

**รายงานการทบทวนสถานการณ์ระบบป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพตาม
ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552**

**Situation Analysis of Health-threatening factor, Disease Control and Prevention
System According to the Statute on National Health System B.E. 2552 (2009)**

คณะผู้วิจัย

นพ. ลีดิกร โตโพธิ์ไทย (1)
พญ. ชมพูนท ไทยจินดา (1)
ทพญ. จีราพร ชีตดี (1)
พญ. ดารินทร์ อารีย์โชคชัย (2)
ดร. ภญ. วลัยพร พัชรนฤมล (1)
ดร. นพ. ทักษพล ธรรมรังสี (1)

- 1 สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
- 2 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

**ได้รับทุนสนับสนุนจาก
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)**

รายงานวันที่ 14 พฤษภาคม 2556

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive summary).....	3
บทที่ 1 บทนำ.....	5
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย.....	7
2.1 รูปแบบการวิจัยและวิธีการศึกษา	7
2.2 ขอบเขตการศึกษา	8
2.3 กรอบประเด็นที่ศึกษา.....	8
บทที่ 3 ผลการศึกษา.....	9
3.1 สถานการณ์โรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพของประชาชนไทย	9
3.2 กรอบแนวคิดเรื่องภาระโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ	10
3.3 สถานการณ์ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ	10
3.4 บทวิเคราะห์เนื้อหาในธรรมนูญฯ หมวด 5.....	16
3.5 สถานการณ์และแนวโน้มที่จะเป็น ความท้าทาย โอกาส ภัยคุกคามในระบบป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ	23
3.6 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อธรรมนูญฯในภาพรวม.....	26
บทที่ 4 การสังเคราะห์	30
4.1 สังเคราะห์ภาพในอนาคต	30
4.2 ข้อเสนอแนะเนื้อหาธรรมนูญฯหมวด 5 ตามรายมาตรา.....	30
บรรณานุกรม	33
ภาคผนวก	37
ภาคผนวกที่ 1 แบบสัมภาษณ์.....	37
ภาคผนวกที่ 2 เนื้อหาสาระของแต่ละประเด็น โดยอ้างอิงจากมาตราในธรรมนูญฯ หมวด 5.....	39

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive summary)

การทบทวนสถานการณ์ระบบป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
ตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

การทบทวนธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพจำเป็นต้องทราบสถานการณ์ของระบบสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบทั้งสถานการณ์ในอดีต ปัจจุบันและแนวโน้มภาพอนาคต เพื่อให้เข้าใจถึงเหตุการณ์และบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างทันทั่วทั้งที่ ผ่านมาการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมมีผลเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต สภาพการทำงานและความเป็นอยู่ของประชาชนไทย ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ของโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพทั้งด้านพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม นำมาซึ่งความสูญเสียในแง่ของภาระโรคและการเจ็บป่วย การทบทวนสถานการณ์ระบบป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 หมวดที่ 5 ฉบับนี้ได้ทำการรวบรวมสถานการณ์โรคและระบบควบคุมป้องกันโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพโดยใช้วิธีการศึกษาเชิงเอกสาร (Documentary research) เน้นการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารแผนยุทธศาสตร์ เอกสารวิชาการและรายงานวิจัย ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งจากภาครัฐและภาคประชาสังคมจำนวนทั้งสิ้น 26 ท่าน นอกจากนี้ยังได้รวบรวมข้อมูลจากการสังเกตการณ์การประชุมและเวทีสัมมนา เช่น การประชุมรับฟังความคิดเห็นของประชาชนผู้มีส่วนได้เสียของบริษัท ไทยพลาสติกและเคมีภัณฑ์, การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ประเด็นการปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ เป็นต้น

ข้อค้นพบจากการศึกษาในประเด็นเรื่องสถานการณ์โรคและระบบควบคุมป้องกันโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ คือ โครงสร้างอายุประชากรไทยกำลังจะกลายเป็น สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่เสียชีวิตมากที่สุดต่อปี โดยสาเหตุการตายและการเกิดภาระโรคที่พบมากที่สุดคือโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆในอนาคต ทั้งนี้เป็นเพราะปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่มีผลเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคไม่ติดต่อนั้นเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและพฤติกรรมของผู้คน การควบคุมและป้องกันโรคทำได้ยากเพราะต้องใช้เวลาการที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรวมทั้งจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว โรคติดต่อซึ่งเคยเป็นปัญหาสำคัญในอดีตมีบทบาทลดลงเมื่อเทียบกับโรคไม่ติดต่อ แต่ความซับซ้อนและความรุนแรงกลับเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มคนเฉพาะหรือตามพื้นที่ เช่นโรคเอดส์ รวมทั้งการกลับมาระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นระยะ การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในปัจจุบันแม้ภาครัฐจะมีประสิทธิภาพและมีโครงสร้างรองรับอย่างเป็นระบบแต่ยังพบข้อจำกัดเรื่องของการให้ความรู้ประชาชน ความไม่ชัดเจนในนโยบายและแนวทางของผู้บริหาร กลุ่มการบาดเจ็บ เป็นกลุ่มโรคที่มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่ผลกระทบที่เกิดจากการบาดเจ็บและอุบัติเหตุน่าจะยังคงเป็นภาระต่อประเทศชาติทั้งทางสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคมอย่างต่อเนื่อง ในเรื่องของสิ่งแวดล้อม มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศและระบบนิเวศในวงกว้างตลอด 10 ปีที่ผ่านมา ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มากขึ้น โดยเฉพาะมลพิษ และสารเคมี กำลังกลายเป็นสารก่อโรคสมัยใหม่ (Modern Hazard) แทนที่กลุ่มเชื้อโรค หน่วยงานระดับพื้นที่โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดการแก้ปัญหา ข้อจำกัดเรื่องบุคลากรและงบประมาณ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้รวดเร็วทันต่อสถานการณ์ได้ การบังคับใช้กฎหมายเป็นอีกข้อจำกัดหนึ่งที่ต้องได้รับการปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในอนาคต

ข้อค้นพบในประเด็นเรื่องความท้าทาย โอกาส ภัยคุกคามในระบบป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยอ้างอิงจากสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 พบว่าประเทศไทยมีโอกาสหลายด้านในการรับมือกับปัญหาที่มากขึ้น เริ่มจากการมีแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติทั้งแบบบูรณาการและแบบเฉพาะประเด็นรองรับการขับเคลื่อนเรื่องการควบคุมและป้องกันโรค ซึ่งมีความสอดคล้องกับเอกสารนโยบายที่สำคัญของประเทศฉบับต่างๆ โดยเฉพาะรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550 การทำงานแบบบูรณาการของหน่วยงานต่างๆมีมากขึ้น การกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ภูมิภาคเริ่มเห็นเป็นรูปธรรมมากขึ้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสามารถในการดูแลประชาชนในภาพรวมดีขึ้น ประชาชนมีความตระหนักในเรื่องของสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมากขึ้นและเริ่มมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อส่วนรวม นอกจากโอกาสจากปัจจัยภายในประเทศแล้ว การขับเคลื่อนเรื่องสุขภาพจากภายนอกประเทศ เช่นองค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ ยังเป็นแรงกดดันเชิงบวกต่อการดำเนินงานของหน่วยงานภายในประเทศด้วย

ส่วนภัยคุกคามที่ควรต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งคือกระแสสังคมแบบทุนนิยมและพฤติกรรมของคนในยุคโลกาภิวัตน์ การพึ่งพิงเทคโนโลยีในชีวิตความเป็นอยู่รวมไปถึงการผลิตทางเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม การเปิดเขตการค้าเสรีที่มากขึ้นทั้งประชาคมเสรีอาเซียน และ FTA ส่งผลให้เกิดความไม่มีเอกภาพในเรื่องนโยบายสุขภาพของรัฐบาล เพราะได้รับความสนใจน้อยกว่าเมื่อเทียบกับการรักษาผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ ทั้งที่ระบบราชการเป็นโครงสร้างหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพ ปัญหากลุ่มแรงงานข้ามชาติที่เข้าสู่ประเทศได้ง่ายขึ้นในอนาคต นำมาซึ่งการพึ่งพิงด้านงบประมาณในการป้องกันและควบคุมโรค

ความท้าทายที่อาจช่วยเพิ่มโอกาสในการดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นได้แก่การนำหลักการ "Health in all policy" ไปปฏิบัติให้เป็นจริง โดยการสร้างหลักฐานทางวิชาการเพื่อระบุมความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุกคามกับการเจ็บป่วย การสร้างเวทีให้ระดับปฏิบัติการกับระดับผู้บริหารได้ทำงานร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและแก้ไขปัญหาที่อาจเป็นข้อจำกัดในการดำเนินงานภายใต้กรอบแผนยุทธศาสตร์ที่วางไว้ การสร้างความรู้ ความเข้าใจและความตระหนักให้กับประชาชนและชุมชนในเรื่องปัจจัยคุกคามสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม การที่ภาคประชาชนมีส่วนร่วมอย่างแท้จริง ภายใต้บริบทของสังคม "พึ่งตนเองได้" น่าจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่ช่วยสร้างความยั่งยืนให้เกิดขึ้นกับระบบการป้องกันและควบคุมโรคของประเทศไทยได้

ข้อค้นพบเกี่ยวกับเนื้อหาของธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ หมวดที่ 5 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ พบว่าเนื้อหาโดยรวมสามารถใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านสุขภาพในลักษณะเครื่องมือเชิงเดี่ยวได้ แต่ในแง่เครื่องมือของ "รัฐ" เท่านั้น เนื่องจากมีความสอดคล้องกับเอกสารนโยบายที่สำคัญอื่นๆ ของประเทศ เช่น รัฐธรรมนูญแห่งพระราชอาณาจักรไทย 2550 และเนื้อหาส่วนมาตรการที่เขียนไว้ทั้งหมด 8 ข้อ มีความครอบคลุมการนำไปใช้กับกลไกทุกระดับ ตั้งแต่ระดับชาติ ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และระดับชุมชน แต่ส่วนใหญ่เน้นไปในเชิงกลไกระดับชาติ ในประเด็นเรื่องขอบเขตความหมายของคำสำคัญ พบว่ามีความแตกต่างกับการให้คำนิยามของหน่วยงานอื่นๆ เช่น คำว่าโรค ที่ไม่ได้ระบุประเภทไว้เหมือนกับขององค์การอนามัยโลก คำว่าปัจจัยคุกคามสุขภาพที่ไม่มีการระบุคำนิยามไว้โดยตรง แต่อนุมานได้ว่าเป็นปัจจัยเชิงลบจากภายนอกและมีกรอบของการนิยามที่ใกล้เคียงกับส่วนหนึ่งของปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social determinant of Health) แต่ครอบคลุมเฉพาะปัจจัยเชิงลบ ดังนั้น จากเนื้อหาและองค์ประกอบของธรรมนูญหมวดที่ 5 อาจทำให้เกิดการตีความในลักษณะแยกส่วนระหว่างการป้องกันกับการส่งเสริมสุขภาพ และมีความครอบคลุมปัญหาสุขภาพได้ชัดเจนเพียงบางด้าน

ข้อค้นพบต่อธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติในภาพรวม พบว่ายังมีความไม่ชัดเจนเรื่องของวัตถุประสงค์ในการจัดทำและการนำไปใช้ประโยชน์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกแสดงถึงความไม่เป็นที่รู้จักของธรรมนูญฯ (17 จาก 25 คน) ซึ่งส่งผลให้เกิดความไม่ชัดเจนในความจำเป็นของการมีธรรมนูญฯ รวมถึงวิธีการนำธรรมนูญฯ ไปอ้างอิงในการปฏิบัติงานจริง ทั้งนี้อาจด้วยข้อจำกัดของระเบียบวิธีวิจัยที่ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเฉพาะเจาะจงและเน้นการสัมภาษณ์บุคลากรในภาครัฐ แต่เข้าไปไม่ถึงชุมชนที่มีการจัดทำธรรมนูญพื้นที่ ส่วนความคิดเห็นต่อธรรมนูญในรายมาตรา พบว่าลักษณะการเขียนมีความเหมาะสมหากหน่วยงานจะนำไปอ้างอิงในการจัดทำแผนการปฏิบัติงานในระดับต่างๆ แต่อาจไม่มีผลผลักดันให้เกิดการบังคับใช้แผนการดำเนินงานที่เขียนไว้แล้วให้เกิดผลเป็นรูปธรรม ข้อเสนอแนะต่อการปรับปรุงธรรมนูญที่สำคัญสรุปได้ว่า ควรเน้นการสร้างความร่วมมือให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาคหน่วยงาน และภาคประชาชนตั้งแต่กระบวนการร่างธรรมนูญฯ ทำการประชาสัมพันธ์ให้ธรรมนูญฯ เป็นที่รู้จักและเป็นที่ยอมรับในฐานะกรอบหรือแนวทางในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพของประเทศ ในส่วนของเนื้อหาธรรมนูญฯ เห็นควรให้การวางเป้าหมาย และมาตรการต่างๆ ตั้งอยู่บนฉากทัศน์ของสังคมในอนาคต โดยมีเงื่อนไขตามบริบทของประเทศเป็นหลัก และเลือกใช้รูปแบบการสื่อสารเป็นเชิงบวกเพื่อส่งเสริมการดำเนินงานมากขึ้น

บทที่ 1 บทนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 กำหนด มาตรา 46 หมวด 5 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ(คสช.) จัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ โดยได้ระบุนัยสำคัญของ“ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ”ว่า “เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ” [1] เนื้อหามีลักษณะเป็นการแสดงเจตนารมณ์ร่วมและพันธะร่วมกันของสังคม การออกแบบมีลักษณะยืดหยุ่นเพื่อให้นำไปใช้ได้ ในหลายรูปแบบ เช่น เป็น ปรัชญา, หลักการ, แนวทาง, กรอบแนวคิด, เครื่องมือ, กลไก, มาตรการ และเงื่อนไขสำคัญ ในการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพ เพื่อให้สามารถนำไปสู่การกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ [2]

การจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เป็นกระบวนการต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ มีการใช้หลักฐานทางวิชาการ และเปิดโอกาสในการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วนโดยใช้ช่องทางสื่อสารรับฟังความเห็นที่หลากหลาย ตั้งแต่การประชุมระดมความคิดเห็นในเดือนกรกฎาคม ปี 2550 จนถึงกรณีกอปรายและได้รับการรับรองจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่หนึ่งในเดือน ธันวาคม 2551 หลักการสำคัญในการจัดทำธรรมนูญฯได้แก่การได้รับการยอมรับจากหน่วยงาน องค์การภาคีต่างๆ โดยมีคุณค่าอยู่บนพื้นฐานของวัฒนธรรมและภูมิปัญญาไทยตามบริบทที่เป็นจริง สามารถนำไปใช้ในการวางกรอบแนวทางและการอ้างอิงได้รวมทั้งสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง [2]

“ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552” เป็นธรรมนูญฉบับแรกประกอบด้วย 12 หมวด 111 ข้อสาระสำคัญเชิงเนื้อหาในหมวดต่างๆ ของธรรมนูญ ได้แก่ **หมวด 1 ปรัชญาและแนวคิดของระบบสุขภาพ** สุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชน ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและระบบความมั่นคงของประเทศ **หมวด 2 คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพ** ระบบสุขภาพจะต้องอยู่บนพื้นฐานของหลักคุณธรรม จริยธรรม มนุษยธรรม ธรรมภิบาล ความรู้และปัญญา **หมวด 3 การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพ** จะต้องครอบคลุมประชาชนทุกคนที่อยู่บนผืนแผ่นดินไทย และครอบคลุมการจัดการปัจจัยทั้งหมดที่กระทบสุขภาพ ไม่จำกัดเฉพาะหลักประกันการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเท่านั้น **หมวด 4 การสร้างเสริมสุขภาพ** เป็นไปเพื่อให้เกิดสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมทั้งทั้งสังคมมุ่งไปสู่การลดความเจ็บป่วย ความพิการ ความตายที่ไม่สมควร และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ตามแนวทาง “สร้างนำซ่อม” และส่งเสริมให้ชุมชนท้องถิ่นที่มีความเข้มแข็งด้านสุขภาพครอบคลุมร้อยละ 80 ของตำบลทั่วประเทศ **หมวด 5 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ** มุ่งสร้างเอกภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันควบคุมโรคและการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง สนับสนุนการกระจายอำนาจและเสริมสร้างขีดความสามารถของท้องถิ่นในการดำเนินงาน เช่น บทบาทในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ **หมวด 6 การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ** สนับสนุนให้ระบบบริการปฐมภูมิได้รับการยอมรับและเป็นที่พักพิงหลักของประชาชน โดยมีแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขประจำครอบครัวและสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์อย่างเป็นรูปธรรม **หมวด 7 การส่งเสริมสนับสนุนการใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น** สนับสนุนให้ประชาชนมีสิทธิเลือกใช้และเข้าถึงการแพทย์ระบบต่างๆอย่างเท่าเทียม มีเป้าหมายให้มีรายการยาไทยและยาพัฒนาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติอย่างน้อย ร้อยละ 10 มีโรงพยาบาลแพทย์แผนไทยต้นแบบ อย่างน้อยภาคละ 1 แห่ง และให้มีการจัดระบบ กลไก และงบประมาณสนับสนุนการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างพอเพียง **หมวด 8 การคุ้มครองผู้บริโภค** เร่งรัดการจัดตั้งองค์กรอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคตามรัฐธรรมนูญฯ จัดให้มีกลไกการเฝ้าระวัง ติดตาม ตรวจสอบสินค้าและบริการ และสนับสนุนให้ผู้บริโภคมีส่วนร่วมเพื่อให้ได้รับสินค้าที่มีมาตรฐาน คุณภาพ ปลอดภัย และเป็นธรรม มีระบบการเยียวยาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสม รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคจากผลกระทบของการจัดทำหนังสือสัญญาระหว่างประเทศ **หมวด 9 การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพ** นโยบายสาธารณะจะต้องพัฒนาจากฐานความรู้ที่รอบด้าน เพียงพอ เชื่อถือได้ เปิดเผยที่มาแหล่งความรู้ได้ **หมวด 10 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ** ต้องมีความเป็นกลาง เป็นธรรม ผ่านช่องทางที่เหมาะสม เพื่อให้ประชาชนสามารถนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจปรับพฤติกรรมสุขภาพ อันจะนำไปสู่สุขภาพะ **หมวด 11 การสร้างและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข** รัฐมีหน้าที่กำหนดนโยบาย การวางแผน การผลิต การพัฒนาและการกระจายบุคลากรสาธารณสุขอย่างเป็นระบบเพื่อตอบสนองความต้องการของประเทศ โดยบุคลากรสาธารณสุขมีปริมาณเพียงพอ บริการประชาชนร่วมกับกำลังคนด้านสุขภาพอื่นๆแบบสหวิชาชีพ **หมวด 12 การเงินการคลังด้านสุขภาพ** มุ่งสร้างความเป็นธรรมในการ

ได้รับประโยชน์จากการบริการสาธารณสุขที่รัฐสนับสนุน มุ่งลดสัดส่วนรายจ่ายเพื่อการบริการสาธารณสุขของประเทศ ลดจำนวนครัวเรือนที่ประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจจากการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ รวมถึงเพิ่มการจัดเก็บภาษีจากการบริการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นผลประโยชน์เชิงรุกและสินค้าที่ทำลายสุขภาพ [1]

ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีผลผูกพันหน่วยงานของรัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องที่ต้องดำเนินการต่อไปตามอำนาจหน้าที่ของตนตามมติคณะรัฐมนตรี อย่างไรก็ตามการแปลงธรรมนูญไปสู่การปฏิบัติควรเป็นไปโดยหลักการการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและสอดคล้องกับบริบทสังคมที่เปลี่ยนแปลง [2] นอกจากนั้น พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ยังกำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ มีหน้าที่ดำเนินการทบทวนธรรมนูญอย่างน้อยทุก 5 ปี [1, 3] ซึ่งสาระของธรรมนูญสามารถปรับเปลี่ยนได้ให้สอดคล้องตามสถานการณ์ของระบบสุขภาพ

ช่วงที่ผ่านมาพบว่าการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต สภาพการทำงานและความเป็นอยู่ของประชาชนไทย ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อภาวะเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไป ดังนั้นการทบทวนธรรมนูญจำเป็นต้องทราบสถานการณ์ของระบบสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพที่เกิดขึ้น ปัจจุบันข้อมูลเหล่านี้ถูกจัดทำและจัดเก็บอยู่ในฐานข้อมูลของหน่วยงานต่างๆบ้างแล้ว ซึ่งต้องการการรวบรวมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรอบด้าน

การทบทวนสถานการณ์ระบบป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพตามธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (จากนี้ไป เรียกว่า ธรรมนูญ) หมวด 5 ซึ่งเป็นเพียงหมวดเดียวจากทั้งหมด 12 หมวดของธรรมนูญ การทบทวนครั้งนี้อ้างอิงสาระในธรรมนูญพ.ศ.2552 โดยเป็น การศึกษาและทบทวนสถานการณ์ปัจจุบัน และศึกษาแนวโน้มในอนาคต ทั้งสิ่งคุกคามและสิ่งท้าทายใหม่ (New Threat New challenge) ที่เกี่ยวข้องกับหมวด 5 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพตามธรรมนูญ โดยนำข้อมูลจากหมวด 1– 3 ของธรรมนูญซึ่งเป็นหลักการและภาพพื้ ประสงค์ของระบบมา cross cutting ในการทบทวนสถานการณ์ระบบป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนและวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2555)
2. เพื่อประเมินสถานการณ์ และแนวโน้มที่จะเป็นความท้าทาย โอกาส ภัยคุกคามในระบบป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยอ้างอิงจากสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552
3. เพื่อสังเคราะห์สถานการณ์ และ ให้ข้อเสนอแนะทิศทางการที่จะเป็นในการกำหนดภาพอนาคตหรือภาพพื้ประสงค์ในอีก 10 ปีข้างหน้า

บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย

2.1 รูปแบบการวิจัยและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยใช้วิธีการศึกษาสามวิธีการ ได้แก่

วิธีการที่ 1 การทบทวนเอกสาร (Document review) ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ ทั้งระดับส่วนกลาง และพื้นที่, กฎหมายและพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535 และ เอกสารวิชาการ รายงานวิจัยต่างๆ เช่น รายงานสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ งานวิจัยธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ตำบล ชะแล ตำบลวัดโบสถ์ ตำบลเหมืองหม้อ ตำบลดอนมูล อำเภอสูงเม่น รวมถึงรายงานการประชุม เอกสาร โครงการ และข้อมูลข่าวสารจากสื่อในรูปแบบต่างๆ

วิธีการที่ 2 การร่วมสังเกตการณ์ (Observation) ในการประชุมที่เกี่ยวข้องกับโรคและปัจจัยคุกคาม จำนวนสี่ครั้ง เรียงลำดับตามวันที่ ดังนี้

- o 29 พฤศจิกายน - 1 ธันวาคม 2555: การประชุมขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ เพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของแผนงาน NCDs network ครั้งที่ 2 ณ บ้านผู้หว่าน จ. นครปฐม
- o 14 ธันวาคม 2555: การประชุมรับฟังความคิดเห็นของประชาชนผู้มีส่วนได้เสีย โครงการขยายกำลังการผลิตไว้นิลลอลไรต์โมโนเมอร์ โรงงาน ที่ 1 และ 2 ของบริษัท ไทย พลาสติกและเคมีภัณฑ์ จำกัด (มหาชน) ณ อำเภอมาบตาพุด จังหวัดระยอง
- o 20 ธันวาคม 2555: การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ประเด็นการปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
- o 18 กุมภาพันธ์ 2556: การประชุมขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ เพื่อป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของแผนงาน NCDs network ครั้งที่ 3 ณ โรงแรม ที เค พาเลซ กรุงเทพมหานคร

วิธีการที่ 3 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้สันักตกรณ (In-depth interview of key informants)

โดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structure interview guideline) ที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญสามประเด็น คือ (ก) สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (ข) สถานการณ์ โอกาส ภัยคุกคาม ในระบบป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยอ้างอิงจากสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 และ (ค) ข้อเสนอแนะทิศทางที่ควรจะเป็น ในการกำหนดภาพอนาคตหรือภาพพึงประสงค์ในอีก 10 ปีข้างหน้าของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (ดูภาคผนวก 1 แบบสัมภาษณ์) ทำการคัดเลือกผู้สันักตกรณทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม โดยการคัดเลือกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมากที่สุดอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) จากนั้นใช้วิธีการบอกต่อเป็นทอดๆ (Snowball technique) ในการขยายจำนวนผู้สันักตกรณ ซึ่งผู้สันักตกรณถูกเลือกจากจังหวัดขอนแก่นและศรีสะเกษด้วยเรื่องของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดระยองเรื่องปัญหาสิ่งแวดล้อม และ จังหวัดนครราชสีมาเรื่องโรคติดต่อ รวมผู้สันักตกรณทั้งสิ้น 25 ท่าน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 หน่วยงานและจำนวนผู้ถูกสัมภาษณ์

หน่วยงาน	จำนวน
ภาครัฐส่วนกลาง (กรมอนามัย 2, กรมควบคุมโรค 6, นักวิชาการส่วนกลางในกระทรวงสาธารณสุข 2, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 1, ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ 1)	12
ภาครัฐส่วนภูมิภาค (สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคระดับจังหวัดนครราชสีมา)	1
ภาครัฐระดับพื้นที่/ท้องถิ่น (ระยอง 2, ขอนแก่น 2, ศรีสะเกษ 2)	6
นักวิชาการมหาวิทยาลัย	3
ตัวแทนเครือข่ายประชาสังคม	1
อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน	2
รวม	25

2.2 ขอบเขตการศึกษา

ประเมินสถานการณ์ระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยเชื่อมโยงกับสาระใน ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 โดยพิจารณาสาระว่ามีสถานการณ์ใดเปลี่ยนแปลงไป ไม่เข้ากับบริบทปัจจุบัน สาระที่ระบุไว้ในธรรมนูญฯ หมวด 5 เรื่องใดต้อง 1) ต่อยอดต่อ 2) เขียนหรือทำให้ชัดเจนขึ้น 3) ลบออกไป เพราะไม่ใช่สถานการณ์อีกต่อไป 4) ต้องใส่สาระเพิ่มเติมเพราะเป็น New Threat New challenge หรือ ส่วนที่ขาดหายไป

2.3 กรอบประเด็นที่ศึกษา

2.3.1 องค์ประกอบย่อย (subsystem) ของระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ และบทบาทหน้าที่ของแต่ละกลไก/องค์ประกอบย่อยพร้อมทั้งความสัมพันธ์เชื่อมโยง

2.3.2 บริบทระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่เปลี่ยนไปและแนวโน้ม โดยครอบคลุมการดำเนินงานของภาคีภาคส่วนต่างๆ ในแต่ละระบบย่อยของระบบการป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ และวิเคราะห์เชื่อมโยงกับสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ตั้งแต่ส่วนปรัชญา หลักการในหมวด 1-3 และหมวดเฉพาะ (หมวด 5)

2.3.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชื่อมโยงระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ณ ปัจจุบัน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานดังกล่าวที่ระบุไว้ในธรรมนูญฯ

