นโยบายสังคมแห่งชาติ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรี (นายชวน หลีกภัย) เป็นประธานในคราวการประชุม
เมื่อเดือนกันยายน 2542 ได้รับทราบเกี่ยวกับโครงการจัดตั้งกองทุนเพื่อการสนับสนุนการสร้าง
เสริมสุขภาพ และกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดการบริโภคสุรา ยาสูบ และมีมติกำหนดให้การป้องกัน
โรคเป็นวาระแห่งชาติ และกำหนดเป็นนโยบายให้มีการจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้าง
เสริมสุขภาพโดยได้มอบหมายให้มิตคณะทำงานเฉพาะกิจขึ้นชุดหนึ่ง ดูภาคผนวก ไปศึกษาเรื่อง
การรวมกองทุนทั้ง 2 โครงการเข้าด้วยกัน โดยมีรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์

เวชชาชีวะ และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงการคลัง นายพิสิฐ ลี้อาธรรม เป็นผู้รับผิดชอบในการประสานเรื่องดังกล่าวเข้าด้วยกันตามนโยบายของ ฯพณฯ นายกรัฐมนตรี

กระทรวงการคลังจึงได้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งนำข้อคิดเห็นของหน่วยงานต่างๆ มาพิจารณาปรับปรุงทั้งหลักการและรูปแบบการจัดตั้งกองทุนฯ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น พร้อมทั้งยกร่างกฎหมาย 2 ฉบับ เสนอให้เลขาธิการคณะรัฐมนตรีพิจารณาดำเนินการต่อไปได้แก่

- ร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคนสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.
- ร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคนสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.

5.2 สารสำคัญของข้อเสนอจัดตั้งสำนักงานและกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดการบริโภคนสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

สารสำคัญของข้อเสนอตามร่างกฎหมายจัดตั้งสำนักงานและกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดการบริโภคนสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพทั้งสองฉบับ สรุปได้ ดังนี้

1. หลักการ

จัดตั้งกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคนสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพขึ้นเป็นองค์กรอิสระ มีฐานะเป็นนิติบุคคล มีนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็นผู้รักษาการตามกฎหมาย รวมทั้งให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังมีอำนาจจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนจากผู้ผลิตและผู้นำเข้าสุราและยาสูบในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีสุราและภาษียาสูบ (โดยในระยะแรกเสนอให้จัดเก็บในอัตราร้อยละ 1 ของภาษีสุราและภาษียาสูบ)

2. วัตถุประสงค์

เพื่อบริหารจัดการทุนอุดหนุน และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมและการประสานงานเพื่อมุ่งให้ประชาชนหันมาดูแลสุขภาพของตนเองอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งรวมถึงการรณรงค์ให้งดบริโภคนสุราและยาสูบ

3. การบริหารจัดการ

ประกอบด้วย

(1) คณะกรรมการบริหาร แต่งตั้งโดยนายกรัฐมนตรี ประกอบด้วย ผู้มีความรู้และประสบการณ์สูงด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการ ได้แก่ ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดทบวงมหาวิทยาลัย เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน โดยมีผู้จัดการกองทุนเป็นกรรมการและเลขานุการ

(2) คณะกรรมการประเมินผล แต่งตั้งโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์สูงด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นประธานกรรมการ และกรรมการประกอบด้วย ผู้แทนสำนักงบประมาณ ผู้แทนสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง ผู้แทนกรมสรรพสามิต ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข ผู้แทนกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน โดยมีผู้จัดการกองทุนเป็นเลขานุการ

(3) สำนักงานเป็นหน่วยงานขนาดเล็กและคล่องตัว มีผู้จัดการกองทุนซึ่งคณะกรรมการบริหารแต่งตั้งเป็นผู้บริหารจัดการ

4. การดำเนินการ

เพื่อให้สามารถดำเนินการจัดตั้งหน่วยงาน และสามารถดำเนินกิจกรรมได้ทันที จึงเห็นสมควรดำเนินการเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

7 ออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคนิโคติน ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. โดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 เพื่อการจัดตั้งหน่วยงานเป็นนิติบุคคลมาดำเนินการตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว ก่อน ในขณะที่ยังไม่มีพระราชบัญญัติกองทุนฯ และรัฐบาลจัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไป จากงบกลาง ให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน โดยองค์ประกอบของคณะกรรมการและการบริหารจัดการเป็นไปตามกฎหมายแม่บทคือพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 และให้สำนักงานมีนายกรัฐมนตรีเป็นรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมาย

(2) ออกพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคนิโคติน ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. เพื่อจัดตั้งกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคนิโคติน ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และรับโอนภารกิจของสำนักงานที่จัดตั้งขึ้นก่อนโดยพระราชกฤษฎีกาฯ ตาม (1)

ดำเนินงานต่อไปในระยะยาว โดยมีนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็นรัฐมนตรีผู้รักษาการตามกฎหมาย

5. ผลกระทบ

การจัดตั้งกองทุนฯ ดังกล่าว จะทำให้เกิดระบบบริหารจัดการทุนอุดหนุน และจัดการสนับสนุนให้ประชาชน ชุมชน องค์กรสาธารณประโยชน์ หน่วยงานของรัฐ และภาคีต่างๆ ดำเนินกิจการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจังต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เป็นการป้องกันมิให้เกิดโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทำให้รัฐบาลและประชาชนสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพพยาบาล ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนสูงให้ลดลง

5.3 ผลการดำเนินการ

คณะรัฐมนตรีในคราวการประชุมปรึกษาเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2542 ได้พิจารณาร่างกฎหมายจัดตั้งกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ที่กระทรวงการคลังเสนอทั้ง 2 ฉบับ แล้วลงมติ ดังนี้

1. อนุมัติหลักการ

1.1 ร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ... และ

1.2 ร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.ตามที่กระทรวงการคลังเสนอ และมอบหมายให้รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข(นายกร ทักษะรังสี) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง และรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี (คุณหญิงสุพัตรา มาศดิตถ์) ร่วมกันพิจารณาในรายละเอียด แล้วให้ส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณา สำหรับร่างพระราชบัญญัติตาม ข้อ 1.1 ให้ส่งคณะกรรมการประสานงานสภาผู้แทนราษฎรพิจารณา ก่อนเสนอสภาผู้แทนราษฎรพิจารณาต่อไป ส่วนร่างพระราชกฤษฎีกาตามข้อ 1.2 ให้เร่งนำขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายเพื่อประกาศใช้บังคับเป็นกฎหมายโดยเร็ว

2. อนุมัติให้สำนักงานประมาณพิจารณาจัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อจัดตั้งและดำเนินกิจกรรมของสำนักงานที่จะจัดตั้งขึ้นตามร่างพระราชกฤษฎีกาตามข้อ 1.2 ตามความ

จำเป็นและกำลังงบประมาณ จนกว่าจะได้รับเงินบำรุงกองทุนจากผู้ผลิตและนำเข้าสุราและยาสูบ
ตามร่างพระราชบัญญัติตามข้อ 1.1

บทที่ 6

ขั้นตอนการดำเนินการเพื่อให้กฎหมายจัดตั้งสำนักงาน และกองทุนเพื่อการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีผลบังคับใช้

6.1 การพิจารณาของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก่อนเสนอเรื่องให้สำนักงานคณะกรรมการ กฤษฎีกาตรวจแก้

จากมติคณะรัฐมนตรีในคราวการประชุมวันที่ 19 ตุลาคม 2542 ที่อนุมัติหลักการร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. และร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ตามที่กระทรวงการคลังเสนอ และมอบหมายให้รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายกร ทักษะรังสี) และรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี (คุณหญิงสุพัตรา มาศดิตถ์) ร่วมกันพิจารณาในรายละเอียดแล้วก่อนส่งร่างกฎหมายดังกล่าวให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณาต่อไป กระทรวงการคลัง โดยสำนักงานเศรษฐกิจการคลังได้จัดประชุมผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยได้มีการปรับปรุงแก้ไขในประเด็นสำคัญๆ และส่งร่างกฎหมายที่แก้ไขใหม่ส่งให้เลขาธิการคณะรัฐมนตรีพิจารณาดำเนินการต่อไปเมื่อเดือนมกราคม 2543 โดยมีรายละเอียดการแก้ไขในประเด็นสำคัญ สรุปได้ ดังนี้

6.1.1 ชื่อกฎหมาย

เปลี่ยนแปลงชื่อกฎหมาย โดยใช้คำว่า “ลดการบริโภค” แทนคำว่า “งดการบริโภค” ตามที่ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีตั้งข้อสังเกต ดังนี้ “ร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานเพื่อการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. และร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้ลดการบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ...”

6.1.2 วัตถุประสงค์

ปรับปรุงแก้ไขให้ชัดเจนยิ่งขึ้น และสอดคล้องตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอ

6.1.3 คณะกรรมการ

1 ร่างพระราชกฤษฎีกา

มีคณะกรรมการ 2 คณะ โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

1.1 คณะกรรมการบริหาร

กำหนดให้ประธานคณะกรรมการต้องไม่ดำรงตำแหน่งทางการเมือง กรรมการโดยตำแหน่งมีจำนวนไม่เกินกึ่งหนึ่ง คณะกรรมการทั้งคณะมีจำนวนไม่เกิน 11 คน และมีผู้จัดการเป็นกรรมการและเลขานุการ ดังนี้

(1) ประธานกรรมการ แต่งตั้งจากผู้มีความรู้และประสบการณ์สูงด้านสร้างเสริมสุขภาพ

(2) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และปลัดกระทรวงสาธารณสุข

(3) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนห้าคนในการนี้ต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสร้างเสริมสุขภาพจำนวนไม่น้อยกว่าหนึ่งคน และปฏิบัติงานในภาคเอกชนจำนวนไม่น้อยกว่าสองคน

(4) ผู้จัดการเป็นกรรมการและเลขานุการ

ให้คณะรัฐมนตรีเป็นผู้แต่งตั้งประธานกรรมการและกรรมการ

1.2 คณะกรรมการประเมินผล

การกำหนดจำนวนกรรมการของคณะกรรมการประเมินผล ตามกฎหมายไม่ได้ระบุจำนวนไว้ ที่ประชุมจึงกำหนดองค์ประกอบของคณะกรรมการประเมินผล โดยให้มีผู้แทนจากกระทรวงสาธารณสุขเพิ่ม จากเดิม 1 คน เป็น 3 คน ได้แก่ ผู้แทนกรมการแพทย์ ผู้แทนกรมสุขภาพจิต ผู้แทนกรมอนามัย โดยมีคณะกรรมการรวม 12 คน และเห็นควรให้ผู้จัดการเป็นเพียงเลขานุการ ดังนี้

(1) ประธานกรรมการ แต่งตั้งจากผู้มีความรู้และประสบการณ์สูงด้านสร้างเสริมสุขภาพ

(2) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ผู้แทนสำนักงบประมาณ ผู้แทนสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง ผู้แทนกรมสรรพสามิต ผู้แทนกรมการแพทย์ ผู้แทนกรมสุขภาพจิต ผู้แทนกรมอนามัย และผู้แทนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

(3) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสี่คน โดยในจำนวนนี้ต้องแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิสาขาการสร้างเสริมสุขภาพและสาขาการประเมินผลอย่างน้อยสาขาละหนึ่งคน

(4) ผู้จัดการเป็นเลขานุการ

2. ร่างพระราชบัญญัติ

มีดังนี้
ร่างพระราชบัญญัติ มีองค์ประกอบของคณะกรรมการตามร่างพระราชบัญญัตินี้

2.1 คณะกรรมการบริหาร

- (1) นายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ
- (2) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธานกรรมการคนที่ 1
- (3) รองประธานกรรมการคนที่ 2 แต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์สูงด้านสร้างเสริมสุขภาพ
- (4) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ปลัดกระทรวงคมนาคม ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงมหาดไทย และเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- (5) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนแปดคน ในการนี้ต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานในภาคเอกชนจำนวนไม่น้อยกว่า 3 คน
- (6) ผู้จัดการเป็นกรรมการและเลขานุการ

2.2 คณะกรรมการประเมินผล

- (1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังเป็นประธานกรรมการ
- (2) รองประธานกรรมการแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์สูงด้านสร้างเสริมสุขภาพ
- (3) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณหรือผู้แทน ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลังหรือผู้แทน อธิบดีกรมสรรพสามิตหรือผู้แทน อธิบดีกรมการแพทย์หรือผู้แทน อธิบดีกรมสุขภาพจิตหรือผู้แทน อธิบดีกรมอนามัยหรือผู้แทน ผู้แทนกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยหรือผู้แทน
- (4) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน โดยในจำนวนนี้ต้องแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิสาขาการสร้างเสริมสุขภาพและสาขาการประเมินผลอย่างน้อยสาขาละ 1 คน
- (5) ผู้จัดการเป็นเลขานุการ

ทั้งนี้ ได้ปรับปรุงแก้ไขร่างพระราชบัญญัติฯ และร่างพระราชกฤษฎีกาฯ ที่แก้ไขใหม่ให้สอดคล้องกันด้วย

6.2 การพิจารณาของสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา

6.2.1 ร่างพระราชกฤษฎีกา

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 6) ซึ่งมีนายอมร จันทรสมบูรณ์ เป็นประธาน ได้ตรวจพิจารณาร่างพระราชกฤษฎีกาฯ โดยมีผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องชี้แจงและร่วมพิจารณา ได้แก่ ผู้แทนกระทรวงการคลัง (สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กรมสรรพสามิตและกรมบัญชีกลาง) ผู้แทนกระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์) ผู้แทนสำนักนายกรัฐมนตรี (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีและสำนักงานงบประมาณ) ผู้แทนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ผู้แทนทบวงมหาวิทยาลัย และผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ คณะกรรมการกฤษฎีกา ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมและเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ สรุปได้ ดังนี้