2.3.4 ข้อเสนอการปรับเนื้อหาในธรรมนูญฯในส่วนที่เกี่ยวข้องกับระบบการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เช่น ทิศทางที่ควรเป็นของระบบฯ ประเด็นการสร้างเอกภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันควบคุมโรคและการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง สนับสนุนการกระจายอำนาจและเสริมสร้างขีดความสามารถของท้องถิ่นในการดำเนินงาน เช่น บทบาทในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

บทที่ 3 ผลการศึกษา

3.1 สถานการณ์โรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพของประชาชนไทย

สถานะสุขภาพของประชาชนไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยแวดล้อมที่อยู่รอบตัว ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและค่านิยม ทิวทัศน์ ทำการศึกษาและสรุปสถานการณ์ความเจ็บป่วยของประชาชนและปัจจัยคุกคามสุขภาพในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา สามารถสรุปโดยย่อได้ดังนี้

โครงสร้างประชากร

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลได้ประมาณจำนวนประชากรของประเทศไทยปีพ.ศ. 2555 ไว้เท่ากับ 64 ล้านคน สัดส่วนระหว่างเพศหญิงและเพศชายใกล้เคียงกัน ประชากรส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตชนบท (36 ล้าน) มากกว่าเขตเมือง (28 ล้าน) กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดที่มีประชากรอาศัยอยู่มากที่สุดถึงประมาณ 8 ล้านคน [4] ประเทศไทยกำลังก้าวไปเป็น สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ เนื่องจากด้วยสาเหตุสำคัญ 2 ประการ ประการแรกคือประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดยืนยาวขึ้นเมื่อเทียบกับอดีต ในปี พ.ศ. 2555 ประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 70 ปีในเพศชายและ 77 ปี ในเพศหญิง ทั้งนี้เป็นผลจากความก้าวหน้าทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประการที่สองคือ อัตราการเกิดและอัตราการเพิ่มของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง [5]

ภาระโรค: สาเหตุการตาย

การศึกษาภาระโรคของประชากรไทยในพ.ศ. 2552 กลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่ตายมากที่สุด สาเหตุการตายของประชากรไทยรวมทุกกลุ่มอายุ สามอันดับแรก ได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อุบัติเหตุจราจรเป็นอันดับที่ 4 ส่วนการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอันดับที่ 7 [7]

ภาระโรค: การสูญเสียปีสุขภาวะ

การประเมิน 'ความสูญเสียปีสุขภาวะ' จากการตายก่อนวัยอันควรรวมกับจำนวนปีที่สูญเสียจากความพิการของประชากรไทย พบว่าสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งในปี พ.ศ. 2547 และ 2555 มีรูปแบบคงเดิม คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อนมากที่สุด (ร้อยละ 65 และ 73 ของการสูญเสียทั้งหมด ตามลำดับ) รองลงมาคือกลุ่มโรคติดต่อ และ ตามด้วยกลุ่มการบาดเจ็บ

ปี พ.ศ. 2555 สาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุด 10 อันดับแรก ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 42 จากการสูญเสียทั้งหมด โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะมากถึง 8 ลำดับ อีกสองอันดับเป็น อุบัติเหตุจราจร (ลำดับที่ 2) และ เอชไอวีเอดส์ (ลำดับที่ 5)

ปัจจัยเสี่ยง

รายงานภาระโรค พบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และ ความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงสามอันดับแรกที่ทำให้เกิดการสูญเสียมากที่สุดในเพศชาย และภาวะน้ำหนักเกิน การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และ ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสามอันดับแรกในเพศหญิง

ข้อเท็จจริงเรื่องภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงนี้เชื่อมโยงกับคำอธิบายที่ว่าประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดสูงขึ้น แนวโน้มของความเจ็บป่วยและการตายย่อมมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุมากที่สุด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการตายและความเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคส่วนใหญ่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้จะยังคงเป็นสาเหตุหลักของการตายและการเจ็บป่วยของประชากรไทยทั้งในปัจจุบันและอนาคต

3.2 กรอบแนวคิดเรื่องภาระโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ

กรอบแนวคิดเรื่องโรคมีความแตกต่างกันระหว่างกรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก [8] ที่มีการแบ่งเป็นสามกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อ กลุ่มโรคติดต่อ และกลุ่มการบาดเจ็บ และกรอบแนวคิดของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการแบ่งเป็นห้ากลุ่ม ได้แก่ โรคระบาด โรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย โรคไม่ติดต่อ และ โรคจากการปนเปื้อนของสารต่างๆในสิ่งแวดล้อมและอาหาร

ในตอนที่ผ่านมา การนำเสนอสถานการณ์โรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพเป็นการนำเสนอตามกรอบขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากการศึกษาภาระโรคใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก แต่การนำเสนอสถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพในตอนต่อไปนี้จะใช้กรอบของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้เข้ากับสถานการณ์การทำงานของประเทศไทย และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อให้สอดคล้องกับ ธรรมนูญฯ หลักการของหมวด 5 ข้อ 32 ที่ได้มีการกล่าวถึงสิ่งแวดล้อม ดังนี้ "หลักการ ข้อ 32 บุคคลมีสิทธิดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน..."

3.3 สถานการณ์ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ

โรคระบาดและโรคติดต่ออุบัติใหม่

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ทั้งโรคติดต่อชนิดใหม่ที่เพิ่งค้นพบการระบาดในมนุษย์ หรือโรคติดต่อที่พบในพื้นที่ใหม่ เช่น โรคเอดส์ โรคซาร์ส โรคติดต่อไวรัสนิปปาห์และไวรัสเฮนดรา (Nipah and Hendra viral disease) โรคติดต่อไวรัสอีโบล่า-มาร์บูร์ก (Ebola-marburg viral disease) โรคไข้เวสต์ไนล์ (West Nile fever) โรคสมองฝ่อ (variant-Creutzfeldt-Jakob disease) หรือเกิดจากเชื้อโรคที่กลายพันธุ์ เช่น เชื้อไข้หวัดนก (H5N1) เชื้อไข้หวัดใหญ่ A (H1N1) pdm09 ที่ระบาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2552 เชื้ออีโคไลโอ104 (E.coli O104) โรคไข้กาฬหลังแอ่นจากเชื้อสายพันธุ์ใหม่ เชื้อโรคดีอียา รวมทั้งโรคติดต่ออุบัติซ้ำ ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่เคยแพร่ระบาดในอดีตและสงบไปแล้ว แต่กลับระบาดขึ้นใหม่ เช่น โรคไข้ปวดข้อยุงลาย (Chikungunya fever) กาฬโรค รวมถึงความเสี่ยงจากโรคติดต่อที่ใช้เป็นอาวุธชีวภาพ (Bioterrorism) เช่น แอนแทรกซ์ ไซทรพิษ เป็นต้น

การเกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่เป็นผลจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและพฤติกรรมมนุษย์ การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค การใช้ยาไม่ถูกต้องซึ่งทำให้เกิดการดื้อยาปฏิชีวนะ การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงทางนิเวศวิทยาของสัตว์นำโรคและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งภาวะโลกร้อน ทั้งนี้โรคติดต่ออุบัติใหม่ส่วนใหญ่มีความซับซ้อนยากต่อการจัดการ หากขาดระบบและเครื่องมือป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพแล้ว โรคเหล่านี้อาจก่อความสูญเสียต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน และอาจส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล

สำหรับประเทศไทย เกิดโรคติดต่ออุบัติใหม่อยู่เป็นระยะๆ เช่น พบผู้ป่วยโรคซาร์สในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546 พบการระบาดของโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีก ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2551 ซึ่งทำให้พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตในช่วงปี พ.ศ. 2547-2549 และยังคงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการแพร่กระจายเชื้อจากประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเอเชีย การระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ Pandemic (H1N1) 2009 หรือ ไข้หวัดใหญ่ 2009 ในปี พ.ศ. 2552 ทำให้มีผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โรคไข้ปวดข้อยุงลาย (Chikungunya fever) กลับมาอีกในปี พ.ศ. 2551-2552 โรคเลิเจียนเนร์ (Legionellosis) ทำให้มีนักท่องเที่ยวต่างชาติดูป่วยเป็นระยะ โรคเมลิออยโดสิส (Meliodosis) พบมากขึ้นในประเทศ โรคมือเท้าปาก (Hand, Foot and Mouth disease; HFMD) ที่เกิดจากเชื้อที่มีความรุนแรงก็พบบ่อยขึ้น

ในช่วงปี พ.ศ. 2551 - 2553 การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไขและเตรียมพร้อมรับมือปัญหาโรคไข้หวัดนกและการระบาดใหญ่ของโรคไข้หวัดใหญ่ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2551-2553) ประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ กล่าวคือ สามารถลดการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในสัตว์เศรษฐกิจ สัตว์พื้นเมือง สัตว์ป่า สิ่งแวดล้อม ลดโอกาสการติดต่อระหว่างสัตว์และคน หน่วยงานในภาคส่วนต่างๆ มีความพร้อมและสามารถจัดการในภาวะฉุกเฉินด้านโรคติดต่ออุบัติใหม่ มีระบบการป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรคที่ชัดเจน มีความพร้อมในด้านกาวิจัย ดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติ

ใหม่ โดยทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ของประเทศ และประเทศไทยสามารถจัดการความรู้ วิจัยและพัฒนาต้านโรคติดต่ออุบัติใหม่จนสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น ถึงแม้ว่า กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นหัวเรี่ยวหัวแรงหลักในการป้องกันและควบคุมโรคระบาดและโรคติดต่ออุบัติใหม่ แต่การทำงานให้ได้ผลดีต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐนอกกระทรวงสาธารณสุข เช่น ปศุสัตว์ เกษตร ภาคเอกชน ประชาสังคม รวมทั้งสื่อมวลชนด้วย

โรคติดต่อและโรคติดต่ออันตราย

ในอดีตโรคติดต่อเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยและการตายของคนไทย โดยเฉพาะโรคระบาดที่แพร่กระจายตามแหล่งน้ำ อากาศ และทางพาหะอื่นๆ แต่ปัจจุบันนี้ดูเหมือนว่าโรคติดต่อจะมีความสำคัญน้อยลงในฐานะสาเหตุการตายของคน ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างรวดเร็วจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการที่โรคติดต่อหลายชนิดถูกกำจัดและควบคุมการระบาดให้อยู่ในขอบเขตจำกัดด้วยประสิทธิภาพของเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ก้าวหน้าของวงการแพทย์ และสาธารณสุขสมัยใหม่ เช่น การฉีดวัคซีน ยาฆ่าเชื้อ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม โรคติดต่อจำนวนมากยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญสำหรับประเทศไทย ดังที่กล่าวไปข้างต้นว่าการติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เป็นโรคติดต่อชนิดเดียวที่ติด 10 อันดับโรคที่ทำให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุด [7]

เรื่องโรคเอดส์นั้น ใน พ.ศ. 2554 ที่ผ่านมา ประเทศไทย ได้ตั้งเป้าหมายจะลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งของที่คาดการณ์ไว้ คือ 10,097 ราย ตามข้อตกลงของความร่วมมือระหว่างประเทศภายใต้แผนรณรงค์การเข้าถึงอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมและตามเป้าหมายของแผนบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2554 [28] แต่ไม่สามารถทำได้สำเร็จตามที่ตั้งไว้ และใน พ.ศ. 2555 ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมในประเทศไทยประมาณ 1.2 ล้านคน [29] แสดงให้เห็นว่าปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย แม้ว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา และอัตราการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อที่มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน เนื่องจากสามารถเข้าถึงการรักษาและเข้าถึงยาต้านไวรัสได้มากขึ้นเมื่อยาต้านไวรัสถูกจัดไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวียังคงรุนแรงในบางจังหวัดโดยเฉพาะในจังหวัดท่องเที่ยว เช่น ภูเก็ต เชียงใหม่ [30] และบางกลุ่มประชากร โดยจากข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา บ่งชี้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ยังไม่ลดจำนวนลง กลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มจากร้อยละ 0.18 ใน พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 0.47 ใน พ.ศ. 2554 [31]

ด้านการป้องกันและควบคุมโรค ประเทศไทยผ่านประสบการณ์การต่อสู้กับการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีมานานกว่าสามสิบปี แม้ในบางช่วงจะประสบกับปัญหาด้านเศรษฐกิจและการเมือง แต่ยังมี ความก้าวหน้าในการจัดการกับปัญหาเอดส์ในหลายด้าน โดยมีแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติที่มีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนมาโดยตลอด มีการจัดตั้งศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) ภายใต้กรมควบคุมโรค โดยทำหน้าที่เป็นเลขานุการคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการเฝ้าระวังปัญหาการติดเชื้อและพฤติกรรมเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และสามารถนำข้อมูลทางด้านระบาดวิทยาดังกล่าวมาจัดทำแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคให้ตรงกับประชากรที่เป็นเป้าหมายสำคัญ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม และกรมบัญชีกลางมีส่วนในการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสำหรับการใช้ยาต้านไวรัส แต่ก็ยังมีส่วนที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ การส่งเสริมการเรียนรู้เพศศึกษาอย่างรอบด้าน ซึ่งยังมีจุดอ่อนคือขาดนโยบายที่ชัดเจนในระดับชาติ การกำหนดหลักสูตรของกระทรวงศึกษาธิการ และทัศนคติของผู้บริหาร รวมไปถึงครูผู้สอน ในขณะที่การเข้าถึงสื่อয়ู่ยทางเพศทำได้ง่ายและมีจำนวนมากขึ้น

ผลการสำรวจพฤติกรรมในกลุ่มเยาวชนที่พบว่า การมีคูเพศสัมพันธ์หลายคนและการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันมีมากขึ้น สำหรับกลุ่มประชากรเสี่ยงสูง เช่น พนักงานบริการหญิงที่ทำงานบริการนอกสถานบริการ ยังคงมีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากกลุ่มพนักงานบริการเหล่านี้ยังเข้าไม่ถึงระบบบริการป้องกัน ดูแล รักษา รวมทั้งไม่ได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การติดเชื้อเอชไอวียังอยู่ในระดับสูงและไม่มีแนวโน้มลดลงในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในเมืองใหญ่และจังหวัดท่องเที่ยวที่สำคัญ นอกจากนี้ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงอีกกลุ่มหนึ่งที่มี

อัตราการติดเชื้อสูง เนื่องจากลักษณะการทำงานและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านภาษาที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการป้องกันการติดเชื้อ

โรคไม่ติดต่อ

ข้อมูลภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง ปี พ.ศ. 2547 และ 2552 พบว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อประกอบด้วย 4 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ (cardiovascular disease) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (Chronic respiratory disease) โรคเบาหวาน (Diabetes) และโรคมะเร็ง (Cancer) เป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการตายของประชากรไทย ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่พบว่าสี่โรคเหล่านี้เป็นสาเหตุการตายหลักของคนทั่วโลกประมาณ 35 ล้านคน ซึ่งคิดเป็น 60% ของสาเหตุการตายทั้งหมด กลุ่มโรคไม่ติดต่อนี้ สามารถป้องกันได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ แนวโน้มของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทั้งในระดับโลกและประเทศ รวมทั้งประเทศไทยด้วย

สาเหตุการเกิดโรคไม่ติดต่อเหล่านี้มาจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ อาทิเช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะเบาหวาน ไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ภาวะอ้วนดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน รวมทั้งการขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารไม่พอ และสูบบุหรี่ ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ปัจจัยจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเพิ่มขึ้นเป็นแบบทวีคูณ ปัจจัยเหล่านี้นอกจากจะเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจแล้ว ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมของการเกิดโรคอื่นๆ อีกหลายโรค เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคทางเดินหายใจหรือหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง เป็นต้น

สถานพยาบาลต่างๆ จัดบริการการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้แก่ประชาชน ทำให้มีประชาชนเข้าถึงบริการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น [11] เมื่อพบว่าตนเองป่วยแล้วมีการเข้าถึงบริการมากขึ้นภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในประเทศไทยโดยเฉพาะ ภาวะน้ำหนักเกิน การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การขาดกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [9] ได้มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อโดยสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในระดับจังหวัด (province-base system of health) รวมถึงเขต ภาค และประเทศ มีการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อมาแล้วรวม 4 ครั้ง คือ พ.ศ. 2547 (35 จังหวัด), พ.ศ. 2548 (76 จังหวัด), พ.ศ. 2550 (38 จังหวัด) และ พ.ศ. 2553 (76 จังหวัด) โดยเป็นการสำรวจภาคตัดขวางในระดับบุคคลของประชากรไทยที่มีอายุ 15-74 ปี ผลจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อพบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ มีแนวโน้มสูงขึ้น เช่น การมีภาวะน้ำหนักเกินมากขึ้น การไม่รับประทานอาหารผัก ผลไม้เพียงพอ การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ [10] การบริโภคเกลือหรือโซเดียมคลอไรด์เพิ่มขึ้น 3 เท่าตัว จากนิสัยชอบกินผลไม้จิ้มเกลือ หรือน้ำปลา การใช้เกลือแกงที่มีสารอันตรายอย่างโซเดียมหรือโซเดียมคลอไรด์ในการถนอมอาหารและปรุงอาหาร นอกจากนี้ การกินขนมกรุบกรอบเป็นประจำของเด็กประถมศึกษาพบว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้น [24]

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งในพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่สร้างผลกระทบแง่ลบให้แก่ผู้ดื่มและครอบครัว ทั้งทางเศรษฐกิจและทางสังคม เพราะเป็นต้นเหตุของภาระค่าใช้จ่าย ความยากจน การใช้ความรุนแรง และอุบัติเหตุ ทางด้านสุขภาพ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคหลายชนิด เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจและมะเร็งตับ สถานการณ์การควบคุมป้องกันโรคจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ผ่านมา ในภาพรวมทำได้ดีขึ้นบางเรื่อง มาตรการที่นำมาใช้แก้ปัญหาที่มีหลายรูปแบบแต่เน้นมาตรการทางกฎหมายเป็นหลัก เช่น การควบคุมการโฆษณา ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าเริ่มไม่ได้ผลและไม่ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในช่องทางใหม่เช่น Internet, social network อีกทั้งการบังคับใช้กฎหมายและกำกับติดตามยังไม่เป็นรูปธรรม มาตรการทางภาษีแม้มีการปรับปรุงและพัฒนาเป็นลำดับแต่ยังถือว่าล่าช้าเมื่อเทียบกับอัตราค่าครองชีพที่สูงขึ้น การควบคุมโดยใช้มาตรการทางภาคประชาสังคมร่วมด้วยให้ผลการดำเนินงานที่ดีกว่า เช่น มาตรการงดเหล้างานบุญ งดเหล้าเข้าพรรษา สถานการณ์ในอนาคตยังไม่มีความแน่นอนเนื่องจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นสินค้าที่อยู่ระหว่างการตกลงเจรจาเขตการค้าเสรี นโยบายทางการค้าและการเมืองที่เปลี่ยนแปลงย่อมส่งผลต่อนโยบายการควบคุมและป้องกันโรคจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างไม่อาจหลีกเลี่ยง

สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อและปัจจัยคุกคามที่ผ่านมามีการเตรียมตัวรับมือกับแนวโน้มของโรคที่เพิ่มสูงขึ้นได้ดี มีการเขียนแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่ชัดเจน ทั้งแผนยุทธศาสตร์แบบบูรณาการ เช่นแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย และแผนยุทธศาสตร์เฉพาะประเด็น เช่น แผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ [26] หลายหน่วยงานได้วางโครงการหรือแผนงานเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและโรคผ่านมาตรการจำนวนมากเช่น แผนการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค ที่มีมาตรการในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิตผ่านกลไกของยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย สำนักโรคไม่ติดต่อยังขยายผลการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยจัดให้มีการประเมินระบบเฝ้าระวัง และพัฒนากลไกในการเฝ้าระวังและสร้างเครือข่าย ตลอดจนพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบการสื่อสารเตือนภัยในชุมชนเพื่อลดความเสี่ยง การพัฒนาระบบบริการโดยเน้น fast track stroke unit และสนับสนุนงานวิจัย รวมถึงการพัฒนากระบวนการดำเนินงานป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อในวิถีชีวิตด้วยการลดการบริโภคเกลือ [27]

แผนงานที่สำคัญสำหรับการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติที่มีการบูรณาการหลายกลุ่มโรค ได้แก่แผนสุขภาพวิถีชีวิตไทย ซึ่งในยุทธศาสตร์ที่ 4 กล่าวถึงการพัฒนากระบวนการเฝ้าระวังและการจัดการโรคโดยมีเป้าหมาย 3 ด้านคือการมีระบบเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงและโรควิถีชีวิตที่มีคุณภาพมาตรฐานโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน, กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองที่มีคุณภาพ ครอบคลุม และสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง และกลุ่มป่วยมีระบบและมาตรฐานในการจัดการโรคและภาวะแทรกซ้อนและการดูแลส่งต่อผู้ป่วยโรควิถีชีวิตแบบบูรณาการเป็นองค์รวม [10]

การดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นการทำงานอย่างเชื่อมโยงหลายระดับและหลายภาคส่วนทั้งหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง องค์กรท้องถิ่น และภาคประชาสังคม จากข้อมูลของกรมควบคุมโรคพบว่า การดำเนินงานของภาครัฐในระดับจังหวัดสามารถดำเนินงานผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมควบคุมโรค [10] ได้ตามเป้าหมายถึง 70 จังหวัดคิดเป็นร้อยละ 90.3 แม้ว่าการดำเนินงานรายองค์ประกอบอาจยังไม่ครอบคลุม การบริการคัดกรองโรคที่สำคัญเช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูงและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การกำหนดนโยบายและแผนงานและการดำเนินงานป้องกันควบคุมความเสี่ยงในชุมชนในภาพรวมนั้น นโยบายด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังรวมทั้งรูปแบบกิจกรรมยังขาดความชัดเจน การบูรณาการของหน่วยงานภาครัฐและหน่วยงานภายนอกยังไม่เป็นรูปธรรม การประสานความร่วมมือระหว่างจังหวัดกับส่วนกลางยังมีช่องว่างมาก ตลอดจนขาดการสนับสนุนเรื่องสื่อความรู้ต่างๆ การดำเนินงานมีความซ้ำซ้อนโดยเฉพาะการเก็บข้อมูล ที่ยังไม่เป็นระบบ มีความยุ่งยากในการจัดเก็บและขาดการนำไปใช้ นอกจากนี้การทำงานตามแผนยุทธศาสตร์ยังมีข้อจำกัดเรื่องการติดตามประเมินผล การขาดการสนับสนุนงบประมาณและกำลังคน รวมทั้งพบจุดอ่อนที่แผนยุทธศาสตร์ทั้งหลายไม่มีข้อมูลมัดหากไม่มีการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

การปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานต่อจากนี้ควรผลักดันให้การควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับความสนใจอย่างต่อเนื่อง มีการสนับสนุนเรื่องงบประมาณและองค์ความรู้จากผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนทบทวนเกณฑ์การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเรื้อรังให้ทันสมัยเหมาะสมต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การถ่ายทอดนโยบายสู่พื้นที่ให้เป็นทิศทางเดียวกันและมีแนวทางที่ชัดเจนรวมทั้งให้การสนับสนุนด้านการสื่อสารและองค์ความรู้ในการดำเนินงานอย่างเต็มที่ [27]

โรคมะเร็งเป็นอีกโรคหนึ่งที่สำคัญ จึงขอเสนอเป็นการเฉพาะ มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่ใช้ระยะเวลานานหลายปีในการก่อโรคและแสดงอาการ เมื่อประชาชนมีแนวโน้มที่จะอายุยืนยาวขึ้น ก็ย่อมมีโอกาสสัมผัสสารก่อมะเร็งมากขึ้นทั้งจากสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมทางสุขภาพ ในรายงานทะเบียนมะเร็งปีพ.ศ. 2553 และ 2554 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่ไดรวบรวมสถิติการเกิดโรคมะเร็งจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลทั่วประเทศพบว่า จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ [14], [15] เมื่อเรียงลำดับประเภทของมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดนั้น แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงอันดับในแต่ละปีทั้งเพศชายและหญิง แต่โดยสถิติแล้วมี 5 ประเภทที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ มะเร็งลำไส้ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอดและหลอดลม มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก [15] ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งได้แก่ การติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แอลกอฮอล์ สารอะฟลาทอกซิน [20] การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และสารไนโตรซามีน [21]

สถานการณ์การควบคุมโรคมะเร็งที่ผ่านมา มีหน่วยงานหลักที่ดำเนินการคือ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และมหาวิทยาลัยหลายแห่ง ประสบการณ์จากอดีตพบปัญหาในหลายประเด็น โดยเฉพาะระบบการเฝ้าระวังและคัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยที่ยังไม่มีประสิทธิภาพ ความไม่ชัดเจนของนโยบายในการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งในระดับชาติ การที่ประเทศไทยไม่มีแผนยุทธศาสตร์มะเร็งระดับชาติทั้งที่โรคมะเร็งกำลังมีแนวโน้มสูงขึ้นและเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญของคนทั้งประเทศ ปัญหาเหล่านี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความไม่มีเอกภาพในการทำงานทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่ของหน่วยงานต่างๆ ความไม่ชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในฐานะเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานเพื่อจัดการปัญหาโรคมะเร็ง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงผู้บริหารระดับสูงส่งผลให้เกิดความไม่ต่อเนื่องของการดำเนินงานภายใต้โครงการระยะยาว ตัวอย่างเช่นเหตุการณ์ที่มีโครงการวาระคนอีสานในปีพ.ศ. 2552 ซึ่งเกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการวางแผนการควบคุมป้องกันและรักษาโรคมะเร็งท่อน้ำดีอย่างเป็นระบบ ไม่ได้รับงบประมาณและไม่ได้รับอนุมัติให้เริ่มดำเนินการต่อเมื่อเปลี่ยนผู้บริหาร นอกจากนี้ประเทศไทยไม่มีมาตรการทางกฎหมายเช่น พระราชบัญญัติเกี่ยวกับโรคมะเร็งโดยเฉพาะ ดังเช่นในต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา [22] และอังกฤษ [23]