1. ชื่อร่างพระราชกฤษฎีกาฯ

แก้ไขจาก “ร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานเพื่อการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ...” เป็น “ร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.” เพื่อให้ชื่อสำนักงานฯ สั้นลงและครอบคลุมการดำเนินงานของสำนักงานฯ ซึ่งสำนักงานฯ จะมุ่งดำเนินการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการรณรงค์ให้ประชาชนลดบริโภคสุราและยาสูบ จะเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการ อย่างไรก็ตาม เพื่อความชัดเจนในการดำเนินการสนับสนุนและรณรงค์เกี่ยวกับการลดบริโภคสุรายาสูบ ได้แก้ไขบทบัญญัติเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของสำนักงานฯ ให้ครอบคลุมถึงการดำเนินการดังกล่าวไว้ด้วยแล้ว

2. วัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ของสำนักงานฯ

แก้ไขให้เป็นที่ชัดเจนว่า การดำเนินการของสำนักงานฯ จะเป็นการให้การสนับสนุนแก่กิจกรรมต่างๆ ทั้งการรณรงค์เพื่อลดบริโภคสุรายาสูบ หรือสารอื่นที่ทำลายสุขภาพ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพโดยประสานกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ

3. ทุน รายได้ และทรัพย์สิน

เพิ่มที่มาของทุน รายได้และทรัพย์สินของสำนักงานฯ ให้ชัดเจน กล่าวคือ ประกอบ

ไปด้วยเงินที่รัฐบาลจ่ายให้เป็นทุนประเดิม เงินอุดหนุนทั่วไปที่รัฐบาลจัดสรรให้ เงินรายได้ซึ่งมีกฎหมายแบ่งหรือจัดสรรให้ เงินอุดหนุนจากแหล่งต่างๆ ค่าธรรมเนียม ค่าบำรุง ค่าตอบแทน ฯลฯ ซึ่งจะสอดคล้องกับที่กำหนดไว้ในพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542

นอกจากนี้ ได้เพิ่มบทบัญญัติเกี่ยวกับการจัดการรายได้หรือทรัพย์สินของสำนักงานฯ ที่ควรจะต้องบัญญัติไว้ให้เป็นที่ชัดเจนแก่การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ (ร่างเดิมไม่มีบทบัญญัติเหล่านี้) เช่น รายได้ของสำนักงานฯ ไม่เป็นรายได้ที่ต้องนำส่งกระทรวงการคลัง การจัดการอสังหาริมทรัพย์ของสำนักงานฯ การใช้จ่าย การเก็บรักษาและเบิกจ่ายเงินของสำนักงานฯ เป็นต้น

4.การบริหารและการดำเนินการ

ได้กำหนดให้คณะกรรมการบริหารกิจการสำนักงานฯ ต้องจัดทำ “แผนการดำเนินงานประจำปี” เพื่อให้ทราบถึงสัดส่วนของการใช้เงินในกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการบริหารสำนักงานฯ โดยในแผนดังกล่าวจะต้องกล่าวถึงสัดส่วนงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมในด้านต่างๆ โดยชัดเจน เช่น ด้านการวิจัย ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านการสนับสนุนองค์การการกีฬาและศิลปวัฒนธรรม ส่วนค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการของสำนักงานฯ ได้กำหนดให้จัดสรรได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของงบประมาณรายจ่ายประจำปี เนื่องจากสำนักงานฯ เป็นเพียงหน่วยงานสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรอื่นเพื่อดำเนินการ จึงควรจำกัดค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการเพื่อให้มีการนำเงินรายได้ส่วนใหญ่มุ่งไปดำเนินการสนับสนุนกิจกรรมตามที่วางแผนไว้

นอกจากนี้ ได้เพิ่มเติมบทบัญญัติในเรื่องการมีส่วนได้เสีย ซึ่งนอกจากประธานกรรมการและกรรมการของสำนักงานฯ จะต้องไม่มีส่วนได้เสียในกิจการที่กระทำกับสำนักงานฯ แล้ว จะต้องไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในกิจการที่ขัดหรือแย้งกับวัตถุประสงค์ของสำนักงานฯ อีกด้วย เว้นแต่เป็นผู้ดำเนินกิจการอันเป็นสาธารณประโยชน์ และมีได้แสวงหากำไร ทั้งนี้ เพื่อมิให้ผู้ผลิตหรือนำเข้าสุราหรือยาสูบ ซึ่งแม้ว่าจะไม่มีส่วนได้เสียกับกิจการที่กระทำกับสำนักงานฯ ก็ไม่อาจเป็นประธานกรรมการหรือกรรมการได้ เพราะกระทำการ (ผลิตหรือนำเข้าสุราหรือยาสูบ) อันเป็นการขัดหรือแย้งกับวัตถุประสงค์ของสำนักงานฯ (รณรงค์ให้ลดบริโภคสุราหรือยาสูบและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ)

ในกรณีที่ประธานกรรมการและกรรมการเป็นผู้มีส่วนได้เสียไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อมในเรื่องที่คณะกรรมการพิจารณานั้น ได้เพิ่มบทบัญญัติให้มีการเปิดเผยส่วนได้เสียด้วยว่าผู้นั้นจะ

ต้องแจ้งให้ที่ประชุมทราบ และให้ที่ประชุมพิจารณาว่าจะสมควรให้อยู่ในที่ประชุมหรือมีมติในการประชุมเรื่องนั้นได้หรือไม่ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

5. การประเมินผลการปฏิบัติงาน

คณะกรรมการกฤษฎีกาได้เปลี่ยนหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการดำเนินงานเสียใหม่ จากเดิมที่เสนอมาในรูปของการมีคณะกรรมการประเมินผลอีกคณะหนึ่งทำหน้าที่ประเมินผลด้านนโยบายและกิจการและการดำเนินงานของสำนักงานฯ ได้เปลี่ยนเป็นการประเมินผลโดยมิได้ให้กระทำในลักษณะที่เป็นคณะกรรมการถาวร แต่ให้มีการคัดเลือกสถาบันหรือองค์กรประเมินผลตามวิธีการที่คณะกรรมการบริหารกำหนด เพราะเห็นว่าการประเมินผลปฏิบัติงานต้องอาศัยความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน นอกจากนี้ยังได้กำหนดรายละเอียดของการประเมินผลที่จะต้องแสดงข้อเท็จจริงให้ปรากฏในด้านต่างๆ เช่น ด้านประสิทธิผล ด้านประสิทธิภาพ และด้านการพัฒนาองค์กร

6. ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงาน

กำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานฯ มี 3 ประเภท คือ 1) เจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง ซึ่งได้รับเงินเดือนหรือค่าจ้างจากเงินงบประมาณ 2) ที่ปรึกษาหรือผู้เชี่ยวชาญ และ 3) เจ้าหน้าที่ของรัฐที่สำนักงานฯ อาจขอยืมตัวมาปฏิบัติงานตามบทบัญญัติของกฎหมายว่าด้วยองค์การมหาชน นอกจากนี้ได้กำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของเจ้าหน้าที่และการพ้นจากตำแหน่งให้เป็นที่ชัดเจน

7. บทเฉพาะกาล

ตามข้อเสนอเดิมได้กำหนดว่า ในวาระเริ่มแรกให้รัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อสรรหากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นมา และให้ประธานกรรมการที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นครั้งแรกปฏิบัติหน้าที่ผู้จัดการไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการแต่งตั้งผู้จัดการให้แล้วเสร็จภายใน 180 วัน หลังจากได้มีการพิจารณาหารือกันแล้ว ทุกฝ่ายเห็นพ้องกันว่า ในวาระเริ่มแรกควรกำหนดให้มีการสรรหาประธานกรรมการและกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของคณะกรรมการบริหารกิจการสำนักงานฯ โดยมีคณะกรรมการสรรหาคณะหนึ่ง ซึ่งประกอบด้วย นายกรัฐมนตรีหรือรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีที่ได้รับมอบหมายเป็นประธาน และมีปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ซึ่งเป็นกรรมการโดยตำแหน่งในคณะกรรมการบริหารอยู่แล้ว) ร่วมเป็นกรรมการสรรหาเป็นผู้เสนอชื่อต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ นอกจากนี้ ในระยะเริ่มแรกซึ่งยังไม่มีสำนักงานฯ ได้ให้สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีปฏิบัติหน้าที่งานธุรการไปพลางก่อน จนกว่าการจัดตั้งสำนักงานฯ ดังกล่าวจะแล้วเสร็จ

6.2.2 ร่างพระราชบัญญัติ

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา โดยคณะกรรมการกฤษฎีกา (คณะที่ 1) ซึ่งมีนายปลั่ง มีจุล เป็นประธาน ได้ตรวจพิจารณาร่างพระราชบัญญัตินี้ดังกล่าวเสร็จแล้ว ได้แก้ไขเพิ่มเติมในสาระสำคัญ ดังต่อไปนี้

1.ชื่อร่างพระราช บัญญัติ

แก้ไขชื่อร่างพระราชบัญญัติจาก “ร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้ลด บริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.” เป็น “ร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการ สร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.”

2.วัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ของสำนักงานฯ

ปรับปรุงบทบัญญัติเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และอำนาจหน้าที่ของกองทุนให้ครอบคลุม การดำเนินการของกองทุน ซึ่งจะดำเนินงานส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งสร้าง ความตระหนักเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงจากการบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ สนับสนุนการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ หรือสารหรือสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ทำการศึกษาวิจัย หรือสนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัย ฝึกอบรม หรือดำเนินการเกี่ยวกับการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

3.ทุน รายได้ และทรัพย์สิน

แก้ไขที่มาของเงินและทรัพย์สินของกองทุนให้เป็นที่ชัดเจน กล่าวคือ กองทุน ประกอบไปด้วย เงินบำรุงกองทุนที่จัดเก็บจากผู้มีหน้าที่เสียภาษีตามกฎหมายว่าด้วยสุราและกฎหมายว่า ด้วยยาสูบ เงินอุดหนุนจากรัฐบาล เงินอุดหนุนจากภาคเอกชนหรือองค์กรอื่น ค่าธรรมเนียม ค่าบำรุง ค่า ตอบแทน ค่าบริการ หรือรายได้จากการดำเนินการ และเงินและทรัพย์สินที่ได้รับและโอนมา

เพิ่มบทบัญญัติเกี่ยวกับการจัดเก็บเงินบำรุงกองทุน โดยกำหนดให้กรมสรรพสามิต และกรมศุลกากร จัดเก็บและส่งเป็นรายได้ของกองทุน และให้ผู้มีหน้าที่เสียภาษีตามกฎหมายว่าด้วย สุราและกฎหมายว่าด้วยยาสูบ มีหน้าที่ส่งเงินบำรุงกองทุนตามอัตราที่กำหนดพร้อมกับการชำระภาษี ตามระเบียบที่กระทรวงการคลังกำหนด

4.การบริหารและการดำเนินการ

กำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้จัดการกองทุนให้เป็นที่ชัดเจน และได้ กำหนดอำนาจหน้าที่ของผู้จัดการกองทุนรวมทั้งเพิ่มให้แต่งตั้งเจ้าหน้าที่เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

เพิ่มบทบาทในเรื่องการมีส่วนได้เสีย ซึ่งนอกจากประธานกรรมการและกรรมการของกองทุน ผู้จัดการ เจ้าหน้าที่หรือลูกจ้าง จะต้องไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในกิจการที่กระทำกับกองทุนแล้วจะต้องไม่เป็นผู้มีส่วนได้เสียในกิจการที่ขัดหรือแย้งกับวัตถุประสงค์ของกองทุนอีกด้วย เว้นแต่เป็นผู้ดำเนินกิจการอันเป็นสาธารณประโยชน์และมีได้แสวงหากำไร

5.การประเมินผลการปฏิบัติงาน

ปรับปรุงองค์ประกอบของคณะกรรมการประเมินผลเสียใหม่ โดยการตัดกรรมการประจำตำแหน่งตามร่างเดิม ซึ่งเป็นระดับอธิบดีหรือผู้แทนออก และกำหนดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เป็นกรรมการ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง เป็นประธานกรรมการ และมีผู้จัดการกองทุนเป็นเลขานุการเท่านั้น โดยไม่เป็นกรรมการจึงไม่มีสิทธิออกเสียง

ตารางเปรียบเทียบองค์ประกอบคณะกรรมการประเมินผล ตามร่างเดิมและที่แก้ไขใหม่

ร่างเดิม	ร่างที่คณะกรรมการกฤษฎีกาแก้ไข
ให้มีคณะกรรมการประเมินผลประกอบด้วย (1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง เป็นประธานกรรมการ (2) รองประธานกรรมการแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์สูงด้านสร้างเสริมสุขภาพ (3) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณหรือผู้แทน ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลังหรือผู้แทน อธิบดีกรมสรรพสามิตหรือผู้แทน อธิบดีกรมการแพทย์หรือผู้แทน อธิบดีกรมสุขภาพจิตหรือผู้แทน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยหรือผู้แทน	ให้มีคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน ประกอบด้วย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง เป็นประธานกรรมการ และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งคณะรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้ซึ่งมีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการประเมินผล ซึ่งในจำนวนนี้จะต้องเป็นผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการประเมินผล จำนวนไม่น้อยกว่า 2 คน และให้ผู้จัดการกองทุนเป็นเลขานุการ

ร่างเดิม	ร่างที่คณะกรรมการกฤษฎีกาแก้ไข
(4) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน โดยในจำนวนนี้ต้องแต่งตั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิสาขาการส่งเสริมสุขภาพและสาขาการประเมินผลอย่างน้อยสาขาละ 1 คน (5) ผู้จัดการเป็นเลขานุการ	

6. บทกำหนดโทษ

แก้ไขเพิ่มเติมบทกำหนดโทษ โดยได้แก้ไขอัตราโทษจำคุกใหม่อัตราโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี สำหรับโทษปรับได้กำหนดให้ปรับตั้งแต่ 5 เท่าถึง 20 เท่า ของเงินบำรุงกองทุนที่จะต้องนำส่ง ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับอัตราโทษในกรณีทำนองเดียวกันตามพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2527 นอกจากนี้ ได้เพิ่มบทกำหนดโทษในกรณีที่ผู้กระทำความผิดเป็นนิติบุคคล และกำหนดให้มีคณะกรรมการเปรียบเทียบคดีเพื่อให้มีอำนาจเปรียบเทียบและปล่อยชั่วคราว ผู้ต้องหาระหว่างรอการเปรียบเทียบหรือรอการชำระเงินค่าปรับ โดยมีประกันหรือมีประกันและหลักประกัน

7. บทเฉพาะกาล

กำหนดให้มีการโอนบรรดากิจการ ทรัพย์สิน สิทธิ หนี้สิน เงินงบประมาณ รายได้ และผู้ปฏิบัติงานของสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ไปเป็นของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามพระราชบัญญัตินี้ และให้ผู้จัดการสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ซึ่งดำรงตำแหน่งอยู่ในวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ปฏิบัติหน้าที่ในฐานะผู้จัดการกองทุนตามพระราชบัญญัตินี้ไปพลางก่อน จนกว่าจะมีการแต่งตั้งผู้จัดการกองทุนตามพระราชบัญญัตินี้ ซึ่งต้องไม่เกิน 120 วัน นับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ

6.3 ผลการดำเนินการตามขั้นตอนเพื่อให้กฎหมายมีผลบังคับใช้

6.3.1 ร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.