โรคจากการปนเปื้อนของสารต่างๆในสิ่งแวดล้อมและอาหาร

ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมของคนในสังคมโลก ก่อให้เกิดผลกระทบเปลี่ยนแปลงสภาพสิ่งแวดล้อม และระบบนิเวศน์ในวงกว้างอย่างรุนแรง การเพิ่มขึ้นของประชากรและการขยายขนาดของเมืองไปสู่พื้นที่ชนบท การเพิ่มขึ้นของชุมชนแออัด การลดพื้นที่การเกษตรเพื่อเพิ่มพื้นที่อุตสาหกรรม เหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมตามมาทั้งสิ้น ทั้งปัญหามลพิษทางอากาศ ปัญหาน้ำเน่าเสีย และปัญหาจากการใช้สารเคมี เป็นต้น ผลพวงจากปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบรบกวนคุณภาพชีวิตของคน ทั้งปัญหาคุณภาพน้ำ ปัญหาเหตุรำคาญและขยะเน่าเสีย รวมทั้งเป็นต้นเหตุให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น อาจกล่าวได้ว่ามลพิษ และสารเคมี กำลังกลายเป็นสารก่อโรครสมัยใหม่ (Modern Hazard) ซึ่งมีบทบาทมากขึ้นแทนที่สารก่อโรคที่เป็นกลุ่มเชื้อโรค เช่น แบคทีเรีย พยาธิ อย่างแต่ก่อน [33] [34] [35] จากข้อมูลสถิติสุขภาพของเทศบาลนครระยอง ซึ่งได้รับผลจาก Modern Hazardโดยตรงเนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมตั้งอยู่ พบว่ามีปัญหาทางสิ่งแวดล้อมและสังคมมากมายเกิดขึ้น ทั้งขยะล้นเมือง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมถูกทำลาย มลพิษทางอากาศ การจราจรติดขัด ปัญหาด้านสุขภาพทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน [36] จากการติดตามตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อมของกรมควบคุมมลพิษ ในปี พ.ศ. 2549 พบว่า ปัญหาคุณภาพอากาศยังคงเป็นฝุ่นละออง ซึ่งเป็นปัญหามากในบริเวณที่มีการจราจรคับคั่งและเขตอุตสาหกรรม เช่น กรุงเทพมหานคร สมุทรปราการและสระบุรี [34] จังหวัดระยองเป็นเขตอุตสาหกรรมที่รัฐมีนโยบายให้ขยายพื้นที่นิคมฯมากขึ้น มีการถมทะเลเพื่อสร้างพื้นที่ใหม่ ทำให้มีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก เช่น การตั้งนิคมเหมราช, โรงกลั่นน้ำมัน, โรงไฟฟ้าถ่านหิน แม้โรงงานต่างๆจะมีมาตรฐานในการดำเนินงานและกำจัดของเสีย แต่ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อระบบนิเวศน์เป็นสิ่งที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ การถมที่ดินเพิ่มพื้นที่อุตสาหกรรมทำให้น้ำทะเลเปลี่ยนทิศทาง เกิดกระแสน้ำกัดเซาะชายหาดทำให้พื้นที่ชายหาดทรุดตัว ระบบการระบายความร้อนของเครื่องจักรในโรงงานอุตสาหกรรมด้วยน้ำแล้วปล่อยลงทะเล ทำให้อุณหภูมิน้ำทะเลร้อนขึ้น สัตว์น้ำตายจำนวนมากตายจากความร้อน กระแทกกระเทือนต่อระบบนิเวศน์และอาชีพประมง คว้นจากการทำงานของเครื่องจักรในโรงงานอุตสาหกรรม และก๊าซต่างๆที่ปล่อยจากการเผาไหม้ที่ถูกปล่อยออกมา เหล่านี้ล้วนเป็นส่วนผสมที่ทำให้เกิดมลภาวะทางอากาศทั้งสิ้น แม้ว่าการกำจัดคว้นและกรองอากาศของโรงงานต่างๆจะทำตามมาตรฐานที่รัฐกำหนด [36]

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและระหว่างประเทศได้หาทางออกโดยการวางมาตรการต่างๆร่วมกัน จากเดิมที่ความร่วมมือมีอยู่อย่างจำกัด เริ่มจากในปีพ.ศ.2550 มีการรับรองจากรัฐมนตรีด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อมของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก ณ กรุงเทพมหานคร คือ “กฎบัตรความร่วมมือด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อมของประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก” (Charter of the Regional Forum on Environment and Health Southeast and East Asian Countries- Framework for Cooperation) รวมทั้งมีการประกาศ “ปฏิญญากรุงเทพฯ ว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ” (Bangkok Declaration on Environment and Health) ซึ่งเป็นการร่วมกันเห็นชอบกับแผนการดำเนินงานด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อมของภูมิภาคฯ ใน 6 สาขา คือ 1. คุณภาพอากาศ 2. น้ำ สุขอนามัยและการสุขาภิบาล 3. ขยะมูลฝอยและของเสียอันตราย 4. สารเคมีเป็นพิษและ

สารอันตรราย 5. การเปลี่ยนแปลงภาวะอากาศ การลดลงของชั้นโอโซนและการเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศน์ และ 6. การวางแผนการเตรียมการและการปฏิบัติการในภาวะฉุกเฉินด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม [34]

ในประเทศไทยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2552-2554 ขึ้น โดยความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันการศึกษาและประชาชน เพื่อสร้างแนวทางการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างครอบคลุมแบบมีส่วนร่วม โดยสอดคล้องกับแนวทางตามกรอบกฎบัตรฯ และคำนึงถึงบริบทประเทศไทยและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของภูมิภาคและโลก เป็นสำคัญ ซึ่งหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 1 แล้วได้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานภายหลังพบว่า ร้อยละ 60 มีการดำเนินกิจกรรมและโครงการตามแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่มีอยู่แล้ว และมีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ฯ มาตรการที่ดำเนินงานมากที่สุด คือ การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้ ส่วนมาตรการที่ดำเนินงานน้อยที่สุดคือ การพัฒนาองค์ความรู้ และการศึกษาวิจัย นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดของการดำเนินงานที่สำคัญได้แก่ กระบวนการขับเคลื่อนแผนสู่การปฏิบัติมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอ ปัญหาด้านงบประมาณ และบุคลากร ด้วยข้อจำกัดในการดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อมตามแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ด้านมลพิษและสถานะสุขภาพของประชาชนในช่วงปี พ.ศ. 2552-2553 จึงยังพบปัญหาต่างๆ ที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เช่น ปัญหาการจัดการน้ำเสีย การจัดการสุขภาพที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ปัญหาการจัดการขยะมูลฝอย ปัญหามลภาวะทางอากาศ ปัญหาภัยธรรมชาติ เช่น อุทกภัย [34]

ที่ผ่านมามีการกล่าวได้ว่าปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาระดับพื้นที่ซึ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน ข้อจำกัดในการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งเรื่องบุคลากรและงบประมาณ ทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างรวดเร็วทันต่อสถานการณ์ เรื่องของการบังคับใช้กฎหมายเป็นอีกข้อจำกัดหนึ่งที่ต้องได้รับการพัฒนา ปรับปรุงหรือบังคับใช้เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันและอนาคต [35] มาตรการเกี่ยวกับเรื่องของอนามัยสิ่งแวดล้อมมีอยู่หลายฉบับ ตัวอย่างเช่น พระราชบัญญัติการสาธารณสุขพ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และที่สำคัญในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 67 ที่บัญญัติว่า

"สิทธิของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชน ในการอนุรักษ์บำรุงรักษาและการได้ประโยชน์ จากทรัพยากรธรรมชาติและหลากหลายทางชีวภาพ และในการคุ้มครอง ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีพอยู่ได้อย่างปกติและต่อเนื่อง ในสิ่งแวดล้อมที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของตน ย่อมได้รับความคุ้มครองตามความเหมาะสม

การดำเนินโครงการหรือกิจกรรม ที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบ ต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็น ของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน รวมทั้งได้ให้องค์การอิสระ ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม หรือ ทรัพยากรธรรมชาติหรือด้านสุขภาพ ให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการดังกล่าว สิทธิของชุมชน ที่จะฟ้องหน่วยงานราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ ราชการส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรอื่นของรัฐที่เป็นนิติบุคคล เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบัญญัตินี้ ย่อมได้รับความคุ้มครอง"

ในอดีตที่ผ่านมาพบว่ามีข้อจำกัดหลายอย่างในการนำกฎหมายมาบังคับใช้เพื่อป้องกันเรื่องปัญหาสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะเรื่องการตีความและการบังคับใช้ นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากโครงการหรือนโยบายต่างๆ ยังไม่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง [37]

ขณะนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555-2559 ขึ้นต่อเนื่องจากแผนฉบับที่ 1 โดยกระบวนการมีส่วนร่วมมากขึ้นและได้ปรับปรุงมาตรการต่างๆ ให้สอดคล้องกับผลการประเมินการดำเนินงานจากแผนยุทธศาสตร์ฉบับที่ 1 เพื่อให้ทุกภาคส่วนสามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด [35]

อุบัติเหตุจราจร

การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ไม่ถูกจัดเป็นงานควบคุมและการป้องกันโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ ตามกรอบของกรมควบคุมโรค แต่ ปัญหาอุบัติเหตุจราจรเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุการตาย ลำดับที่ 4 ของประเทศไทย นอกจากความสูญเสียทางสุขภาพที่เห็นได้ชัดเจนแล้ว อุบัติเหตุจราจรยัง ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมหาศาล มีการคาดการณ์ว่ามูลค่าความเสียหายจากการเกิด อุบัติเหตุจราจรทางบกคิดเป็นร้อยละ 2 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ ค่าใช้จ่ายในการ รักษาพยาบาลผู้ที่ประสบอุบัติเหตุจากการดื่มสุรามีมากถึง 1,226,106,524 บาทต่อปี [12] โดยใช้รักษา เพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 3 เท่า ส่วนผลกระทบทางสังคมจากอุบัติเหตุจราจรที่เห็นได้ชัดเจน นั้นคือ การที่เด็กต้องสูญเสียบิดามารดาจากอุบัติเหตุจราจร

การจัดการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุจราจรถูกผลักดันให้เป็นวาระแห่งชาติในปีพ.ศ.2546 มีการจัดตั้งศูนย์ อำนวยการความปลอดภัยทางถนน (ศปถ.) โดยมีกรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเป็นเจ้าภาพ ร่วมงานกับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆในหลายภาคส่วน ในปี พ.ศ. 2547 ศปถ.ได้ประกาศยุทธศาสตร์การดำเนินงาน โดยใช้มาตรการ 5E ได้แก่ Enforcement, Education, Engineering, Emergency medical services and Evaluation) เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุอย่างบูรณาการและเน้นการทำงานเชิงรุก อย่างไรก็ตาม มีการให้ความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญว่า [12] ประเทศไทยยังขาดมาตรการบังคับใช้กฎหมายที่มี ประสิทธิภาพ ควรมีการปรับปรุงแนวทางการดำเนินการบังคับใช้ทางกฎหมายให้มีประสิทธิภาพและ ครอบคลุมมากกว่าที่มีอยู่

3.4 บทวิเคราะห์เนื้อหาในธรรมนูญฯ หมวด 5

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ได้ระบุนัยสำคัญของ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ แห่งชาติ” ว่า “เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้าน สุขภาพของประเทศ” [1, 3] โดยเนื้อหาที่มีลักษณะเป็นเจตนารมณ์ร่วมและพันธะร่วมกันของสังคม และ ได้รับการออกแบบเพื่อให้นำไปใช้ในหลายรูปแบบ รวมถึงเป็นกรอบ, แนวทาง, ปรัชญา, หลักการ, เครื่องมือ กลไกมาตรการ และเงื่อนไขสำคัญ ในการกำหนดทิศทางของระบบสุขภาพ เพื่อใช้เป็นกรอบ และแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ [2]

ประเด็นสำคัญที่น่าสนใจประการหนึ่ง คือ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 กำหนดขอบเขตชั้นต่ำของ ธรรมนูญฯ ว่า “อย่างน้อยต้องมีสาระสำคัญเกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้” ซึ่งมีทั้งสิ้น 12 หัวข้อ โดยมีการ ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอยู่ในหัวข้อที่ห้า การมีเนื้อหาในลักษณะดังกล่าว เช่นนี้เป็นที่มาของการจัดทำธรรมนูญฉบับแรกออก เป็น 12 หมวด อาจจะตีความหมายได้ว่า พรบ. สุขภาพแห่งชาติ ไม่ได้กำหนดให้ต้องจัดทำหรือการปรับแก้ธรรมนูญฯ เป็น 12 หมวดเท่านั้น ตราบใดที่ เนื้อหาของธรรมนูญฯยังมีขอบเขตครอบคลุมทั้ง 12 หัวข้อสำคัญ

โครงสร้างและเนื้อหาในภาพรวมของธรรมนูญฯ หมวด 5

ภาพรวม

ธรรมนูญฯ หมวด 5 การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบ สุขภาพแห่งชาติ พัฒนาขึ้นในรูปแบบของการ กำหนดหลักการ เป้าหมายและแนวทางการนำไปใช้ โดย ไม่ผูกมัดหรือกำหนดวิธีการดำเนินการ และถูกพัฒนาให้สอดคล้องกับหลักการและภาพพึงประสงค์ของ ระบบ ซึ่งเป็นเนื้อหาหลักในหมวดที่ 1, 2 และ 3 ของธรรมนูญฯ

เนื้อหาของหมวดที่ 5 ของธรรมนูญฯประกอบด้วย หนึ่งหลักการ (ข้อ 32) สองเป้าหมาย (ข้อ 33 และ 34) และ แปดมาตรการ (ข้อ 35 ถึง 42) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เนื้อหาของหมวดที่ 5 ของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

	ข้อ	เนื้อหาสำคัญ
หลักการ	32	สิทธิของบุคคลในการดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และได้รับการ ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

เป้าหมาย	33	รัฐมีเอกภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทุกระดับ
	34	ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วม
มาตรการ	35	ให้รัฐจัดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทั้งระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่น
	36	ให้รัฐสนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจ และการเสริมสร้างขีดความสามารถแก่อปท. (โครงสร้าง กำลังคนและงบประมาณ) ให้พร้อมรองรับภารกิจตามแผนยุทธศาสตร์ฯ
	37	ให้อปท.ทุกระดับทำแผนแบบมีส่วนร่วมรองรับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติและจังหวัด
	38	ให้รัฐจัดให้มีกลไกทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ให้รัฐส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการกำหนดนโยบาย จัดทำ หรืออนุญาตให้มีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และติดตามให้ผู้ดำเนินงานดำเนินการด้วย ให้รัฐส่งเสริมให้ประชาชนมีการรวมตัวกันและมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และจัดให้มีกลไกร้องทุกข์ และแก้ไขปัญหา
	39	ให้รัฐเร่งส่งเสริมและพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังของรัฐและภาคส่วนต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพ มีบูรณาการและเชื่อมโยง
	40	ให้รัฐนำมาตรการทางภาษีมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
	41	ให้รัฐพัฒนากฎหมายเพื่อการคุ้มครองสิทธิตามข้อ ๓๒ และกฎหมายวิธีพิจารณาคดี หรือข้อพิพาท รวมทั้งสร้างกลไกการไกล่เกลี่ยเยียวยาและหาข้อยุติ
	42	ให้รัฐส่งเสริมให้มีการรณรงค์ ให้ข้อมูลข่าวสาร และสร้างค่านิยม และ ส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ มีภูมิคุ้มกัน และเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย

เนื้อหาของธรรมนูญฯ หมวด 5 ข้อ 35-37 เป็นการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ ทั้งระดับประเทศ จังหวัดและ ท้องถิ่น โดยไม่ได้ระบุว่าควรเป็นแผนเดียวที่ครอบคลุมการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพที่สำคัญภายใต้กรอบเดียวกัน ซึ่งน่าจะเป็นไปได้ยากเพราะโรคแต่ละอย่างมีความจำเพาะเจาะจง หากตีความว่าให้เป็นแผนยุทธศาสตร์เฉพาะโรคหรือกลุ่มโรคหรือเฉพาะปัจจัยคุกคาม ซึ่งในขณะนี้ประเทศไทยมีแผนยุทธศาสตร์หลายแผน ทั้งแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรค และแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น แผนยุทธศาสตร์แอลกอฮอล์

เนื้อหาข้อ 38 – 41 เป็นการระบุอย่างเฉพาะเจาะจงเรื่องกลไกการดำเนินงานหรือมาตรการต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องสิ่งแวดล้อม ข้อ 38 การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ข้อ 39 ระบบและกลไกการเฝ้าระวัง ข้อ 40 มาตรการทางภาษี เพื่อควบคุมมลภาวะ และ ข้อ 41 กลไกของระบบยุติธรรม ความจำเพาะเจาะจงกับประเด็นสิ่งแวดล้อมนี้เห็นได้ชัดเจนจากเอกสารถ้อยคำให้สัตยาบันว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ [38] ดังแสดงในตารางที่ 2 มีลักษณะที่เน้นโรคและปัจจัยคุกคามด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสำคัญ เนื้อหาในส่วนมาตรการ จากทั้งหมด 8 ข้อ นำไปใช้กับกลไกระดับชาติได้ 6 ข้อ ใช้กับชุมชนได้ 2 ข้อ และ อปท.ได้ 3 ข้อ ในส่วนอื่นนั้นมี 2 ข้อที่เปิดกว้างขึ้นสำหรับครอบคลุมโรคและปัจจัยคุกคามอื่นนอกเหนือจากประเด็นทางสิ่งแวดล้อมได้ด้วย คือข้อ 39 ว่าด้วยระบบเฝ้าระวัง และข้อ 42 เรื่องการให้ข้อมูล สร้างค่านิยม สร้างความเข้มแข็งและเชื่อมโยง

ตารางที่ 3 เนื้อหาของมาตรการตามบทบาทขององค์กรในการนำไปปฏิบัติ

	กลไกระดับชาติ	ชุมชน	อปท
35 แผนยุทธศาสตร์ฯ สามระดับ	การพัฒนาแผน ยุทธศาสตร์ที่มีความ เชื่อมโยง		
36 กระจายอำนาจ			ความพร้อม (โครงสร้าง กำลังคน งบประมาณ)
37 แผนรองรับแผน ยุทธศาสตร์ฯ			การจัดทำแผน
38 การประเมินผล กระบวนด้านสุขภาพ	พัฒนาระบบ HIA สำหรับโครงการและ กิจกรรมต่างๆ	มีการประเมิน มีกลไก การร้องทุกข์และ แก้ปัญหา	การกำหนดนโยบาย การประเมิน การอนุญาต และการติดตามกำกับ
39 ระบบเฝ้าระวัง	พัฒนาระบบเฝ้าระวัง (ประสิทธิภาพ บูรณา การ เชื่อมโยง)		
40 ภาษี	พัฒนาระบบภาษีเพื่อ สิ่งแวดล้อม และการ นำเข้าวัตถุดิบอันตราย		
41 กฎหมาย	กฎหมาย (คุ้มครองสิทธิ , วิถีพิจารณาคดี และ กลไกการไกล่เกลี่ยและ เยียวยา)		
42 рендรค์ ข้อมูล พัฒนาเครือข่าย	การให้ข้อมูลข่าวสาร	ความเข้มแข็งของ ชุมชน การมีเครือข่าย พึ่งตนเองได้	

ที่มา: เรียบเรียงจากถอดรหัสธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 [38]

ขอบเขตของการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ

ข้อที่ 3 ของพรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 [1] ให้นิยามความหมายของการป้องกันโรคและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ ดังนี้

การป้องกันโรค หมายความว่า การกระทำหรืองดกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคและการป้องกันไม่ให้เกิดกลับเป็นซ้ำในกรณีที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรือเป็นโรคแล้ว

การควบคุมโรค หมายความว่า การควบคุมโรคระบาด โรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ โรคติดต่ออันตรายต่างๆ รวมทั้งโรคที่เกิดจากการปนเปื้อนของสารต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมและอาหาร

การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ หมายความว่า การจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพ เชื้อโรค สารเคมี ภัยธรรมชาติรวมทั้งระบบต่างๆในสังคมเพื่อควบคุมปัจจัยดังกล่าว ให้มีผลเสียต่อสุขภาพน้อยที่สุดรวมทั้งการสร้างปัจจัยที่เอื้อต่อการมีสุขภาพด้วย

วิเคราะห์ได้ว่า ขอบเขตความหมายของการป้องกันโรคมีความหมายในเชิงการกระทำหรือกิจกรรม (action) ซึ่งอาจจะตีความหมายว่ารวมถึงกิจกรรมในกระบวนการนโยบายด้วยก็ได้ โดยกล่าวถึงโรคทั่วไป ไม่ได้ระบุประเภท ซึ่งต่างจากขอบเขตของการควบคุมโรค ซึ่งกล่าวถึง โรคอยู่ห้ากลุ่มคือ โรคระบาด โรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ โรคติดต่ออันตราย และ โรคจากการปนเปื้อนของสารต่างๆในสิ่งแวดล้อมและอาหาร ซึ่งจะหาวิเคราะห์จากกรอบขององค์การอนามัยโลก [8] ซึ่งแบ่งโรคเป็นสามกลุ่ม จะเห็นว่าธรรมนูญฯในหมวดที่ห้ามีการกล่าวถึงการควบคุมกลุ่มโรคติดต่อมากกว่า และยังไม่ได้กล่าวถึงกลุ่มโรคประเภทการบาดเจ็บ

แม้ไม่ได้มีการระบุนิยามของปัจจัยที่คุกคามสุขภาพไว้โดยตรง แต่อาจจะสามารถอนุมานความหมายจากนิยามของการป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพว่า เป็น “ปัจจัยเชิงลบภายนอก” กล่าวคือ เป็นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและชีวภาพ ซึ่งจะตั้งข้อสังเกตได้ว่าเป็นความหมายเฉพาะส่วนหนึ่งของ “ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ” (Health risks) ตามกรอบทางระบาดวิทยามักหมายถึง “ปัจจัย” ที่เพิ่มโอกาสในการเป็นโรค โดยไม่ได้ระบุลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งของปัจจัยนั้น ตัวอย่างที่ชัดเจนที่สุดคือขอบเขตของหมวด 5 นี้คือ พฤติกรรมส่วนบุคคล (health behavior) “เชิงลบ” ซึ่งเป็นปัจจัยกลุ่มสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพ ไม่ได้ถูกมองให้เป็นปัจจัยคุกคามสุขภาพแต่อย่างใด ในขณะที่พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม “เชิงบวก” ได้ถูกกล่าวถึงอย่างชัดเจนในหมวดที่ 4 ของธรรมนูญฯ

จากเอกสารบันทึกเจตนารมณ์ประกอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2552 หมวด 5 [39] ได้แบ่งประเภทของปัจจัยคุกคามสุขภาพออกเป็น 7 ประเภทกล่าวคือมลภาวะด้านสิ่งแวดล้อม, ภัยพิบัติ, การเปลี่ยนแปลงทางสภาพเศรษฐกิจและสังคม, ความรุนแรงในครอบครัว สถานศึกษาและสังคม, ความไม่เท่าเทียม และไม่เป็นธรรมทางเศรษฐกิจ การค้า, ความไม่เท่าเทียมทางสังคม และ ความไม่รู้เท่าทัน และขาดข้อมูลข่าวสาร ซึ่งนอกจากสองประเภทแรก (มลภาวะทางสิ่งแวดล้อมและภัยพิบัติ) จะเห็นว่ากรอบของปัจจัยคุกคามสุขภาพมีส่วนที่ใกล้เคียงกับ ส่วนหนึ่งของ ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) ซึ่งมีขอบเขตความหมายครอบคลุมถึงเงื่อนไข (conditions) ทางเศรษฐกิจและสังคมที่ประชาชนมีชีวิตอยู่ ที่มีผลต่อสถานะสุขภาพ [40] หากแต่ครอบคลุมเฉพาะปัจจัยเชิงลบ

บทบาทของภาครัฐ และความเป็นเอกภาพ

เนื้อหาแปดมาตรา (ข้อ 35 - 42) ล้วนเป็นบทบาทของ “รัฐ” ทั้งสิ้น เช่นให้รัฐดำเนินการ ให้รัฐจัดให้มี เป็นต้น โดยมีเป้าหมายที่สอดคล้องกันในข้อที่ 32 คือ “เอกภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการป้องกันควบคุมโรคและการพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง”

แต่ทั้งนี้ พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และ ธรรมนูญฯ พ.ศ. 2552 ไม่ได้มีการระบุว่า ขอบเขตของ “รัฐ” มีความหมายครอบคลุมอย่างไร คำว่า รัฐ (state) ถูกใช้ไปในหลายความหมาย โดยชัยอนันต์ สมุทวณิช [41] ได้ให้ความหมายว่าอาจจะหมายถึง รัฐบาล (state as government), ระบบราชการ (public bureaucracy), ชั้นชนปกครอง (ruling class) รัฐในฐานะที่เป็นโครงสร้างทางอุดมการณ์ (normative order)

พิจารณาตามเนื้อหาที่เกี่ยวข้องแล้ว ผู้วิจัยอนุมานว่า “รัฐ” ในธรรมนูญฯ มีความหมายใกล้เคียงกับ “ระบบราชการ” มากที่สุดเนื่องจากทั้ง พ.ร.บ.สุขภาพ พ.ศ. 2550 และธรรมนูญฯ ต่างให้ความหมายของ “หน่วยงานของรัฐ” ไว้เหมือนกันว่าหมายถึง “ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์การควบคุมการประกอบวิชาชีพ องค์การมหาชน และ หน่วยงานอื่นของรัฐ” [1, 42]

ส่วนนิยามของคำว่า “เอกภาพ” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 หมายถึง “ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความสอดคล้องกลมกลืนกัน” [43] ซึ่งใกล้เคียงกับความหมายในภาษาอังกฤษของคำว่า “Unity” ดังนั้นความหมายของเอกภาพระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาจจะมีคามหมายได้ตั้งแต่การมีนโยบายเดียว (single policy) และทำงานร่วมกันภายใต้นโยบายนั้น, การมีระบบการกำกับเดียว (single command), การทำงานร่วมกันภายใต้ทิศทางเดียวกัน ไปจนกระทั่งการมีหลายนโยบาย การดำเนินงานต่างทิศทาง โดยเพียงไม่ขัดแย้งกัน (non-contradict) เท่านั้น

ความสอดคล้องของธรรมนูญฯ หมวด 5 กับเอกสารนโยบายที่สำคัญอื่นๆ

เนื้อหาของธรรมนูญฯ หมวด 5 “การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ” มีส่วนเกี่ยวข้องกับเนื้อหาเอกสารนโยบายที่สำคัญมากมาย ทั้งในระดับชาติ นโยบายเฉพาะประเด็น และ นโยบายของหน่วยงานต่างๆ การเปรียบเทียบเอกสารนโยบายต่างๆ จะทำให้สามารถพิจารณาได้ถึง ความเหมือน ความต่าง ลำดับของพัฒนาการหรือการเปลี่ยนแปลงในเชิงเนื้อหา นโยบายและกลไกพื้นฐาน (infrastructure) ของระบบป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ อย่างไรก็ตามอาจจะไม่ถนัดนักในการระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายและกระบวนการพัฒนานโยบายแต่ละฉบับในเชิงความเป็นเหตุเป็นผลและอิทธิพลต่อกันและกัน

ในส่วนนี้จะวิเคราะห์เฉพาะความสอดคล้องกับเอกสารนโยบายระดับชาติที่มีผลในช่วงระยะเวลาห้าปีที่ผ่านมา กล่าวคือ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550, แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) และ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ซึ่งทั้งสองแผนเป็นแผนที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 และ 11 ตามลำดับ, และกรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2554-2558 ของกระทรวงสาธารณสุข

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

เนื้อหาของธรรมนูญฯ หมวด 5 มีความสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2550 [44] โดยเฉพาะสามมาตราในประเด็นโรคติดต่อ ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ดังต่อไปนี้