1. ในการดำเนินการเพื่อให้กฎหมายจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีผลบังคับใช้หลังจากที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาได้ส่งเรื่องให้สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรีเมื่อเดือนพฤษภาคม 2543 เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป ซึ่งต่อมาสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้นำ

ร่างพระราชกฤษฎีกาฯ ดังกล่าวขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายเพื่อทรงลงพระปรมาภิไธย และลงพระนามในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกาเล่ม 117 ตอนที่ 63 ก. วันที่ 30 มิถุนายน 2543 พระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2543 จึงมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2543 เป็นต้นไป

2. เมื่อกฎหมายมีผลบังคับใช้แล้วคณะกรรมการสรรหา ซึ่งประกอบด้วย

- | | |
|------------------------------------|---------------|
| (1) รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี | ประธานกรรมการ |
| (คุณหญิงสุพัตรา มาศดิตถ์) | |
| (2) ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี | กรรมการ |
| (3) ปลัดกระทรวงการคลัง | กรรมการ |
| (4) ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ | กรรมการ |
| (5) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |

คณะกรรมการสรรหา ได้จัดประชุมหารือและได้เสนอชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาในคราวการประชุมในเดือนกรกฎาคม 2543 แต่งตั้งประธานกรรมการและกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิของคณะกรรมการบริหารกิจการ สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

- | | |
|---|----------------------|
| (1) ศาสตราจารย์นายแพทย์อรรถสิทธิ์ เวชชาชีวะ | ประธานกรรมการ |
| ข้าราชการบำนาญ | |
| (2) นายสำลี เปลียนบางช้าง | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ |
| ข้าราชการบำนาญ | |
| (3) รองศาสตราจารย์พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ |
| ศาสตราจารย์ภาควิชาระบาดวิทยา | |
| คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | |
| (4) นางมัทนา เหลืองนาคทองดี | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ |
| ผู้อำนวยการสำนักงานประชาสัมพันธ์ | |
| บริษัท ปูนซิเมนต์ไทย จำกัด (มหาชน) | |
| (5) นายวัฒนา รัตนวิจิตร | กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ |
| กรรมการบริษัท กรุงเทพมหานคร จำกัด | |

(6) นางเรณู รื่นกลิ่น
รองอธิบดีกรมสรรพสามิต

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ

สำหรับผู้จัดการกองทุน ตามกฎหมายกำหนดให้พิจารณาแต่งตั้งภายใน 180 วันนับแต่วันที่พระราชกฤษฎีกาฯ ใช้บังคับ คือ ต้องแต่งตั้งผู้จัดการภายในวันที่ 27 ธันวาคม 2543 ต่อไป ทั้งนี้ ในขณะที่ยังไม่มีผู้จัดการ รองศาสตราจารย์พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ผู้จัดการไปพลางก่อน และต่อมาเดือนธันวาคม 2543 ได้มีการแต่งตั้งให้ น.ส.สุกกร บัวสาย รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไปดำรงตำแหน่งเป็นผู้จัดการสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

6.3.2 ร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ได้ส่งร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ที่ได้แก้ไขใหม่ ส่งให้สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีพิจารณาดำเนินการต่อไปเมื่อเดือนกันยายน 2543 โดยสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีได้ส่งร่างกฎหมายให้รัฐสภาพิจารณาดำเนินการต่อไป และการประชุมสภาผู้แทนราษฎรชุดที่ 20 ปีที่ 4 ครั้งที่ 29 (สมัยสามัญนิติบัญญัติ) วันที่ 4 ตุลาคม 2543 ลงมติรับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ที่คณะรัฐมนตรีเป็นผู้เสนอ และร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ... ที่นายฉัตรวุฒิ ประเสริฐสุวรรณ และนายทศพร เสรีรักษ์ เป็นผู้เสนอ และตั้งกรรมาธิการวิสามัญขึ้นคณะหนึ่งเพื่อพิจารณา คณะกรรมาธิการวิสามัญคณะนี้ประกอบด้วย

(1) นายพิสิฐ ลี้อาธรรม	ประธานคณะกรรมาธิการ
(2) นางนิภา พริ้งสุทธกะ	รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่ 1
(3) ศาสตราจารย์ประกิจ วาทีสาททกิจ	รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่ 2
(4) นายสืบแสง พรหมบุญ	กรรมาธิการ
(5) นายสาคร พรหมภักดี	กรรมาธิการ
(6) นางคมคาย พลบุตร	กรรมาธิการ
(7) นายฉัตรวุฒิ ประเสริฐสุวรรณ	กรรมาธิการ
(8) นายทศพร เสรีรักษ์	กรรมาธิการ
(9)) นายสมชาย อิมอุคมศักดิ์	กรรมาธิการ
(10) นางสาวศิลัมภา เลิศนุวัฒน์	กรรมาธิการ

(11)) นายประสาธ ตันประเสริฐ	กรรมการ
(12)นางสิริวัน ร่มจักรทอง	กรรมการ
(13)นายพูนผล อัสวเหม	กรรมการ
(14)นายวรรณรัตน์ ชาญนุกูล	กรรมการ
(15) นายสุกกร บัวสาย	กรรมการ
(16)นางวราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์	กรรมการ
(17)รองศาสตราจารย์ทัศนา บุญทอง	กรรมการ
(18)นายสถิตย์ ถัมพศักดิ์	กรรมการ
(19) นายพาเกียรติ สมานบุตร	เลขานุการคณะกรรมการ
(20)นายอัษฎพร จารุจินดา	ผู้ช่วยเลขานุการคณะกรรมการ
(20))นายบุญชัย สมุทรักษ์	โฆษกคณะกรรมการ

คณะกรรมการพิจารณาเสร็จแล้วได้ปรับปรุงแก้ไขให้กองทุนนี้สามารถจัดเก็บเงินเข้ากองทุนได้ในอัตราร้อยละ 2 โดยตัดอำนาจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังที่ตามร่างเดิมสามารถลดอัตราเงินเรียกเก็บเข้าบำรุงกองทุนลงได้ออกไป ด้วยพิจารณาเห็นว่าเงินที่เรียกเก็บเข้ากองทุนได้ในอัตราร้อยละ 2 เป็นจำนวนประมาณ 1,400 ล้านบาท มีความเหมาะสมแล้ว และหากมีการลดอัตราเงินบำรุงกองทุนอยู่ในอัตราต่ำก็จะมีผลทำให้กองทุนนี้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ นอกจากนี้ได้แก้ไของค์ประกอบของคณะกรรมการบริหารโดยกำหนดให้กรรมการโดยตำแหน่งมาจากผู้แทนของหน่วยงานแทนหัวหน้าหน่วยงานเพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการบริหารงาน และเพิ่มผู้แทนจากทบวงมหาวิทยาลัย และแก้ไของค์ประกอบของคณะกรรมการประเมินผลใหม่โดยกำหนดให้มีคณะกรรมการประเมินผล ประกอบด้วยประธานกรรมการ 1 คน และกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ซึ่งคณะรัฐมนตรีโดยการเสนอแนะของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังแต่งตั้งจากผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการเงิน การสร้างเสริมสุขภาพ และประเมินผลโดยจะต้องเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการประเมินผลจำนวนไม่น้อยกว่า 2 คน แทน

คณะกรรมการได้นำเสนอร่างพระราชบัญญัติที่แก้ไขใหม่ให้สภาผู้แทนราษฎร ชุดที่ 20 ปีที่ 4 ครั้งที่ 32 (สมัยสามัญนิติบัญญัติ) พิจารณาวาระที่ 2 และวาระที่ 3 ในวันที่ 12 ตุลาคม 2543 ที่ประชุมพิจารณาแล้วลงมติเห็นชอบและส่งเรื่องให้วุฒิสภาพิจารณาต่อไป

คณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภาได้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติฯ เมื่อวันที่

17 ตุลาคม 2543 และได้บรรจุเป็นวาระเพื่อพิจารณาของวุฒิสภา วันที่ 20 ตุลาคม 2543 แต่เนื่องจากการประชุมวุฒิสภาวันดังกล่าวมีเรื่องที่จะต้องพิจารณาเป็นจำนวนมาก และได้ปิดสมัยประชุมวุฒิสภาในวันดังกล่าว วุฒิสภาจึงยังไม่ได้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.

... การดำเนินตามขั้นตอนต่อไปคือ เมื่อมีการจัดตั้งรัฐบาลชุดใหม่ตามรัฐธรรมนูญแล้ว กระทรวงการคลังจะได้เสนอเรื่องให้รัฐบาลชุดใหม่พิจารณาส่งร่างพระราชบัญญัติฯ ให้วุฒิสภาพิจารณา เพื่อให้กฎหมายมีผลใช้บังคับต่อไป

บทที่ 7

บทวิเคราะห์

7.1 สรุปเหตุการณ์สำคัญ

กระบวนการและขั้นตอนการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มีความเป็นมาเริ่มต้นมาตั้งแต่ พ.ศ. 2539 จนถึงปัจจุบัน ใช้ระยะเวลา 5 ปี มีเหตุการณ์สำคัญ สรุปได้ดังนี้

7.1.1 การดำเนินการเมื่อพ.ศ. 2539

เดือนกุมภาพันธ์ 2539

กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ได้ประสานความร่วมมือกับองค์กร นักวิชาการที่มีประสบการณ์และความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ทั้งในและต่างประเทศ ทบทวนองค์ความรู้ หาแนวทางเชื่อมโยงการวิจัยและการสร้างความรู้เข้ากับกระบวนการตัดสินใจ เพื่อพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีนายแพทย์สุภกร บัวสาย รองผู้อำนวยการ สวรส. เป็นผู้รับผิดชอบ

การประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ครั้งที่ 1 Ms.Rhonda Galbally (CEO ของ Vic Health) ได้นำเสนอกรณีตัวอย่างประเทศออสเตรเลีย

รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายธวัชวงศ์ ณ เชียงใหม่) มอบหมายให้ สวรส.หาข้อมูลเพิ่มเติมและพัฒนาข้อเสนอนโยบาย

กระทรวงการคลังสมัยที่มีนายสุรเกียรติ์ เสถียรไทย เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง มอบหมายให้สำนักงานเศรษฐกิจการคลังดำเนินการจัดสัมมนาระดมสมองเพื่อจัดทำแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2539 โดยมี ฯพณฯ พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ องคมนตรีและรัฐบุรุษเป็นประธานในพิธี

เดือนเมษายน 2539

คณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาค (กนภ.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรี (นายบรรหาร ศิลปอาชา) เป็นประธาน มีมติเห็นชอบแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2539

กระทรวงการคลังได้ประกาศใช้แผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม เพื่อกำหนดแนวทางและมาตรการในการพัฒนาชุมชน โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับชุมชนและองค์กรชุมชน มี 23 มาตรการ เป็นมาตรการทางการเงิน 12 มาตรการ และมาตรการทางการคลัง 11 มาตรการ โดยในส่วนของมาตรการทางการคลังเกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขมี 2 มาตรการ คือ

- มาตรการสนับสนุนการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข
- มาตรการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมและประกันสุขภาพ

สวรส. จัดระดมทุนสำรองเพื่อระดมความคิดเห็นทั้งจากภาครัฐและเอกชน เพื่อพิจารณาแนวทางการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย และได้ตั้งคณะทำงานขึ้นมาพิจารณากร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. โดยเทียบเคียงกับกฎหมายที่มีอยู่ในขณะนั้น

เดือนพฤษภาคม 2539

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับ สวรส. จัดประชุม “วิสัยทัศน์การส่งเสริมสุขภาพ” ศ.นพ.ประเวศ วะสี ได้ชี้ถึงจุดสำคัญที่ควรปรับปรุง คือ จัดระบบการประสานพลังและจิตใจ

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง (นายสุรเกียรติ์ เสถียรไทย) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม มีปลัดกระทรวงการคลัง (มรว. จตุมณฑล โสณกุล) เป็นประธาน เพื่อประสานให้มาตรการต่างๆ ตามแผนแม่บทฯ เกิดขึ้นและปรากฏผลตามที่กำหนดไว้ตามมติ กนภ.

เดือนกรกฎาคม 2539

กระทรวงการคลัง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข และกองทุนส่งเสริมและประกันสุขภาพ มีนพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน และศ.นพ.ประกิจ วาทีสาธกกิจ เป็นรองประธานคณะทำงานฯ (โดยศ.นพ.ประกิจฯ ได้รับมอบหมายให้พัฒนาโครงการจัดตั้งสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ)

เดือนสิงหาคม 2539

องค์การอนามัยโลกสนับสนุนให้นักวิชาการด้านเศรษฐศาสตร์และสื่อมวลชน (3 คน) ไปศึกษาเกี่ยวกับสถาบันส่งเสริมสุขภาพ กรณี VicHealth ประเทศออสเตรเลีย
 สวรส. ร่วมกันสถาบันกฎหมายอาญา สำนักอัยการสูงสุด เริ่มโครงการวิจัย
 ทบทวนการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพในประเทศ (โดยทุนขององค์การอนามัยโลก)

เดือนพฤศจิกายน 2539

คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ เห็นชอบหลักการของการจัดตั้ง
 สถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพตามที่คณะทำงาน ซึ่งมี นพ.สงวนฯ เป็นประธาน และ
 มอบหมายให้สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง และกรมบัญชีกลางและสำนักงบประมาณพิจารณาศึกษา
 ในรายละเอียดเกี่ยวกับแหล่งเงินทุน

เดือนธันวาคม 2539

คณะผู้แทนไทยจำนวน 9 คน (กระทรวงการคลัง สำนักงบประมาณ กระทรวง
 สาธารณสุข และทบวงมหาวิทยาลัย) เดินทางไปดูงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ณ Health Sponsorship
 Council ประเทศนิวซีแลนด์ และ VicHealth รัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย

7.1.2 การดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2540

เดือนมีนาคม 2540

คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ (คราวประชุมครั้งที่ 2/2540) มีมติ

- เห็นชอบผลการศึกษาเรื่องผลประโยชน์คุ้มค่าต่อการลงทุน (Benefit Cost Justification) ของสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ
- เห็นว่าการพิจารณาให้ความเห็นชอบว่าแหล่งรายได้ของสถาบันควรจะมาจากภาษี
 สรรพสามิต (Earmark Tax) หรือไม่นั้นขอให้เป็นการพิจารณาของ กนภ. และหรือคณะรัฐมนตรี
- มอบหมายให้คณะทำงานฯ จัดทำรายละเอียดแผนงานและแผนงบประมาณเพิ่มเติม
 ก่อนนำเสนอ กนภ. ต่อไป

เดือนเมษายน 2540

องค์การอนามัยโลก (WHO) เชิญผู้แทนประเทศออสเตรเลียและผู้แทนประเทศไทย (สวรส.) เตรียมการประชุมปฏิบัติการเรื่อง Health Promotion Foundation เพื่อเผยแพร่การส่งเสริมสุขภาพแก่ประเทศสมาชิกของ WHO

เดือนพฤษภาคม 2540

สวรส. ร่วมกับนักวิชาการกรมอนามัยยกร่างแผนงานและแผนงบประมาณระยะต้นของสถาบันฯ เพื่อประกอบการพิจารณาของคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ

เดือนสิงหาคม 2540

คณะกรรมการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีมติให้ สวรส. ประสานงานเพื่อพัฒนานโยบายนี้เป็นผลสำเร็จ

เดือนพฤศจิกายน 2540

WHO/GENEVA ร่วมกับ สวรส. จัด Regional Workshop on Organization and Funding Infrastructure for Health Promotion (Southeast Asia & Australia) ณ กรุงเทพฯ โดยมีผู้แทนจาก 10 ประเทศเข้าร่วมประชุม

7.1.3 การดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2541

เดือนเมษายน 2541

คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทฯ มีมติ

- เห็นชอบให้คณะทำงานฯ พิจารณาจัดตั้งองค์กร โดยตราเป็นพระราชกฤษฎีกา จัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. แทนการออกเป็นพระราชบัญญัติ
- เห็นชอบให้จัดตั้งคณะทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพขึ้นใหม่อีก 1 คณะ เป็นคณะทำงานชุดที่ 2 แยกออกจากคณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขและกองทุนเพื่อส่งเสริมและประกันสุขภาพ และเพื่อให้การดำเนินงานของทั้ง 2 มาตรการตามแผนแม่บทฯ มีความชัดเจนและรวดเร็วขึ้น โดยมอบหมายให้ ศ.นพ.ประกิจ วาทิศกรกิจ ดูแลในข้อ

เสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. และนพ.สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
ดูแลในเรื่องข้อเสนอมาตรการจัดตั้งกองทุนประกันสุขภาพเพื่อสังคม

เดือนพฤษภาคม 2541

สวรส. โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก จัดประชุมวิชาการสถาบันฯ
ครั้งที่ 2 ในหัวข้อ “ส่งเสริมสุขภาพ : บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคนเพื่อระดมสมองและประมวล
องค์ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ” การประชุมประกอบด้วย 6 หัวข้อหลักคือ

- แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่
- สภาพปัญหาสุขภาพของคนไทย
- บทบาทของภาคีเพื่อสุขภาพ
- การขยายแนวร่วม สร้างพันธมิตรและพลังทางสังคม
- การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
- การปรับระบบบริการสาธารณสุขเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ซึ่งผลการประชุมในเรื่องดังกล่าว ได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ประธานคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนฯ แต่งตั้งคณะทำงานชุดที่ 2 ชื่อ
คณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ โดยมี
ศ.นพ.ประกิจ วาทิสาธกกิจ เป็นประธาน เพื่อดำเนินการจัดตั้งกองทุนฯ ให้สอดคล้องกับเจตนารมย์ของแผนแม่บทฯ

เดือนกรกฎาคม 2541

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ 15 กันยายน 2541 เห็นชอบนโยบายการบริหารงาน
สุราหลังปี 2542 และมีมติว่าการเปิดเสรีการผลิตและการจำหน่ายสุราเป็นการให้เสรีทางด้านธุรกิจ
การค้า ซึ่งเมื่อมีเสรีก็จะต้องมีการแข่งขันกันมาก และผู้ประกอบการจะกำหนดวิธีการเพื่อจูงใจให้
ประชาชนได้บริโภคสุรามากขึ้น มีผลกระทบในด้านสังคม ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะได้
ควบคุมดูแลเรื่องนี้โดยใกล้ชิด และเนื่องจากการบริโภคสุราจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ
และอาชญากรรมต่างๆ ซึ่งเป็นภัยต่อสังคมและนำมาซึ่งการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน จึงมอบให้
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหารือร่วมกันในการรณรงค์เพื่อให้ประชาชนบริโภคสุราน้อยลง และในการ

รณรงค์ดังกล่าวอาจขอรับการสนับสนุนทางการเงินจากโรงงานสุราต่างๆ เช่นเดียวกับที่หลายประเทศดำเนินการ

7.1.4 การดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2542

เดือนมิถุนายน 2542

ประธานคณะทำงานฯ (ศ.นพ.ประกิจ วาทิสาธกิจ) ได้นำเสนอโครงการจัดตั้งสำนักงานกองทุนเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (เปลี่ยนจากการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้มีความหมายกว้างและครอบคลุมกว่า) พร้อมทั้งร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานกองทุน ซึ่งออกโดยอาศัยอำนาจตามความในมาตราพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 เสนอกระทรวงการคลังเพื่อพิจารณาดำเนินการตามขั้นตอนต่อไป พร้อมกันนี้ได้เสนอเรื่องดังกล่าวให้คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการซึ่งมีหน้าที่ดูแลการจัดตั้งองค์การมหาชนพิจารณาอีกทางหนึ่ง

กระทรวงการคลัง โดยกรมสรรพสามิตได้เสนอร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคนสุรา ยาสูบ พ.ศ. ถึงสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี เพื่อนำเสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาให้ความเห็นชอบ

เลขาธิการคณะรัฐมนตรี ได้ส่งเรื่องร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคนสุราและยาสูบ พ.ศ. ...ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ พิจารณาให้ความเห็นเพื่อประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี

เดือนกรกฎาคม 2542

คณะอนุกรรมการพิจารณาการจัดตั้งและพัฒนาองค์การมหาชน รับทราบเรื่องโครงการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในคราวการประชุมเมื่อเดือนกรกฎาคม 2542

เดือนสิงหาคม 2542

ประธานคณะทำงานฯ ได้มีหนังสือ ถึงกระทรวงการคลังเสนอขอให้มีการ

ประสานโครงการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกองทุนเพื่อการรณรงค์หิ่งค
บริโภคสุรายาสูบ ทั้ง 2 โครงการ ซึ่งมีหลักการและวัตถุประสงค์เดียวกันเข้าด้วยกัน เพื่อให้สามารถ
จัดตั้งหน่วยงานดำเนินกิจกรรม ลักษณะการป้องกันมิให้เกิดการเจ็บป่วยซึ่งจะสามารถช่วยรัฐ
ประหยัดงบประมาณที่ใช้ในการรักษาพยาบาล ลดการใช้เงินงบประมาณจำนวนสูงมากลง

ศ.นพ.ประกิจฯ และนพ.วิพุธ พูลเจริญ ผู้อำนวยการ สวรส. ได้ขอเข้าพบรัฐมนตรี
ช่วยว่าการกระทรวงการคลัง (นายพิสิฐ ลี้อาธรรม) เพื่อขอให้มีการประสานเรื่องทั้ง 2 โครงการเข้า
ด้วยกัน ซึ่งรัฐมนตรีช่วยพิสิฐฯ ได้เห็นชอบด้วยกับข้อเสนอและมอบหมายให้มาหารือร่วมกับกรม
สรรพสามิตและสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง เสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณา ต่อไป

คณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ ได้มีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาร่าง
พระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์หิ่งคบริโภคสุรา ยาสูบ พ.ศ. ตามที่กระทรวงการคลัง
โดยกรมสรรพสามิตเสนอว่ากองทุนไม่ควรมีฐานะเป็นนิติบุคคล และหากไม่มีความจำเป็นเร่งด่วน
ก็ให้ชะลอการจัดตั้งกองทุนไว้ก่อน

กระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งผลการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการ
รณรงค์หิ่งคบริโภคสุรา ยาสูบ พ.ศ. ว่าเห็นชอบในหลักการของร่างพระราชบัญญัติฯ โดยมีข้อ
สังเกต เช่น สำนักงานกองทุนฯ ขอให้ตั้งอยู่ ณ กระทรวงสาธารณสุข หรือควรปรับปรุงองค์
ประกอบของคณะกรรมการกองทุน โดยให้รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธาน อธิบดี
กรมการแพทย์ เป็นกรรมการและเลขานุการ หรือให้ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขร่วมเป็น
ผู้รักษาการ และไม่เห็นด้วยกับแนวคิดของกระทรวงที่จะให้มีการลดอัตราภาษีสุราและยาสูบ
เป็นต้น

นพ.บุญชัย สมุทรรักษ์ ประจำสำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ซึ่งเป็นคณะ
ทำงานในคณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
(ชุดที่ 2) ได้นำเรื่องการจัดตั้งสำนักงานโดยรวมโครงการทั้ง 2 โครงการเข้าด้วยกัน เสนอรัฐมนตรี
ประจำสำนักนายกรัฐมนตรี (คุณหญิงสุพัตรา มาศดิตถ์) ให้ความเห็นชอบและเห็นว่าการรณรงค์
เพื่อสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงานจึงควรเสนอจัดตั้งสำนักงานดังกล่าวที่สำนัก
นายกรัฐมนตรี

เดือนกันยายน 2542

คณะกรรมการนโยบายสังคมแห่งชาติ ซึ่งมีฯ พลฯ นายกรัฐมนตรี (นายชวน หลีกภัย) เป็นประธาน ได้กำหนดนโยบายให้เรื่องการป้องกันโรคเป็นวาระแห่งชาติ และได้มอบหมายให้มีคณะทำงานประสานโครงการจัดตั้งกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดการบริโภคสุราและยาสูบ เข้ากับโครงการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

กระทรวงการคลัง เสนอคณะรัฐมนตรีพิจารณาร่างกฎหมายที่ได้มีการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว 2 ฉบับ ดังนี้

(1) ร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.

(2) ร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.

เดือนตุลาคม 2542

กระทรวงสาธารณสุข เสนอความเห็นเกี่ยวกับร่างกฎหมายจัดตั้งสำนักงานและกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบการพิจารณาของคณะรัฐมนตรีสรุปได้ ดังนี้

ความเห็นต่อร่างพระราชกฤษฎีกา

สมควรจัดตั้งสำนักงานฯ เป็นองค์กรมหาชนภายใต้กำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข หรือ

(2) ให้นำหน่วยงานเดิมที่มีอยู่แล้วดำเนินการไปก่อน

ความเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติ

(1) กระทรวงสาธารณสุขเห็นชอบในหลักการและวัตถุประสงค์ของร่างพระราชบัญญัติฯ

(2) กระทรวงสาธารณสุขควรมีบทบาทหลักในการกำกับดูแลการแต่งตั้งคณะกรรมการ และการบริหารจัดการกองทุน เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรง

(3) ให้สำนักงานกองทุนฯ ตั้งอยู่ ณ กระทรวงสาธารณสุข

(4) เห็นชอบในหลักการ การจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนจากผู้ผลิตและผู้นำเข้าสุราและยาสูบ ในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบ

7 คณะรัฐมนตรีพิจารณาในคราวการประชุม 19 ตุลาคม 2542 ลงมติดังนี้

1. อนุมัติหลักการ

(1) ร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์หิ่วงคบริโกศสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.

(2) ร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานเพื่อการรณรงค์หิ่วงคบริโกศสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.

ตามที่กระทรวงการคลังเสนอทั้ง 2 ฉบับ และมอบให้รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายกร ทัพพะรังสี) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังและรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี (คุณหญิงสุพัตรา มาศดิตถ์) ร่วมกันพิจารณาในรายละเอียด แล้วส่งให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจพิจารณา สำหรับร่าง

พระราชบัญญัติฯ ให้ส่งคณะกรรมการประสานงานสภาผู้แทนราษฎรพิจารณาต่อไป ส่วนร่างพระราชกฤษฎีกาฯ ให้เร่งนำขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายเพื่อลงประกาศใช้บังคับเป็นกฎหมายโดยเร็ว

2. อนุมัติให้สำนักงานงบประมาณพิจารณาจัดสรรงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไป เพื่อจัดตั้งและดำเนินกิจกรรมของสำนักงานที่จะจัดตั้งขึ้นตามร่างพระราชกฤษฎีกาฯ ตามความจำเป็นและกำลังงบประมาณจนกว่าจะได้รับเงินบำรุงกองทุนจากผู้ผลิตและผู้นำเข้าสุรา ยาสูบตามร่างพระราชบัญญัติ

เดือนพฤศจิกายน 2542

กระทรวงการคลังโดยสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง ได้เชิญผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่

- สำนักนายกรัฐมนตรี
- กระทรวงสาธารณสุข
- กระทรวงการคลัง กรมสรรพสามิต และสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง
- คณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริม

สุขภาพ

ร่วมประชุมหารือตามมติคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาข้อยุติในเรื่องดังกล่าว

เดือนธันวาคม 2542

รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) ได้สั่งการให้นำ ร่างกฎหมายจัดตั้งสำนักงานและกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เสนอคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการทราบอีกครั้งหนึ่ง

7.1.5 การดำเนินการเมื่อ พ.ศ. 2543

เดือนมกราคม 2543

กระทรวงการคลังได้ส่งร่างกฎหมายที่ได้มีการแก้ไขใหม่ตามความเห็นของหน่วยงานได้แก่
ร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้าง
เสริมสุขภาพ พ.ศ.

ร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานเพื่อการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ
และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ...

ส่งให้เลขาธิการคณะรัฐมนตรีพิจารณาส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาดำเนินการ
การต่อไปตามมติคณะรัฐมนตรี

สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ได้ส่งร่างกฎหมายทั้ง 2 ฉบับ ที่ได้มีการปรับปรุง
แก้ไขตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2542 แล้ว ไปให้สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
ตรวจพิจารณาต่อไป

เครือข่ายการสร้างเสริมสุขภาพได้จัดสัมมนา เรื่อง กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ :
มิติใหม่ของการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจและระดมความรู้เพื่อ
หาแนวทางในการพัฒนากองทุนฯ

เดือนกุมภาพันธ์ 2543

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (กรรมการกฤษฎีกา คณะที่ 6) เชิญผู้แทน
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมประชุมชี้แจงและพิจารณาแก้ไขร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานเพื่อ
การรณรงค์ให้ลดการบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. (ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อ
เป็นร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.

เดือนพฤษภาคม 2543

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ได้ส่งร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ที่แก้ไขใหม่เรียบร้อยแล้วส่งให้สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรีดำเนินการต่อไป

เดือนมิถุนายน 2543

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (กรรมการกฤษฎีกาคนที่ 1) เชิญผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประชุมชี้แจง และพิจารณาแก้ไขร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรายาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น ร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.

สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ได้นำร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายเพื่อทรงลงพระปรมาภิไธย และลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 117 ตอนที่ 63ก วันที่ 30 มิถุนายน 2543 กฎหมายมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2543 เป็นต้นไป

เดือนสิงหาคม 2543

สวรส. จัดประชุมวิชาการสถาบันฯ ครั้งที่ 3 เรื่อง ภูมิปัญญาประชามสุขภาพ ประชาธิปไตยเพื่อเสนอแนวทางยุทธศาสตร์ใหม่ และข้อมูลทางวิชาการสำหรับการสนับสนุนการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบเมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2543) และในการประชุมกลุ่มย่อยในเรื่อง กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ : ทำฝันให้เป็นจริง ได้มี ศ.นพ.ประกิต วาทีสาธกกิจ นายดำรง พุฒตาล สมาชิกวุฒิสภา และนายชัยยุทธ สุทธิธนากร ผู้แทนจากสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง ร่วมในการบรรยายเพื่อระดมสมอง และข้อคิดเห็นในการผลักดันการจัดตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ ต่อไป

เดือนกันยายน 2543

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา ได้ตรวจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติกองทุน

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. เสร็จเรียบร้อยแล้ว และส่งเรื่องให้สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีพิจารณาดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

เดือนตุลาคม 2543

สภาผู้แทนราษฎรลงมติรับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ที่คณะรัฐมนตรีเป็นผู้เสนอ และร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ... ที่นายฉัฐวุฒิประเสริฐสุวรรณ และนายทศพร เสรีรักษ์ เป็นผู้เสนอ และตั้งกรรมาธิการวิสามัญขึ้นคณะหนึ่งเพื่อพิจารณา

คณะกรรมการพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้กองทุนนี้สามารถจัดเก็บเงินเข้ากองทุนได้ในอัตราร้อยละ 2 โดยตัดอำนาจของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังที่ตามร่างเดิมสามารถลดอัตราเงินเรียกเก็บเข้าบำรุงกองทุนลงได้ออกไป ด้วยพิจารณาเห็นว่าเงินที่เรียกเก็บเข้ากองทุนได้ในอัตราร้อยละ 2 เป็นจำนวนประมาณ 1,400 ล้านบาท มีความเหมาะสมแล้ว และหากมีการลดอัตราเงินบำรุงกองทุนอยู่ในอัตราต่ำก็จะมีผลทำให้กองทุนนี้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

สภาผู้แทนราษฎรพิจารณาแล้วลงมติเห็นชอบและส่งเรื่องให้วุฒิสภาพิจารณาต่อไป

คณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภาได้พิจารณานำเสนอวุฒิสภาพิจารณาเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2543 แต่เนื่องจากการประชุมวุฒิสภาวันดังกล่าวมีเรื่องที่จะต้องพิจารณาเป็นจำนวนมาก และได้มีการปิดสัปดาห์ประชุมวุฒิสภาในวันดังกล่าว ร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ... จึงยังอยู่ระหว่างการพิจารณาของวุฒิสภา

7.2 การวิเคราะห์นโยบายสำคัญ

7.2.1 นโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ถึงแม้การส่งเสริมการรักษาสุขภาพจะเป็นสิ่งที่ประชาชนและรัฐบาลทั่วโลกพากันตระหนักถึงความสำคัญ แต่จากรายงานของธนาคารโลก (The World Bank) พบว่าประชาชนในประเทศกำลังพัฒนายังคงมีอัตราการตายจากปัญหาด้านสาธารณสุขอยู่สูงมาก อันเนื่องมาจาก

1. การจัดสรรเงินอย่างไม่ถูกต้อง โดยงบประมาณส่วนใหญ่ถูกใช้ไป

ในกิจกรรมทางสุขภาพ ที่มีค่าต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness) ต่ำ

2. ประชาชนผู้ยากไร้ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานได้เพียงพอ

3. ความคืบหน้าประสิทธิภาพในการใช้จ่ายเงินเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ อันเนื่องมาจากการที่เงินส่วนใหญ่ถูกใช้ไปกับการซื้อยาที่มีชื่อทางการค้าแทนที่จะเป็นยาสามัญซึ่งมีราคาถูกกว่า

4. ค่าใช้จ่ายบานปลาย เพราะอัตราการเพิ่มของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชนมีสูงกว่าอัตราการเพิ่มของรายได้

ซึ่งการใช้จ่ายด้านสุขภาพและการจัดสรรงบประมาณอย่างไม่ถูกต้องนั้น ก็ได้ทำให้เกิดการสูญเสียไปอย่างปราศจากประโยชน์ ซึ่งสาเหตุหลักส่วนหนึ่งเกิดมาจากความเชื่อของประชาชนที่ให้ความสำคัญในการบริการ ด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นปริมาณ คุณภาพและประสิทธิภาพของการซ่อมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การรักษาโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งเป็นปลายเหตุมากกว่าการป้องกันซึ่งเป็นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ

การจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ(ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2535 –2537

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์โดยได้มีการปรับเปลี่ยนการพัฒนาแบบเดิมๆให้อยู่บนพื้นฐานที่ว่ารัฐบาลจะต้องทำให้เกิดความสมดุลระหว่างการพัฒนาในเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และเชิงความเป็นธรรมในสังคมอย่างควบคู่กันไป โดยเปลี่ยนแนวคิดจากเดิมที่เน้นการพัฒนาเศรษฐกิจเป็นสำคัญ มามุ่งเน้นการรักษาระดับการเจริญเติบโตในระดับที่เหมาะสม ควบคู่กับการรักษาเสถียรภาพ การกระจายรายได้ที่เป็นธรรม ตลอดจนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และเปลี่ยนแนวคิดจากเดิมที่แยกเป็นส่วนๆ เป็นเรื่องๆตามรายสาขา มาเป็นการพัฒนาแบบองค์รวมหรือบูรณาการด้วยการพัฒนาปัจจัยต่างๆในลักษณะที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงมิติต่างๆ ของการพัฒนา กันอย่างเป็นระบบ ตลอดจนเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายในสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาประเทศมากยิ่งขึ้น

การที่ประเทศไทยมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่องในช่วงของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6-7 และการที่ระบบเศรษฐกิจโลกมีการเปลี่ยนแปลงสลับซับซ้อนและเชื่อมโยงกันมากขึ้น โลกมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างไร้พรมแดนในยุคโลกาภิวัตน์ ได้ส่งผลให้ประชาชนคนไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม วิธีการดำรงชีวิต การครองชีพ

รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงค่านิยม ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาอย่างมากมาย ได้แก่ ปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ ปัญหาทางด้านสังคม ปัญหาด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ การดำเนินการเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาแม้จะมีหน่วยงานรับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพโดยตรงอยู่แล้ว ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขที่ได้ดำเนินการตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานภายใต้เงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรร แต่การดำเนินการดังกล่าวยังไม่เพียงพอเพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนให้หันมาสนใจในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ และแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่ต้นเหตุ เป็นเรื่องที่ต้องดำเนินการอย่างจริงจัง มีการณรงค์อย่างต่อเนื่องจนเป็นนิสัย และก่อให้เกิดพฤติกรรมซึ่งหากจะทำเพียงกระทรวงสาธารณสุขฝ่ายเดียวยังไม่เพียงพอ ประชาชน ชุมชน องค์กร ชุมชนและหน่วยงานต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงศึกษาธิการ ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงแรงงาน และสวัสดิการสังคม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงมหาดไทย หรือราชการส่วนท้องถิ่นต่างๆ ทุกฝ่ายล้วนมีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถเข้ามาดำเนินกิจกรรมด้านการรณรงค์สร้างเสริมสุขภาพร่วมกันเพื่อให้ประชาชนทุกคนหันมาใส่ใจดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการลดพฤติกรรมเสี่ยงอันเนื่องมาจากสาเหตุที่หลีกเลี่ยงได้ อาทิเช่น การการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองด้วยการเล่นกีฬา การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ การลดเลิกการบริโภคสุรา ยาสูบ และอาหารที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงการเสพยาเสพติด การป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น และในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ก็ยังมุ่งเน้นให้ “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” และใช้เศรษฐกิจเป็นเพียงเครื่องมือช่วยพัฒนาให้คนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีเป้าหมายในการดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขเพื่อพัฒนาคุณภาพคนที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่ 1) ให้ประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 60 ออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเพิ่มขึ้น 2) ขยายการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม 3) ลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ รวมทั้งในการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคนไทยให้เป็นคนดีมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมรากฐานของสังคมให้เข้มแข็งต่อไป

จากข้อมูลต่างๆ ที่ระบุว่าแนวโน้มการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตของคนไทยมีสาเหตุสำคัญมาจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น และองค์การอนามัยโลกได้ชี้ชัดให้นานาประเทศเห็นว่ายุทธศาสตร์ของการลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายจากโรคที่ป้องกันได้ คือ การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และรวมตลอดทั้ง

นโยบายของรัฐในการพัฒนาประเทศที่มุ่งเน้นพัฒนาคนเป็นสำคัญ ได้มีส่วนผลักดันให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสาธารณสุขของไทยเร่งระดมความคิด และผลักดันให้รัฐบาลนำระบบการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่มาใช้ควบคู่กับนโยบายการปฏิรูประบบสาธารณสุข ดังนั้นการเสนอให้มีการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นมาดำเนินการจึงเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและอย่างจริงจังในประเทศไทยเมื่อปี 2539 กล่าวคือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการคลัง และสำนักนายกรัฐมนตรีได้ให้ความสำคัญในการที่จะเสนอให้มีการจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมาทำหน้าที่ประสานจัดการและให้ทุนสนับสนุนให้ประชาชน ชุมชน องค์กรชุมชนและหน่วยงานต่างๆ ให้ความสำคัญหันมาดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อณรงค์ให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและทำงานกันอย่างเป็นเครือข่าย เพื่อให้การดำเนินการเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งนอกจากจะลดอัตราการเจ็บป่วยและการตายจากโรคที่ป้องกันได้แล้ว ท้ายที่สุดจะสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศลงด้วย

7.2.2 นโยบายด้านการคลัง

การผลักดันให้มีการนํานโยบายด้านการคลังสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพอย่างจริงจังในส่วน of กระทรวงการคลังเริ่มปรากฏชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น ในช่วงต่อระหว่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 และ ฉบับที่ 8 ที่รัฐบาลมีนโยบายสนับสนุนให้มีการกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและ ท้องถิ่นมากขึ้น เพื่อให้บรรลุผลตามนโยบายของรัฐบาลการที่จะกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นได้จะต้องมีการกระจายอำนาจทางการคลัง หรือนำเครื่องมือทางการคลังมาสนับสนุน กระทรวงการคลังจึงจัดทำแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมขึ้น และกำหนดนโยบายและมาตรการทางด้านการเงินการคลัง มาช่วยเหลือผลักดันเพื่อพัฒนา คน ชุมชน และสังคมให้เข้มแข็ง ซึ่งในส่วนของการพัฒนาองค์กรชุมชนให้เข้มแข็ง กระทรวงการคลังได้ร่วมกับสำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง การเคหะแห่งชาติ และกองทุนพัฒนาชนบท สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ดำเนินการจัดตั้ง “สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)” ขึ้นโดยยุบรวมสำนักงานพัฒนาชุมชนเมือง การเคหะแห่งชาติ และกองทุนพัฒนาชนบท สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เข้าด้วยกัน ดำเนินการให้สินเชื่อหรือการร่วมลงทุนแก่องค์กรชุมชนและเครือข่ายชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุน และให้ความช่วยเหลือแก่องค์กรชุมชนและเครือข่ายองค์กรชุมชนเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ การ

พัฒนาอาชีพ การเพิ่มรายได้ การพัฒนาที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม และการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของสมาชิกในชุมชนทั้งในเมืองและชนบท การส่งเสริมแนะนำ การรับรองสถานภาพองค์กร การจัดตั้ง สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) เป็นมาตรการหนึ่งภายใต้แผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม ของกระทรวงการคลังที่มีการริเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ในสมัยที่มีนายบรรหาร ศิลปอาชา เป็นนายกรัฐมนตรี และได้มีการสานต่อจนสามารถออกพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2543 ประสบความสำเร็จในสมัยที่มีนายชวน หลีกภัย เป็นนายกรัฐมนตรี การพัฒนาแบบองค์รวม ซึ่งมีกระบวนการที่ให้ประชาชนทุกภาคส่วนในสังคมไทยเข้ามามีส่วนร่วม ถือเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญที่ทำให้ประชาชน ชุมชน องค์กรชุมชนต่างๆ ตื่นตัวและเข้ามามีบทบาทร่วมในกระบวนการพัฒนา โดยมีการรวมกลุ่มของประชาสังคมในหลายรูปแบบอย่างเข้มแข็ง มีการขยายเครือข่ายเชื่อมโยงกันอย่างกว้างขวาง ซึ่งทั้งหมดนี้ได้กลายเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการพัฒนาประเทศในระยะต่อไป นอกจากนี้ในส่วนของมาตรการด้านการคลังที่จะนำมาสนับสนุนการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข และมาตรการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมและประกันสุขภาพตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม โดยในส่วนของ การดำเนินการเพื่อจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ในหลักการแล้วกระทรวงการคลังเห็นด้วยกับหลักการที่จะผูกพันภาษีที่จัดเก็บจากสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อาทิ สุรา บุหรี่ เข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ เพราะจะช่วยกระตุ้นประชาชนให้ตระหนักถึงภาระของสังคมที่สินค้าอันตรายนี้เป็นสาเหตุ และสร้างความเข้าใจว่าสิ่งที่อันตรายต่อสุขภาพมิใช่เป็นเรื่องเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่ก่อให้เกิดภาระต่อสังคมโดยเฉพาะในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลซึ่งเพิ่มสูงขึ้นมาโดยตลอด ภาระหนักนี้จะช่วยสร้างจิตสำนึกและจูงใจให้ประชาชนเข้า ร่วมกับการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น นอกจากนี้การที่กองทุนมีแหล่งรายได้ที่แน่นอนระดับหนึ่ง เป็นปัจจัยสำคัญต่อการรณรงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพเพราะทำให้สามารถจัดทำโครงการระยะยาวที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องได้ รวมทั้งจะทำให้ได้รับความมั่นใจและร่วมมือจากองค์กรที่เข้ามาร่วมดำเนินการด้วย แต่การดำเนินการเกี่ยวกับวิธีการและแหล่งที่มาของรายได้ของกองทุน เป็นเรื่องที่กระทรวงการคลังจะต้องพิจารณาอย่างละเอียดและรอบครอบ เพราะการกำหนดให้มีการผูกพันภาษีเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะของ Earmark Tax อาจไม่เป็นธรรมกับกลุ่มประชาชนที่เสียภาษีดังกล่าว เพราะได้มีการนำเงินภาษีดังกล่าวไปส่งเสริมสุขภาพในส่วนที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากสินค้าที่ทำลายสุขภาพด้วย นอกจากนี้ยังทำให้กระบวนการจัดสรรงบประมาณรายจ่ายโดยรวมเบี่ยงเบนไปได้ และอาจเป็นตัวอย่าง

ให้มีการกันเงินภาษีเพื่อกิจกรรมหรือโครงการประเภทอื่นๆ อีก ซึ่งจะทำให้การควบคุมรายได้ รายจ่ายของรัฐเสียระบบไปได้ หากมีการกันเงินภาษีเป็นการเฉพาะหลายประเภทหรือหลายกรณี ดังนั้นการดำเนินนโยบายด้านการคลังที่ถูกต้องหากจะมีการผูกพันภาษีที่จัดเก็บจากสินค้าที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อาทิ สุรา บุหรี่ เข้ากับการส่งเสริมสุขภาพก็ควรออกกฎหมายโดยเฉพาะเพื่อกำหนดอำนาจจัดเก็บภาษีหรือเงินบำรุงกองทุนส่งเป็นรายได้ของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรงซึ่งการออกกฎหมายโดยเฉพาะขึ้นมาใหม่จะต้องได้รับการพิจารณาให้ความเห็นชอบจากสภาผู้แทนราษฎรและวุฒิสภาซึ่งเป็นตัวแทนของประชาชนเสียก่อน

7.2.3 กระบวนการออกกฎหมาย

การดำเนินการเพื่อออกกฎหมายจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้มีการดำเนินการมาอย่างมีขั้นตอน เป็นระบบที่น่าศึกษาเพราะทำให้เห็นถึงแนวความคิดและกระบวนการกลั่นกรองกฎหมายจากผู้ที่มีความรู้และมีประสบการณ์ การออกกฎหมายจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีที่มาจากหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขเองให้ความสนใจศึกษาการจัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย มีการระดมความคิดและพัฒนาร่างพระราชบัญญัติสถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. ขึ้น โดยศึกษาแบบอย่างจากต่างประเทศ แต่หัวใจสำคัญของการจัดตั้งองค์กรคือแหล่งเงินทุนที่จะนำมาใช้ในการดำเนินการ ดังนั้นจึงจำเป็นที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องเสนอเรื่องให้กระทรวงการคลังพิจารณาให้ความเห็นชอบและพิจารณาแหล่งเงินทุนมาสนับสนุน และเมื่อกระทรวงการคลังได้จัดทำแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมและจัดตั้งคณะทำงานฯ ศึกษามาตรการสนับสนุนการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขและมาตรการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมและประกันสุขภาพขึ้นจึงทำให้ความเป็นไปได้ของการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีสูงมาก แต่เนื่องปลายปีพ.ศ. 2539 ประเทศเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจเสียก่อน การจะออกกฎหมายจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพโดยการตราเป็นพระราชบัญญัติจึงเป็นเรื่องที่ยากและใช้เวลา และคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ทุกหน่วยงานชะลอการจัดตั้งองค์กรใหม่ไว้ก่อนจึงทำให้การเสนอจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพต้องล่าช้าออกไป ต่อมาเมื่อพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ซึ่งอยู่ในหน้าที่ความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ มีผลบังคับใช้แล้ว คณะทำงานฯ ที่กระทรวงการคลังแต่งตั้งจึงได้เสนอร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ภาพ พ.ศ.ออกโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 ซึ่งอยู่ในหน้าที่ความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการปฏิรูประบบราชการ ให้กระทรวงการคลังพิจารณา แต่ร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ...ยังมีข้อจำกัดในเรื่องรายได้ที่จะต้องมาจากเงินงบประมาณซึ่งเป็นเรื่องยากที่กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะสามารถได้รับงบประมาณมาดำเนินการเพียงพอและต่อเนื่องได้ ประจวบกับต้นปีพ.ศ. 2542 รัฐบาลได้มีนโยบายเปิดเสรีสุราจึงทำให้คณะรัฐมนตรีให้ความสนใจเรื่องการรณรงค์ให้ประชาชนลดการบริโภคสุราและมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องศึกษารูปแบบการจัดตั้งกองทุนเพื่อรณรงค์ในเรื่องสุราเช่นเดียวกับที่นานาประเทศทำอยู่ กระทรวงการคลังโดยกรมสรรพสามิตจึงได้เสนอจัดตั้งกองทุนฯ ตามร่างพระราชบัญญัติกองทุนรณรงค์ให้งดบริโภคสุราและยาสูบ พ.ศ. กำหนดให้กองทุนมีอำนาจเรียกเก็บเงินบำรุงจากผู้ผลิตและผู้นำเข้าสุราและยาสูบ ในอัตราไม่เกินร้อยละ 2 ของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบ ตามกฎหมายว่าด้วยสุราและกฎหมายว่าด้วยยาสูบ แต่ร่างกฎหมายทั้ง 2 ฉบับ ยังมีข้อจำกัดหลายประการดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น คณะกรรมการนโยบายสังคมแห่งชาติ ซึ่งมีฯพลฯ นายกรัฐมนตรี (นายชวน หลีกภัย) เป็นประธาน ได้พิจารณาให้ความสำคัญในเรื่องการป้องกันโรคซึ่งเป็นการแก้ปัญหาด้านสุขภาพที่ต้นเหตุและกำหนดนโยบายให้เรื่องการป้องกันโรคเป็นวาระแห่งชาติ และมอบหมายให้มิมีคณะทำงานประสานโครงการจัดตั้งกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดการบริโภคสุราและยาสูบ เข้ากับโครงการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กระทรวงการคลังจึงได้เสนอร่างกฎหมาย เพื่อจัดตั้งสำนักงานและกองทุนเป็น 2 ฉบับ ได้แก่ 1) ร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ซึ่งออกโดยอาศัยอำนาจตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติองค์การมหาชน พ.ศ. 2542 เพื่อจัดตั้งสำนักงานขึ้นมามีอำนาจดำเนินการก่อนโดยใช้เงินงบประมาณ และ 2) ร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้งดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.เพื่อจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนจากผู้ผลิตและผู้นำเข้าสุราและยาสูบ ในอัตราไม่เกินร้อยละ 2 ของภาษีที่เก็บจากสุราและยาสูบ ตามกฎหมายว่าด้วยสุราและกฎหมายว่าด้วยยาสูบ เสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาอนุมัติหลักการ ในคราวการประชุม เมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2542 และให้ กระทรวงการคลังร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องปรับปรุงแก้ไขกฎหมายอีกครั้งก่อนส่งร่างที่ได้มีการแก้ไขใหม่ ได้แก่ ร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.และร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานเพื่อการรณรงค์ให้ลดบริโภค

สุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ...ส่งให้เลขาธิการคณะรัฐมนตรีพิจารณาส่งสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาดำเนินการต่อไปตามมติคณะรัฐมนตรี

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (กรรมการกฤษฎีกา คณะที่ 6) เชิญผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมประชุมชี้แจงและพิจารณาแก้ไขร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานเพื่อการรณรงค์ให้ลดการบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.และส่งให้สำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ได้นำร่างพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ขึ้นทูลเกล้าฯ ถวายเพื่อทรงลงพระปรมาภิไธย และลงประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา เล่ม 117 ตอนที่ 63ก วันที่ 30 มิถุนายน 2543 กฎหมายมีผลใช้บังคับตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2543 เป็นต้นไป

สำหรับร่างพระราชบัญญัติสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (กรรมการกฤษฎีกา คณะที่ 1) ได้เชิญผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องประชุมชี้แจง และพิจารณาแก้ไขร่างพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อการรณรงค์ให้ลดบริโภคสุรา ยาสูบ และเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ซึ่งต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น ร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.และส่งเรื่องให้สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรีพิจารณาดำเนินการตามขั้นตอนของกฎหมาย ต่อไป

สภาผู้แทนราษฎรได้พิจารณาวาระที่ 1 ลงมติรับหลักการแห่งร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.....และตั้งกรรมาธิการวิสามัญขึ้นคณะหนึ่งเพื่อพิจารณา เมื่อสภาผู้แทนราษฎรพิจารณาวาระที่ 2 และ 3 แล้วลงมติเห็นชอบ ได้ส่งเรื่องให้วุฒิสภาพิจารณาต่อไป

คณะกรรมการวิสามัญกิจการวุฒิสภาได้พิจารณานำเสนอวุฒิสภาพิจารณาเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2543 แต่เนื่องจากการประชุมวุฒิสภาวันดังกล่าวมีเรื่องที่จะต้องพิจารณาเป็นจำนวนมาก และได้มีการปิดสัปดาห์ประชุมวุฒิสภาในวันดังกล่าว ร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ... จึงยังอยู่ระหว่างการพิจารณาของวุฒิสภา

จะเห็นได้ว่าการเสนอร่างกฎหมายให้มีผลใช้บังคับได้จะต้องผ่านกระบวนการพิจารณากันหลายขั้นตอน และมีประเด็นสำคัญที่ได้รับการหยิบยกขึ้นมาพิจารณาเพื่อปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้กฎหมายมีความเหมาะสมที่สุดบ่อยครั้งได้แก่ประเด็นองค์ประกอบของคณะกรรมการบริหาร องค์ประกอบของคณะกรรมการประเมินผล วิธีการประเมินผล การกำหนดอัตราเรียกเก็บเงินบำรุงกองทุน เป็นต้น

บทที่ 8

บทสรุป

การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ขึ้นเป็นองค์กรอิสระ มีฐานะเป็นนิติบุคคล และกำหนดให้สำนักงานเป็นหน่วยงานขนาดเล็กและคล่องตัว มีนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง เป็นผู้รักษาการตามกฎหมาย รวมทั้งให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังมีอำนาจจัดเก็บเงินบำรุงกองทุนจากผู้ผลิตและผู้นำเข้าสุราและยาสูบในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีสุราและภาษียาสูบ และในการบริหารงานมีคณะกรรมการบริหาร ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ ทำหน้าที่บริหารจัดการทุนอุดหนุน และสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมและการประสานงานเพื่อมุ่งให้ประชาชนหันมาดูแลและสร้างเสริมสุขภาพของตนเองอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยมีผู้จัดการกองทุนเป็นผู้บริหารจัดการ นอกจากนั้นยังมีคณะกรรมการประเมินผลการดำเนินงานของกองทุนซึ่งแต่งตั้งโดยคณะรัฐมนตรีโดยการเสนอแนะของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิเป็นประธานกรรมการ การจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวขึ้นมา เนื่องจากในปัจจุบันไม่มีหน่วยงานใดที่ดำเนินงานในลักษณะใกล้เคียงกับยุทธศาสตร์และแผนงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ แม้จะมีหน่วยราชการหลายหน่วยงานที่ปฏิบัติเกี่ยวข้อง แต่ส่วนราชการนั้นก็มักจะอาศัยการจัดบริการโดยสถานบริการหรือผู้ประกอบการวิชาชีพทางการแพทย์หรือสาธารณสุขแทบทั้งหมด ทำให้การแก้ปัญหาจึงเป็นเฉพาะเรื่องหรือเฉพาะส่วนๆไป แต่เนื่องจากเรื่องสุขภาพเป็นองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิตคนไทย การที่ปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงและภาวะแวดล้อมในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว การแก้ไขปัญหาไม่อาจที่จะอาศัยเพียงกลไกของภาครัฐดำเนินการเพียงลำพังดังเช่นที่ผ่านมาได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่สังคมต้องตื่นตัว รวมพลัง และเข้ามามีส่วนร่วมกันแก้ปัญหาอย่างจริงจัง

จากประสบการณ์ของหลายประเทศบ่งชี้ว่า การจัดตั้งกลไกสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ อันรวมถึงการจัดการที่มีประสิทธิภาพและมีทุนสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจะสามารถกระตุ้น

ให้ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร ตระหนัก เกิดวิสัยทัศน์ จนสามารถรวมพลังกันยกระดับสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างเป็นผล และลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้อง

จากประเด็นปัญหาและประสบการณ์ในต่างประเทศทำให้รัฐบาลเห็นความสำคัญ และจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นมาดำเนินงานในลักษณะดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินภารกิจของกองทุนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ยังต้องอาศัย หลักการในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้แก่

1) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินงานในลักษณะขององค์กร ระดับชาติที่มุ่งแก้ปัญหาภาพรวมของประเทศ จะต้องเป็นผู้นำชี้ทิศทางให้แก่สังคมในการรณรงค์ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ การทำงานเป็นแบบวงกว้าง คือไม่เจาะจงลงไปแก้ปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นการเฉพาะเหมือนกับที่องค์กรทางด้านสาธารณสุขอื่นๆของภาครัฐกำลังทำอยู่

2) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเป็นองค์กรที่มีระบบงานโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ คณะกรรมการบริหารกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ เป็นกลุ่มบุคคลที่สังคมและชุมชนให้ความยอมรับ มีความเป็นกลางปราศจากการแทรกแซงโดยกลุ่มผลประโยชน์

3) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องกระตุ้นและแสวงหาความร่วมมือจากพหุภาคี โดยมุ่งเน้นที่การสนับสนุนให้องค์กรภายนอกเข้ามาเป็นผู้ปฏิบัติในขณะที่กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเป็นเพียงผู้ประสานและสนับสนุนการทำงานขององค์กรเหล่านี้ให้เป็นไปในทิศทางที่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตั้งไว้

4) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะต้องมีฐานความรู้ ต้องมีการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆเพื่อให้การทำงานขององค์กรอยู่บนพื้นฐานของความรู้จริงและอยู่บนข้อเท็จจริงของสังคมไทย

5) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีแหล่งรายได้ที่แน่นอนจากเงินบำรุง กองทุนที่จัดเก็บจากผู้ผลิตและผู้นำเข้าสุราและยาสูบในอัตราร้อยละ 2 ของภาษีสุราและภาษียาสูบ ความแน่นอนของแหล่งเงินทุนจะทำให้การบริหารงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

6) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีโครงสร้างองค์กรที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพสูง คือมีความคล่องตัวในการบริหารงาน ไม่ผูกติดกับระเบียบปฏิบัติและสอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูกระบบราชการ

7) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพมีระบบการติดตามและประเมินผลที่ดี แต่เนื่องจากการวัดประสิทธิภาพขององค์กรเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน จึงควรมีการพัฒนาดัชนีชี้วัดความสำเร็จ เพื่อให้สังคมมองเห็นผลของความสำเร็จเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

การกำหนดให้องค์กรมีแหล่งเงินทุนที่ใช้บริหารงานที่แน่นอนและสามารถดำเนินงานได้อย่างคล่องตัวแม้ว่าจะก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน แต่ในทางกลับกันก็อาจก่อให้เกิดผลเสียเป็นช่องทางให้มีการคอร์รัปชันได้ ถึงแม้ว่าในปัจจุบันรัฐธรรมนูญได้กำหนดกลไกในการตรวจสอบการทำงานของหน่วยงานภาครัฐต่างๆ ได้ดีขึ้นระดับหนึ่งแล้ว แต่อย่างไรก็ตามประชาชน ชุมชน องค์กรชุมชน องค์กรต่างๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และรวมถึงสื่อมวลชนควรที่จะทำหน้าที่สอดส่องดูแลการทำงานของกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้องค์กรดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ไม่ควรปล่อยให้เป็นที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

ภาคผนวก

1. คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 193/2538 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและ ท้องถิ่น ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2538
2. คำสั่งคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นที่ 1/2538 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกระจายอำนาจ ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2538
3. คำสั่งคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและ ท้องถิ่นที่ 11/2538 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจด้านการเงินการคลังเพื่อสังคม
ลงวันที่ 28 พฤศจิกายน 2538
4. คำสั่งกระทรวงการคลังที่ 86/2539 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2539
5. คำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมที่ 1/2539 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขและกองทุนเพื่อส่งเสริมและประกันสุขภาพ ลงวันที่ 9 สิงหาคม 2539
6. คำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมที่ 1/2541 เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ลงวันที่ 29 พฤษภาคม 2541



คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี
ที่ 193/2538

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น

เพื่อให้การดำเนินงานด้านการกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น เป็นไปตามนโยบายที่รัฐบาลได้แถลงไว้ต่อรัฐสภา อาศัยอำนาจตามมาตรา 11 (6) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 และโดยความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรีจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น ประกอบด้วย

- | | |
|--|------------------|
| 1. นายกรัฐมนตรี | ประธานกรรมการ |
| 2. รองนายกรัฐมนตรี
(พลอากาศเอก สมบุญ ระหงษ์) | รองประธานกรรมการ |
| 3. รองนายกรัฐมนตรี
(พลเอก ชวลิต ยงใจยุทธ) | รองประธานกรรมการ |
| 4. รองนายกรัฐมนตรี
(พันตำรวจโท ทักษิณ ชินวัตร) | รองประธานกรรมการ |
| 5. รองนายกรัฐมนตรี
(นายบุญพันธ์ แหว้นนะ) | รองประธานกรรมการ |
| 6. รองนายกรัฐมนตรี
(นายสมัคร สุนทรเวช) | รองประธานกรรมการ |
| 7. รองนายกรัฐมนตรี
(นายอานวย วีรรณ) | รองประธานกรรมการ |
| 8. รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี
(นายเรืองวิทย์ ลิกค์) | กรรมการ |
| 9. รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี | กรรมการ |

(นายโกคิน พลกุล)

- | | |
|---|--------------------------------|
| 10. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง | กรรมการ |
| 11. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ | กรรมการ |
| 12. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ | กรรมการ |
| 13. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข | กรรมการ |
| 14. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงอุตสาหกรรม | กรรมการ |
| 15. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ | กรรมการ |
| 16. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน
และสวัสดิการสังคม | กรรมการ |
| 17. รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวิทยาศาสตร์
เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม | กรรมการ |
| 18. เลขาธิการนายกรัฐมนตรี | กรรมการ |
| 19. เลขาธิการคณะรัฐมนตรี | กรรมการ |
| 20. ปลัดกระทรวงมหาดไทย | กรรมการ |
| 21. ผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 22. ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ | กรรมการ |
| 23. เลขาธิการคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน | กรรมการ |
| 24. ประธานสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 25. ประธานสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย | กรรมการ |
| 26. ประธานสมาคมธนาคารไทย | กรรมการ |
| 27. นายโฆสิต ปั้นเปี่ยมรัษฎ์ | กรรมการ |
| 28. นายณรงค์ โชควัฒนา | กรรมการ |
| 29. นายโสภณ สุภาพงษ์ | กรรมการ |
| 30. นายไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม | กรรมการ |
| 31. เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ | กรรมการและเลขานุการ |
| 32. ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2 คน | กรรมการและผู้ช่วย
เลขานุการ |

ให้คณะกรรมการมีอำนาจและหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. กำหนดนโยบายและแผนการปฏิบัติงานของกระทรวง ทบวง กรม และรัฐวิสาหกิจที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น
2. ประสานนโยบายและการปฏิบัติของกระทรวง ทบวง กรม และรัฐวิสาหกิจที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น
3. พิจารณากลับกรองเรื่องต่างๆ ทั้งที่เสนอโดยภาคราชการและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น
4. ติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบายการกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น
5. ส่งเสริมสนับสนุนและประสานงานโครงการของภาคเอกชนที่จะมีผลต่อการกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น
6. เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคเพื่อให้การดำเนินงานด้านการกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นเป็นไปตามเป้าหมาย
7. ปฏิบัติงานตามที่คณะรัฐมนตรีหรือนายกรัฐมนตรีมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2538 เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ. 2538

(นายบรรหาร ศิลปอาชา)

นายกรัฐมนตรี



คำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี

ที่ 258/2538

เรื่อง แต่งตั้งกรรมการในคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาค

และท้องถิ่น (เพิ่มเติม)

ตามที่ได้มีคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 193/2538 ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2538 เรื่อง
แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาค
และท้องถิ่นเป็นไปอย่างต่อเนื่องบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ อาศัยอำนาจตาม
มาตรา 11 (6) แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 และโดยความเห็น
ชอบของคณะรัฐมนตรี นายกรัฐมนตรีจึงมีคำสั่งแต่งตั้งกรรมการในคณะกรรมการนโยบาย
กระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นเพิ่มเติม ดังนี้

ปลัดกระทรวงคมนาคม

กรรมการ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2538

(นายบรรหาร ศิลปอาชา)

นายกรัฐมนตรี



คำสั่งคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น

ที่ 1/2538

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกระจายอำนาจ

เพื่อให้การกระจายอำนาจการปกครองและการคลังไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นสอดคล้องกับนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น และเป็นไปตามมติที่ประชุมคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น ครั้งที่ 1/2538 ให้มีคณะกรรมการขึ้นมาชุดหนึ่ง เรียกว่า คณะอนุกรรมการกระจายอำนาจ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง เป็นประธาน และบุคคลอื่น ซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการอาศัยอำนาจตามคำสั่ง สำนักนายกรัฐมนตรี ที่ 193/2538 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น จึงแต่งตั้งคณะกรรมการกระจายอำนาจ ดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบ

- | | |
|--|------------------|
| (1) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง | ประธานอนุกรรมการ |
| (2) ปลัดกระทรวงการคลัง | อนุกรรมการ |
| (3) ปลัดกระทรวงมหาดไทย | อนุกรรมการ |
| (4) ผู้อำนวยการสำนักงานงบประมาณ | อนุกรรมการ |
| (5) อธิบดีกรมการปกครอง | อนุกรรมการ |
| (6) ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง | อนุกรรมการ |
| (7) รองเลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | อนุกรรมการ |
| (นายสมชาย กรุสวนสมบัติ) | |
| (8) นายอนันต์ อนันตกุล | อนุกรรมการ |
| (9) นายโฆสิต ปั้นเปี่ยมรัษฎ์ | อนุกรรมการ |

(10) นายอัมมาร สยามวาลา	อนุกรรมการ
(11) นายไพฑูรย์ วัฒนศิริธรรม	อนุกรรมการ
(12) นายโสภณ สุภาพงษ์	อนุกรรมการ
(13) นายดิเรก ปัทมสิริวัฒน์	อนุกรรมการ
(14) นายชาติชาย ณ เชียงใหม่	อนุกรรมการ
(15) นายศุภชัย ศุภชลาศัย	อนุกรรมการ
(16) นายบวรศักดิ์ อุวรรณโน	อนุกรรมการ
(17) นายสุรพล นิติไกรพจน์	อนุกรรมการ
(18) ที่ปรึกษาด้านการวางแผน	อนุกรรมการและ
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ	เลขานุการ
และสังคมแห่งชาติ	
(นายไพโรจน์ สุจินดา)	
(19) ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผน	อนุกรรมการและ
กระทรวงมหาดไทย	ผู้ช่วยเลขานุการ
(นายสมบุญ สุธาสาธิต)	
(20) ผู้อำนวยการกองประสานการพัฒนาชนบท	อนุกรรมการและ
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ	ผู้ช่วยเลขานุการ
และสังคมแห่งชาติ	

2. อำนาจหน้าที่

(1) เสนอแนะนโยบาย แผนงาน โครงการและมาตรการเพื่อการกระจายอำนาจ โดยเฉพาะการกระจายอำนาจการคลัง การกระจายอำนาจการกำหนดนโยบายการปกครองและการบริหารจัดการพัฒนา

(2) สนับสนุนให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาจังหวัดและกลุ่มจังหวัด

(3) มีอำนาจแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อช่วยเหลือการปฏิบัติหน้าที่ของคณะอนุกรรมการฯ ได้ตามความเหมาะสม

(4) ปฏิบัติงานอื่นใดตามที่คณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2538

(นายบรรหาร ศิลปอาชา)

นายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น



คำสั่งคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น

ที่ 11/2538

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจด้านการเงินการคลังเพื่อสังคม

เพื่อให้นโยบายด้านการเงินการคลังสอดคล้องกับนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น และเป็นไปตามมติที่ประชุมคณะกรรมการกระจายอำนาจ ครั้งที่ 1/2538

อาศัยอำนาจตามคำสั่งนายกรัฐมนตรี ที่ 193/2538 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น จึงแต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจด้านการเงินการคลังเพื่อสังคม ดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบ

- | | |
|--|------------------|
| (1) ปลัดกระทรวงการคลัง | ประธานอนุกรรมการ |
| (2) ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง | อนุกรรมการ |
| (3) รองเลขาธิการ สศช.
(นายวิรัตน์ วัฒนศิริธรรม) | อนุกรรมการ |
| (4) รองเลขาธิการ สศช.
(นายสมชาย กรุสวนสมบัติ) | อนุกรรมการ |
| (5) ที่ปรึกษาด้านการวางแผน สศช.
(นายไพโรจน์ สุจินดา) | อนุกรรมการ |
| (6) รักษาการผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านการวางแผน
(นายบุญยงค์ เวชมนิศรี) | อนุกรรมการ |
| (7) ผู้ว่าการธนาคารแห่งประเทศไทย | อนุกรรมการ |
| (8) ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตร | อนุกรรมการ |
| (9) ผู้อำนวยการธนาคารออมสิน | อนุกรรมการ |

(10) ดร. บวรศักดิ์ อุวรรณโณ	อนุกรรมการ
(11) นายโสภณ สุภาพงษ์	อนุกรรมการ
(12) นายไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม	อนุกรรมการ
(13) ดร. กนก คติการ	อนุกรรมการ
(14) นายรักเกียรติ ดิษยวรรณะ	อนุกรรมการ
(15) ผู้แทนสมาคมธนาคารไทย	อนุกรรมการ
(16) นายกิตติพงษ์ อรุณพัฒน์พงศ์	อนุกรรมการ
(17) ผู้อำนวยการกองนโยบายการคลังและภาษีอากร (น.ส. ชนาทิพย์ โปษยานนท์)	อนุกรรมการและ เลขานุการ
(18) ผู้อำนวยการกองนโยบายการเงินและสถาบันการเงิน (นายเชิดชัย ชันธนะภา)	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(19) หัวหน้าฝ่ายภาษีท้องถิ่นและรายได้อื่น (นายสันติภาพ จินดาแสง)	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(20) นางนารี กวิตานนท์	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ
(21) นายวิทยา ปิ่นทอง	อนุกรรมการและ ผู้ช่วยเลขานุการ

2. อำนาจหน้าที่

- (1) จัดทำแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม
- (2) เสนอแนะมาตรการทางด้านการเงินการคลังที่สนับสนุนการระดมทุนเพื่อส่งเสริมองค์
กรชุมชน
- (3) เสนอแนะมาตรการเพื่อส่งเสริมธุรกิจเอกชนให้สนับสนุนองค์กรชุมชน
- (4) ให้มีอำนาจในการแต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะเรื่องตามความจำเป็น
- (5) ให้อำนาจความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานต่อคณะอนุกรรมการกระจายอำนาจ
และ
คณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น
- (6) ปฏิบัติงานอื่นใดตามที่คณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและ
ท้องถิ่น จะมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 28 พฤศจิกายน พ.ศ. 2538

(นายบรรหาร ศิลปอาชา)

นายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น



คำสั่งกระทรวงการคลัง

ที่ 86/2539

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม

เพื่อให้การดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้ และเป็นไปตามมติที่ประชุมคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่น ครั้งที่ 2/2539 เมื่อวันที่ 11 เมษายน 2539 จึงเห็นควรแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม ดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบ

- | | |
|---|---------------|
| (1) ปลัดกระทรวงการคลัง | ประธานกรรมการ |
| (2) ผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง | กรรมการ |
| (3) อธิบดีกรมธนารักษ์ | กรรมการ |
| (4) อธิบดีกรมบัญชีกลาง | กรรมการ |
| (5) อธิบดีกรมศุลกากร | กรรมการ |
| (6) อธิบดีกรมสรรพสามิต | กรรมการ |
| (7) อธิบดีกรมสรรพากร | กรรมการ |
| (8) ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณหรือผู้แทน | กรรมการ |
| (9) รองเลขาธิการ ศสช. | กรรมการ |
| (นายสมชาย กรุสวันสมบัติ) | |
| (10) ผู้ว่าราชการนครแห่งประเทศไทยหรือผู้แทน | กรรมการ |
| (11) ผู้จัดการธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตรกรรมการ | |
| (12) ผู้อำนวยการธนาคารออมสิน | กรรมการ |
| (13) นายไสลธ สุภาพงษ์ | กรรมการ |
| (14) นายไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม | กรรมการ |

- | | |
|--|--------------------------------|
| (15) รองผู้อำนวยการสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง
(นายศุภรัตน์ คุวิธน์กุล) | กรรมการและเลขานุการ |
| (16) ผู้อำนวยการกองนโยบายการคลังและภาษีอากร | กรรมการและผู้ช่วย
เลขานุการ |
| (17) ผู้อำนวยการกองนโยบายการเงินและสถาบันการเงิน | กรรมการและผู้ช่วย
เลขานุการ |
| (18) หัวหน้าฝ่ายภาษีท้องถิ่นและรายได้อื่น
(นายสันติภาพ จินดาแสง) | กรรมการและผู้ช่วย
เลขานุการ |
| (19) หัวหน้าฝ่ายประสานสถาบันการพัฒนาชนบท
(นางนารี กวิตานนท์) | กรรมการและผู้ช่วย
เลขานุการ |

2. อำนาจหน้าที่

- (1) ดำเนินการและหรือประสานงานเพื่อให้มาตรการต่างๆ ตามแผนแม่บทการเงินการคลัง เพื่อสังคมเกิดขึ้นและปรากฏผลตามที่กำหนดไว้
- (2) ติดตาม ดูแล และประเมินผลมาตรการต่างๆ ที่ดำเนินการอย่างใกล้ชิด
- (3) ให้มีอำนาจในการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานต่างๆ ตามความจำเป็น เพื่อให้การดำเนินงานในแต่ละมาตรการสำเร็จลุล่วง
- (4) ให้รายงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง และคณะกรรมการนโยบายกระจายความเจริญไปสู่ภูมิภาคและท้องถิ่นทราบเป็นระยะๆ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ. 2539

(นายสุรเกียรติ์ เสถียรไทย)

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง



คำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม

ที่ 1/2539

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข
และกองทุนเพื่อส่งเสริมและประกันสุขภาพ

เพื่อให้การพิจารณาจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุข
และมาตรการจัดตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมและประกันสุขภาพตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อ
สังคมเป็นไปโดยเรียบร้อยและบังเกิดผลลุล่วงโดยเร็ว คณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บท
การเงินการคลังเพื่อสังคม จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอก
ชนเพื่อสาธารณสุขและกองทุนเพื่อส่งเสริมและประกันสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบ

- | | |
|--|-------------------|
| (1) นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์
ผู้ช่วยปลัดกระทรวงสาธารณสุข | ประธานคณะทำงาน |
| (2) นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล | รองประธานคณะทำงาน |
| (3) นายแพทย์สุภสิทธิ์ พรธรรมารุโณทัย
นายแพทย์ 8 โรงพยาบาลพระพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก | คณะทำงาน |
| (4) นายแพทย์วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร
นายแพทย์ 8 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข | คณะทำงาน |
| (5) นายแพทย์สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์
นักวิชาการควบคุมโรค 8 สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต | คณะทำงาน |
| (6) นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
รองผู้อำนวยการสำนักงานประกันสุขภาพ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะทำงาน |

(7) นายแพทย์สุภกร บัวสาย นายแพทย์ 8 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	คณะทำงาน
(8) ผู้แทนสำนักงานงบประมาณ	คณะทำงาน
(9) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ	คณะทำงาน
(10) ผู้แทนกรมบัญชีกลาง	คณะทำงาน
(11) ผู้แทนกรมสรรพากร	คณะทำงาน
(12) ผู้แทนกรมสรรพสามิต	คณะทำงาน
(13) นายกิตติพงศ์ อรุณพัฒน์พงศ์ กรรมการบริษัท เบเคอร์ แอนด์ แม็คเค็นซี จำกัด	คณะทำงาน
(14) นางสาวรณนา หลึ่งน้ำสังข์ บริษัท บางจากปิโตรเลียม จำกัด (มหาชน)	คณะทำงาน
(15) นางสุภาวดี ธีระพานิช กองนโยบายภาษี สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง	คณะทำงานและ เลขานุการ
(16) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ	คณะทำงานและผู้ ช่วยเลขานุการ
(17) ผู้แทนกรมสรรพสามิต	คณะทำงานและผู้ ช่วยเลขานุการ

2. อำนาจหน้าที่

- (1) จัดทำข้อเสนอมาตรการการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสาธารณสุขและมาตรการจัดตั้งกองทุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และโครงการประกันสุขภาพให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของแผนแม่บท
- (2) เสนอแนะมาตรการอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมหรือสนับสนุนให้มาตรการตาม (1) บังเกิดผลในทางปฏิบัติอย่างได้ผลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
- (3) ให้อย่างงานความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมเป็นระยะๆ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2539

(ม.ร.ว. จัตุมงคล โสณกุล)

ปลัดกระทรวงการคลัง

ประธานคณะกรรมการดำเนินงาน

ตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม



คำสั่งคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม

ที่ 1/2541

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ

เพื่อให้การพิจารณาจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสถาบันเอกชนเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนดไว้ตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม และเป็นไปตามมติคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม ครั้งที่ 1/2541 (ครั้งที่ 11) เมื่อวันที่ 2 เมษายน 2541 จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบ

- | | |
|--|----------------|
| (1) ศาสตราจารย์นายแพทย์ประกิต วาทีสาธกกิจ
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี | ประธานคณะทำงาน |
| (2) ศาสตราจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์
โครงการวิจัยกฎหมายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล | คณะทำงาน |
| (3) ศาสตราจารย์ ดร. อภิชาติ พันธเสน
โครงการปรับภาคระบบราชการสู่ยุคโลกาภิวัตน์
สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน | คณะทำงาน |
| (4) นายยงยุทธ ตียะไพรัช
สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี | คณะทำงาน |
| (5) นายแพทย์ชูชัย ศุภวงศ์
กรมอนามัย | คณะทำงาน |
| (6) นายแพทย์สุวัฒน์ กิตติดีลกุล
สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะทำงาน |

- | | |
|---|---------------------------------|
| (7) นายพิพัฒน์ ทองผดุงโรจน์
กองนิติการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | คณะทำงาน |
| (8) นายแพทย์สุภกร บัวสาย
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข | คณะทำงาน |
| (9) นางสาววรรณฯ หลังน้ำสังข์
บริษัทบางจากปิโตรเลียม จำกัด (มหาชน) | คณะทำงาน |
| (10) นางสาวสาวิตรี อ่องสมหวัง
คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชน
เพื่อการพัฒนาสาธารณสุข | คณะทำงาน |
| (11) ผู้แทนสำนักงานงบประมาณ | คณะทำงาน |
| (12) ผู้แทนสำนักงานคณะกรรมการพัฒนา
การเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ | คณะทำงาน |
| (13) ผู้แทนสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง | คณะทำงาน |
| (14) ผู้แทนกรมสรรพสามิต | คณะทำงาน |
| (15) ผู้แทนกรมบัญชีกลาง | คณะทำงาน |
| (16) นางสาววดี ธีระพานิช
กองนโยบายภาษี
สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง | คณะทำงานและ
เลขานุการ |
| (17) นางสาวกนกพรพรณ เหล่าอารยะ
กองนโยบายและวางแผนการคลัง
สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง | คณะทำงานและ
ผู้ช่วยเลขานุการ |

2. อำนาจหน้าที่

- (1) จัดทำข้อเสนอมาตรการการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม
- (2) เสนอแนะมาตรการอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยเหลือหรือสนับสนุนให้มาตรการ (1) บังเกิดผลในทางปฏิบัติได้ผลสมบูรณ์ยิ่งขึ้น
- (3) ให้ความรู้ความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคมเป็นระยะๆ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2541

(ปลัดกระทรวงการคลัง)

ประธานคณะกรรมการดำเนินงาน
ตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม

บรรณานุกรม

กระทรวงการคลัง แผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม, 2539.

กระทรวงสาธารณสุข.แผนพัฒนาสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)

คณะทำงานจัดทำข้อเสนอมาตรการจัดตั้งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริม

สุขภาพ.สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ.(สกส)Thailand Health

Promotion Fund(ThaiHealth) เอกสารประกอบการประชุม,2541

ประเวศ วะสี. บนเส้นทางใหม่ การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ :

หมอชาวบ้าน, 2541

ประเวศ วะสี.วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย

เอกสารประกอบการสัมมนาเรื่องวิสัยทัศน์และการปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพใน

สังคมไทย,วันที่ 15 พฤษภาคม 2539 ณ โรงแรมรอยัลซิติ้ กรุงเทพฯ.

(เอกสารอัดสำเนา)

ประกิต วาทีสาธกกิจ และคณะ. การจัดตั้งองค์กรระดับชาติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541

ปีเตอร์ ทอมป์สัน. การกำหนดภาษียาสูบบางส่วนเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ.

ในการส่งเสริมสุขภาพตามวิถีทางของ VicHealth เอกสารประกอบการประชุม

วิชาการประจำปีของสถาบัน วิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ” วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2539.

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย. กองทุนส่งเสริมสุขภาพ : ทางเลือกใหม่เพื่อสุขภาพของ

ประชาชนไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง วิสัยทัศน์และการ

ปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพในสังคมไทย ณ โรงแรมรอยัลซิติ้ กรุงเทพฯ จัดโดย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

วันที่ 15 พฤษภาคม 2539.

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และคณะ. “สู่ศตวรรษใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ.” กรุงเทพฯ :

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541

วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ และคณะ. “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.” กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัย

ระบบสาธารณสุข, 2541

ศิริระ บุญภินันท์. การทบทวนกฎหมายต่างประเทศเกี่ยวกับกองทุนส่งเสริมสุขภาพ.

รายงานการวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2540

สมัย อาภาภิรม. จากความป่วยไข้ถึงแนวคิดใหม่เพื่อสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัย
ระบบสาธารณสุข, 2540

สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ. วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ. กรุงเทพฯ :
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1-8 พ.ศ. 2504-2544

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ร่างแผนพัฒนา
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549

หทัย ชิตานนท์. รายงานพัฒนาการโลก พศ. 2536: การลงทุนด้านสาธารณสุข

World Development Report 1993 : Investing in Health.

วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุขปีที่ 2 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-
กันยายน 2537 และฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2539.

Health Sponsorship Council. Report of the Health Sponsorship Council 1990.
1990

Kaemthong Indaratna. Victorian Health Promotion Foundation : A Model of
Health

Promotion. Centre for Health Economic, Faculty of Economic.

Chulalongkorn

University.

Neville Norman. A Considerable Success, An Economic Evaluation of the
Victorian

Health Promotion Foundation, 1987-1992

Rhonda Galbally. The Victorian Health Promotion Foundation : An Overview.

Seventh National Health Promotion Conference, Brisbane 1995.

Rhonda Galbally. Setting Up A Health Promotian. Brisbane 1994.

VicHealth. Healthy Victorians 2000, Achievements for Health Promotion in
Victoria,

Trends in Lifestyes in Victoria, 1989-90 to 1994-95. Brisbane.

VicHealth. Health Promotion- The VicHealth Way. Brisbane.

VicHealth. Health Promotion Foundations Effective Health Economically
Responsibly. Brisbane.

Victorian Health Promotion Foundation. VicHealth Annual Report 1996.
Brisbane.