- มาตรา 51 ที่เกี่ยวข้องกับ สิทธิในการรับบริการ “ป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย”
- มาตรา 57 ที่เกี่ยวข้องกับ สิทธิในการรับข้อมูล ค่าจ้าง และในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ โครงการ หรือกิจกรรมที่อาจมี ผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพอนามัย คุณภาพชีวิต
- มาตรา 67 ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการอนุรักษ์ บำรุงรักษาสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพอนามัย

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554

เนื้อหาของธรรมนูญฯ หมวด 5 มีส่วนเกี่ยวข้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ซึ่งเริ่มใช้ในปี พ.ศ. 2550 ในส่วนยุทธศาสตร์ที่ 4 “การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ” ซึ่งแยกออกมาจากงานสร้างเสริมสุขภาพ (ยุทธศาสตร์ที่ 2: การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุข) โดยยุทธศาสตร์ที่สี่นี้มีเป้าประสงค์เกี่ยวข้องกับ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน, ภัยพิบัติ, โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ, โรคจากพฤติกรรมเสี่ยง, ผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายและโครงการ รวมทั้งการค้าเสรี, และนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ [45]

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559

เนื้อหาของธรรมนูญฯ หมวด 5 มีความสัมพันธ์กับเนื้อหาในสองยุทธศาสตร์ของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-59) คือ เนื้อหาหลักของหมวดห้าจะสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่สาม (การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน ควบคุมโรค และคุ้มครองผู้บริโภคทางสุขภาพ) ในขณะที่เนื้อหาบางส่วนจะสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่สอง ในประเด็นภัยพิบัติ, อุบัติเหตุ และภัยสุขภาพ ซึ่งรวมถึงประเด็นสิ่งแวดล้อม สารเคมี [46]

กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติ พ.ศ. 2554-2558

กรอบยุทธศาสตร์นี้จัดทำโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข มีเนื้อหาที่กล่าวได้ว่าครอบคลุมทั้งส่วนของสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในลักษณะที่ผสมผสาน ในสี่ระดับ คือ ชุมชน ภาควิชา การบริหาร และ พื้นฐาน [47]

ตารางที่ 4 สรุปย่อความครอบคลุมและเนื้อหาสำคัญของธรรมนูญและเอกสารนโยบายระดับชาติทั้งสี่ฉบับ สรุปได้ว่าเนื้อหาของเอกสารนโยบายเหล่านี้มีความสอดคล้องกันและสะท้อนให้เห็นถึงทิศทางการผสมผสานทัศนคติด้านนโยบายสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันและควบคุมโรคมามากขึ้นในระยะหลัง โดยเฉพาะการลดการแบ่งแยกโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งในระยะแรกมักจะถูกแยกส่วนกันอยู่ ในขณะที่โรคจากสิ่งแวดล้อมและสารเคมีก็เริ่มมีทิศทางชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยจะเห็นจากความสำคัญของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ

อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับเอกสารนโยบายอื่นๆในช่วงเวลาเดียวกันแล้ว อาจเห็นช่องว่างหลักของธรรมนูญ หมวด 5 อยู่สองประการได้แก่ ความไม่ครอบคลุมประเด็นการบาดเจ็บและอุบัติเหตุ การแยกส่วนงานป้องกันโรคและปัจจัยคุกคามทางสุขภาพจากงานสร้างเสริมสุขภาพ และการเน้นบทบาทของภาครัฐ โดยไม่ได้ระบุให้ชัดเกี่ยวกับโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อแต่อย่างใด

จากข้อมูลข้างต้น พอจะสรุปให้เห็นถึงข้อจำกัดในเชิงเนื้อหาของธรรมนูญ หมวด 5 ได้สามประการ เพื่อรองรับการปรับปรุงเนื้อหาธรรมนูญ

1. เปิดโอกาสให้ถูกตีความไปได้ว่าเป็นเครื่องมือในลักษณะเชิงเดียวของ “รัฐ” โดยเฉพาะบทบาทในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในระดับต่างๆ และบทบาทในการส่งเสริม สนับสนุน จัดให้มีกลไกต่างๆ หรือแม้กระทั่งบทบาทในการรณรงค์ให้ข้อมูล โดยภาคส่วนอื่นมีบทบาทเป็นผู้เข้าร่วม และผู้ถูกดำเนินการ (sector facing implementation) เป็นสำคัญ
2. มีลักษณะแยกส่วนระหว่างการป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจจะเป็นส่วนที่สอดคล้องต่อเนื่องมาจากเนื้อหาของ พ.ร.บ.สุขภาพ พ.ศ. 2550 ที่กำหนดเนื้อหาขั้นต่ำของธรรมนูญในสิบสองประเด็น
3. รองรับปัญหาสุขภาพและปัจจัยคุกคามทางสุขภาพบางด้านได้ชัดเจนกว่า เช่นโรคจากปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม หรือปัจจัยเชิงลบทางกายภาพและสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ไม่ครอบคลุมปัญหาสุขภาพบางด้าน เช่นการบาดเจ็บ อุบัติเหตุ หรือ โรคทางสุขภาพจิต หรือ ปัจจัยด้านพฤติกรรมเชิงลบ

ตารางที่ 4 ความครอบคลุมและเนื้อหาสำคัญของธรรมนูญและเอกสารนโยบายระดับชาติอื่น

	ธรรมนูญ หมวด 5	รัฐธรรมนูญ 2550	แผนพัฒนา 10	แผนพัฒนา 11	กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ปีที่มีผล	2551-ปัจจุบัน	2550-ปัจจุบัน	2550-54	2555-59	2554-58
การมีผลผูกพัน	เจตนารมณ์- มีผลบังคับ	บังคับ	แนวทางการดำเนินงาน-ไม่บังคับ	แนวทางการดำเนินงาน-ไม่บังคับ	แนวทางการดำเนินงาน-ไม่บังคับ
บทบาทของนโยบาย	สิทธิส่วนบุคคล สิทธิของชุมชน และพันธกิจของรัฐ	สิทธิส่วนบุคคล	ทิศทางนโยบายของรัฐ	ทิศทางนโยบายของรัฐ	ทิศทางการทำงานของ กท สธ โดยมีส่วนร่วมจากชุมชน
การส่งเสริมสุขภาพ	ไม่มี	ไม่มี	แยกส่วนจากการป้องกันโรค	บูรณาการกับการป้องกันโรค (บางส่วน)	บูรณาการกับการป้องกันโรค
การป้องกันโรคติดต่อ	ไม่ได้กล่าวถึงอย่างเฉพาะ	กล่าวถึงในเชิงหลักการของสิทธิในการได้รับการบริการ	ชัดเจนที่โรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ แต่กล่าวถึงระบบเฝ้าระวัง และระบบการสืบสวนสอบสวนโรค	กำหนดแนวทางในการค้นหาผู้ป่วย และ ยังมุ่งเน้นที่โรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ	
การป้องกันโรคไม่ติดต่อ	ไม่ได้กล่าวถึงอย่างเฉพาะ	ไม่ได้กล่าวถึง	กล่าวโดยรวมสำหรับโรคที่สำคัญ	ผ่านการรณรงค์ การค้นหาและจัดการ และนโยบายสาธารณะ	
ปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมมลภาวะ สารเคมี	กล่าวในภาพรวมในลักษณะการจัดทำนโยบาย และดำเนินการตามนโยบาย	กล่าวถึงสิทธิในการส่งเสริมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ	ครอบคลุมความปลอดภัยในการทำงาน, ลดผลกระทบจากขยะสารพิษ มลภาวะทางอากาศและน้ำ	มีเป้าหมายในประเด็นการเจ็บป่วยจากสิ่งแวดล้อม “สารก่ออันตรายในสิ่งแวดล้อม” และ “สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ” (ยุทธศาสตร์ที่ 2)	
ปัจจัยเสี่ยงเชิงสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติ		ไม่ได้กล่าวถึง	เน้นที่ระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการเตรียมความพร้อม	ครอบคลุม ระบบเฝ้าระวัง เตือนภัย การจัดการ และเยียวยา	
ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรม	ไม่ได้ระบุไว้อย่างชัดเจน แต่สามารถตีความหมายว่าครอบคลุมได้	ไม่ได้กล่าวถึง	แยกส่วนการป้องกันโรคจากพฤติกรรม (ยุทธศาสตร์ที่สี่) และการส่งเสริมวิถีชีวิต (ยุทธศาสตร์ที่2) เน้นที่ การบริโภคสุรา บุหรี่ น้ำตาล เกลือและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	มีตัวชี้วัดด้านพฤติกรรมอาหาร ออกกำลังกาย แอลกอฮอล์และยาสูบ	
อุบัติเหตุนานาชาติ	ไม่ครอบคลุม	ไม่กล่าวถึง	อยู่ร่วมกับการป้องกันโรคทั่วไป	อยู่ร่วมกับปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติ	
การประเมินผลทางสุขภาพ	ครอบคลุมทั้งการจัดให้มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วม และการนำไปใช้	สิทธิในการรับฟังข้อมูลและให้ความเห็น (ครอบคลุมสิทธิในการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และการรับการป้องกันโรค)	มีเนื้อหาครอบคลุมผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายและโครงการ รวมทั้งการค้าเสรี และส่วนของนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ	กล่าวถึงกลไกในการพัฒนา HIA	

3.5 สถานการณ์และแนวโน้มที่จะเป็น ความท้าทาย โอกาส ภัยคุกคามในระบบป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ทำการวิเคราะห์เป็นสามประเด็น ได้แก่ ประเด็นโรคติดต่อและโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคไม่ติดต่อ และประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อม

ประเด็นโรคติดต่อ

งานวิจัยนี้เลือกศึกษาประเด็นโรคติดต่อผ่าน 2 กรณีตัวอย่างคือโรคเอดส์ และโรคติดต่ออุบัติใหม่ สิ่งที่ค้นพบในกรณีโรคเอดส์ คือ ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลง การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความก้าวหน้ามากขึ้นและเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ แต่การระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวียังคงรุนแรงในบางกลุ่มประชากรและในจังหวัดท่องเที่ยว เช่น หญิงขายบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ติดยาเสพติด กลุ่มแรงงานข้ามชาติมีแนวโน้มจะเข้าถึงยากขึ้น รวมถึงเด็กและเยาวชน ในด้านการดำเนินงาน "ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเอดส์ชาติและต้องดำเนินงานตามแผนเอดส์ชาติ" การดำเนินงานแก้ไขปัญหเอดส์ในระดับพื้นที่และเขตมีมากขึ้น เช่น จังหวัดชัยภูมิ มีการสร้างเครือข่ายเยาวชนดำเนินงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีการจัดทำแผนเอดส์ตำบล โดยกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล มีโครงการที่เกิดจากความร่วมมือของเยาวชน สถานีวิทยุ อสม. อบต. โรงพยาบาล เครือข่ายผู้ติดเชื้อ อย่างไรก็ตามในระดับท้องถิ่น การดำเนินงานเพื่อควบคุมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดย NGO อาศัยเงินทุนจากกองทุนโลก (Global fund) เป็นหลัก ส่วนโรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ หรือสัตว์ป่า การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไขและเตรียมพร้อมรับมือปัญหาโรคอุบัติใหม่และโรคระบาด ทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบมีความพร้อมรับมือและป้องกันโรคอุบัติใหม่ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) [49] ซึ่งเป็นการดำเนินงานภายใต้มติคณะกรรมการอำนวยการป้องกัน ควบคุม แก้ไขสถานการณ์โรคไข้หวัดนก และการเตรียมพร้อมสำหรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่ ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ของประเทศ ทีม Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล ได้รับการพัฒนาต่อเนื่องจากท้องถิ่น ความท้าทาย คือ การจัดสรรงบประมาณให้เน้นการป้องกันมากกว่าการรักษา การดูแลรักษาและป้องกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีโอกาสในกลุ่มประชากรเสี่ยง โดยเฉพาะที่ไม่ใช่ประชากรไทย เนื่องจาก สปสช. ไม่สามารถจัดงบประมาณดูแลรักษาได้ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทน้อย กลุ่ม NGO ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกรับหน้าที่ในการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงนี้ ในขณะที่กระทรวงยุติธรรมและมหาดไทย มีหน้าที่จับกุมกลุ่มนี้ การจัดสรรงบประมาณเพื่อเน้นการป้องกันมากกว่าการรักษาลงไปสู่ชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานและขับเคลื่อนในชุมชนมีความต่อเนื่อง

โอกาสและภัยคุกคาม ได้แก่ การมีปฏิญญาวาด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี เอดส์ จากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่อง เอชไอวี เอดส์ (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: UNGASS) พ.ศ.2544 การมีกรอบแนวคิดที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal: MDG) ที่ว่าด้วยการหยุดยั้งการกลับมาของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ เอชไอวี ปัญหาเอดส์ถือเป็นวาระแห่งชาติของประเทศไทย การจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ [50] ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วยตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอีก 10 กระทรวง และ NGOs นอกจากนี้ในระดับพื้นที่ ทุกจังหวัดจะต้องมีคณะกรรมการระดับจังหวัด โดยมี สสจ. เป็นหน่วยในการประสานงานกับหน่วยงานราชการอื่นๆ ภายในจังหวัด ในแผนเอดส์ชาติฯ มีการส่งเสริมให้บุคคลตระหนักถึงการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ที่ยังสงสัยว่าตนเองจะติดเชื้อได้เข้าถึงบริการตรวจเลือดที่ได้มาตรฐาน (มี pre/post-counseling) การมีมาตรฐานการจัดบริการด้านเอดส์ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2550 สำหรับสถานบริการสุขภาพ, มาตรฐานหน่วยบริการสำหรับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ. 2552, มาตรฐานการให้บริการให้คำปรึกษาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พ.ศ. 2550 กระทรวงสาธารณสุข การมีแนวทางมาตรฐานการรักษา ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง การป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ปี 2548 ที่เป็นไปตามแนวปฏิบัติสากล เรื่องโรคเอดส์ ในโลกแห่งการทำงานของ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO Code of Practice on HIV/AIDS in the World of Work) การมีแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) [49] การจัดตั้ง

Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล เป็นองค์ประกอบหนึ่งของนโยบายอำเภอกวามโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ในขณะที่ภัยคุกคาม ได้แก่ การเปิดเขตการค้าเสรี การเปิดประชาคมเสรีอาเซียน เป็นโอกาสให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ประเทศง่ายขึ้น การพึ่งพิงงบประมาณในการป้องกันโรคและการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่อยู่กับกองทุนโลกเป็นหลัก ซึ่งมีจำนวนงบประมาณน้อยลงเรื่อยๆ และประเทศไทยอาจไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกในอนาคต การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและพฤติกรรมมนุษย์ การเคลื่อนย้ายของประชากร การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค เช่น ยุง การใช้ยาไม่ถูกต้องซึ่งทำให้เกิดการดื้อยาปฏิชีวนะ การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงทางนิเวศวิทยาของสัตว์นำโรคและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งภาวะโลกร้อน

ประเด็นโรคไม่ติดต่อ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดัน โรคอ้วนและโรคมะเร็ง การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นเรื่องยากเพราะ

- NCDs มากับเรื่อง Globalization โดยเฉพาะในอนาคตที่จะมีการเปิดเขตการค้าเสรีมากขึ้น ทั้งการเปิดประชาคมเสรีอาเซียน และ FTA ซึ่งจะเป็นโอกาสให้สินค้าจากต่างประเทศที่เป็นปัจจัยคุกคามสุขภาพเข้าสู่ตลาดภายในประเทศง่ายขึ้น
- การทำงานต้องการความร่วมมือในหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เข้ามามีส่วนร่วมสำคัญในการปรับพฤติกรรมของประชาชน
- ความมีเอกภาพลดลงหากมีเรื่องเศรษฐกิจเข้ามาเกี่ยวข้อง ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมมากขึ้น มีการทำแผนยุทธศาสตร์ชุมชนเพื่อดำเนินการกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ในระดับส่วนกลาง, ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น แต่การป้องกัน การคัดกรอง ยังไม่มีระบบที่ดีพอโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ประชาชนยังเข้าไม่ถึงการรักษาที่เหมาะสม ความท้าทายคือการนำหลักการ "Health in all policy" ไปปฏิบัติให้เป็นจริง การขยายพื้นที่ใน

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น การจำกัดระยะทางในการขายน้ำอัดลมให้ห่างจากบริเวณรอบนอกโรงเรียน การสร้างทางที่ปลอดภัยสำหรับจักรยาน การออกมาตรการหรือกฎหมายที่มีความเข้มข้นขึ้น ซึ่งควรเน้นมาตรการที่ถ้าบังคับใช้ได้อย่างจริงจังจะเกิดผลดีมากที่สุด เช่น เรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ การจำกัดจุดขาย/อายุผู้ซื้อ/ลดการออกใบอนุญาต ห้ามโฆษณา ห้ามสปอนเซอร์ (CSR) การปรับเพดานภาษี การจัดการกับเรื่องการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆ ในการเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการบริโภคอาหาร แอลกอฮอล์ และบุหรี่ การสนับสนุนให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการออกกรอบออกกฎเกณฑ์เพิ่มมากขึ้นและมีความต่อเนื่อง มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ เฉพาะประเด็นในระดับท้องถิ่น และการทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ที่มีภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมอย่างครบถ้วน การสร้างระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยที่เป็นระบบ การบริหารจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบการเก็บข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ ทั้งในด้านการแก้ไขปัญหาและการวางแผน การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องภาระโรคกับความสัมพันธ์กับปัจจัยคุกคามสุขภาพ การแสวงหาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคีเครือข่าย การโน้มน้าวผู้มีสิทธิในการตัดสินใจ และนักการเมือง การตอบโต้ข้อโต้แย้งจากภาคอุตสาหกรรม

โอกาส ได้แก่ การมีแนวทางในการขับเคลื่อนเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากเวทีสุขภาพระดับนานาชาติและระดับภูมิภาค โดยเฉพาะองค์การอนามัยโลก ซึ่งมีแผนปฏิบัติการ, คู่มือ, แนวทางต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ เช่น การแนะนำมาตรการที่มีความคุ้มค่าในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, FTCT การมีแผนการทำงานในระดับชาติทั้งแบบบูรณาการปัญหา และแบบเฉพาะประเด็น เช่น แผนสุขภาพวิถีไทย แผนยุทธศาสตร์เบาหวานชาติ แผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ การมีแผนการดำเนินงานในหน่วยงานภาครัฐ เช่น การมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 47 (5) พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ที่ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และระดับจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานเพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง [48] การสนับสนุนการมีส่วนร่วมจากประชาชนทุกระดับและทุกภาคส่วน และการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น ทำให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและวางแผนการแก้ปัญหาได้เหมาะสมกับพื้นที่ การที่ภาครัฐถูกกดดันมากขึ้นจากภาคประชาสังคม

ภัยคุกคามที่เห็นได้ชัดเด่น ได้แก่ การที่ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเป็นแบบ sedentary life style มากขึ้น การเปิดเขตการค้าเสรีอาเซียน แรงดันจากภาคอุตสาหกรรมที่เสียผลประโยชน์ในการขับเคลื่อนนโยบายและการร่วมมือกันของบริษัทผู้ประกอบการในบางประเด็นเพื่อต่อสู้กับหน่วยงานที่ควบคุม และแข่งขันกันบางประเด็น (แข่งขันโฆษณา) การทำ CSR ของบริษัทผู้ประกอบการ ซึ่งอาจจะส่งเสริมให้เกิดการแย่งชิงความได้เปรียบซึ่งกันและกัน ทำให้มีผลทางลบต่อการควบคุมและป้องกันโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ ความไม่มั่งคั่งสภาพและความใส่ใจน้อยในเรื่องสุขภาพของฝ่ายการเมืองเทียบกับเรื่องเศรษฐกิจ ความไม่คล่องตัวของระบบราชการและการทำงานอย่างแยกส่วนทำให้แผนงานของรัฐขับเคลื่อนได้ยาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้รับการสนับสนุนทั้งเรื่องกำลังคนและงบประมาณอย่างเต็มที่ ตลอดจนอำนาจในการปฏิบัติหน้าที่และขอบเขตภารกิจยังไม่ชัดเจน

ประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อม

กระแสทุนนิยม ที่ให้ความสำคัญกับตัวเงินมากกว่ามิติทางสุขภาพและความพอเพียง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการผลิตเพื่อให้ได้ผลผลิตสูงสุด ในด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่คุกคามสุขภาพได้มีการเปลี่ยนแปลงไปจาก เชื้อโรค (Traditional Hazard) เป็นสารเคมี (Modern Hazard) ที่แปรตามเทคโนโลยี ซึ่งตรวจสอบได้ยากกว่า ใช้ระยะเวลาสะสมเพื่อก่อโรคนานกว่าจะเกิดอาการ และมีประชาชนจำนวนน้อยที่เกิดอาการ ในส่วนการแก้ไขปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อม หน่วยงานต่างๆ มีการบูรณาการมากขึ้น มีการกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับท้องถิ่น (Local Environmental Health Action Plan: LEHAP) ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด, ภาคธุรกิจเอกชน, อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน, อาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการเฝ้าระวังเรื่องมลพิษจากโรงงานในบางเรื่อง แต่หลายเรื่องยังคงเป็นปัญหา เช่น การที่ไม่มีสถานที่กำจัดของเสียอันตรายจากภาคอุตสาหกรรมและการควบคุมการลักลอบทิ้ง, แนวทางการจัดการของเสียจากภาคเกษตรกรรม, การควบคุมการผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีฤทธิ์รุนแรงเพื่อทำเป็นcocktailสารพิษ [51] [10] [33], คุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านอยู่ในเกณฑ์ต่ำ [52] ในด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นในการป้องกันตนเองจากผลกระทบของกิจการผู้ประกอบการ เช่น การแสดงความคิดเห็นในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของโรงงานที่จัดโดยความร่วมมือของโรงงาน ชุมชน และการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย [37] [53, 54] มีการนำหลักการ “ผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย” มาใช้มากขึ้น เช่น ภาษีปล่อยควันพิษจากโรงงาน ที่ต้องจ่ายเงินตามปริมาณและชนิดก๊าซที่ปล่อย กฎหมายที่มีจะเริ่มมีการตีความเป็นเชิงบวกเพื่อป้องกันปัญหาปัจจัยคุกคามสุขภาพมากขึ้นจากการเคลื่อนไหวของประชาชนและสื่อมวลชน ในขณะที่การเปิดการค้าเสรีและเศรษฐกิจทุนนิยมก็มีอิทธิพลให้มีการหาช่องว่างทางกฎหมายเพื่อหาผลประโยชน์ของเจ้าของกิจการ ในส่วนความท้าทาย ได้แก่ การศึกษาทางวิชาการเพื่อระบุความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุกคามกับการเจ็บป่วย เพื่อให้เป็นที่ตระหนักและได้รับการตอบสนองที่ชัดเจนจากสังคม การสนับสนุนให้สังคม “พึ่งตนเองได้” การสร้างความเข้าใจและปรับเปลี่ยนการเล่าเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมกับประชาชนและกระทรวงสาธารณสุขว่า อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ได้เป็นเรื่องของโรคติดต่อแต่อย่างใด แต่เป็นเรื่องของโรคไม่ติดต่อ เช่น มะเร็ง หรือโรคเรื้อรังด้วย การสร้างการมีส่วนร่วมในระดับภาคประชาชนอย่างแท้จริง ให้ชุมชนสามารถเลือกผู้ประกอบการที่รับผิดชอบหรือเลือกโรงงานอุตสาหกรรมที่ทำการสอดคล้องกับบริบทเส้นทางพัฒนาของพื้นที่ และสุดท้ายคือการพิจารณาถึงความจำเป็นระหว่างผลกระทบต่อสุขภาพกับเงินที่ได้จากโรงงานอุตสาหกรรม การบูรณาการกรอบแนวคิดแบบ HIA ให้เข้าไปอยู่ในทุกโครงสร้างของสังคม ไม่ว่าจะเป็นด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาพ ผังเมือง การศึกษา รัฐบาลควรดำเนินการตามนโยบายที่ประกาศไว้ ทั้งเรื่องการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมก่อนอนุมัติให้โรงงานดำเนินการ การกำกับติดตามการดำเนินงานของโรงงาน รวมทั้งมีการลงโทษอย่างเข้มงวดเมื่อมีผู้ฝ่าฝืน การนำมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 5 เรื่องการปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA) ไปปฏิบัติ ในประเด็นที่ให้มีการจัดทำรายงานการประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environmental Assessment:SEA) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นปรับปรุงเกณฑ์ในการตั้งโรงงานอุตสาหกรรม

โอกาสที่สำคัญในการขับเคลื่อนในประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อม คือการมีเอกสารสำคัญระดับประเทศและระดับหน่วยงานรองรับการดำเนินการอย่างรอบด้าน ได้แก่ การมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550 มาตรา 52 เด็กมีสิทธิในการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม, มาตรา 67 สิทธิของบุคคลที่จะมีส่วน

ร่วมกับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ธรรมชาติ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2552-2554) แผนพัฒนาศกและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554) แผนพัฒนาศกและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559) แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554) แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2552-2554) และ 2 (2555-2559) แผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม (2555-2559) พระราชบัญญัติการสาธารณสุข 2535 แก้ไข 2550 แผนจัดการคุณภาพมลพิษ (2555-2559) แผนปฏิบัติการอนามัยสวลแห่งชาติ (National Environmental Health Action Plan: NEHAP)

ส่วนภัยคุกคามที่จำเป็นต้องติดตามอย่างใกล้ชิด คือ

- เรื่องของกระแสนิยม ในยุคโลกาภิวัตน์ ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและการบริโภคอุปโภคผลผลิต ทำให้เกิดการทลายธรรมชาติและระบบนิเวศในวงกว้าง
- ขีดกลางทางการค้าระหว่างประเทศที่ใช้กลไกตลาดเพื่อสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน และเน้นเศรษฐกิจเป็นหลัก
- ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ผ่านมายังไม่เข้มแข็ง และเป็นภารกิจเฉพาะกิจขาดความต่อเนื่อง ขาดระบบการสนับสนุน กำกับติดตามการดำเนินงานที่ชัดเจน
- ทิศนคติของผู้บริหารและผู้นำนโยบายที่ไม่สอดคล้องกัน เช่น การที่กระทรวงสาธารณสุขมองประเด็นสิ่งแวดล้อมเฉพาะเรื่องของการติดเชื้อโรคแต่อย่างเดียว รวมทั้งการทำงานที่ตั้งเป้าหมายตามโครงสร้างหน้าที่ทำให้การประสานงานหรือต่อระหว่างหน่วยงานมีอุปสรรค
- ภาครัฐไม่สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้ทันยุคสมัยในขณะที่ภาคประชาสังคมและภาคสื่อสารมวลชนก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว
- ปัจจัยทางการเมืองส่งผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ เช่น การเมืองที่ไม่มีเสถียรภาพ หรือมีการแบ่งพรรคแบ่งพวกทำให้ประชาชนไม่สะดวกใจที่จะตั้งคำถามเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพกับรัฐบาล
- หลักการ “ผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย” ยังเปิดโอกาสให้ผู้ผลิตเพิ่มต้นทุนจากภาษีไปในราคาสินค้า ทำให้เกิดภาระกับผู้บริโภคไม่ใช่ผู้ผลิต
- การบังคับใช้กฎหมายไม่มีประสิทธิภาพ การตีความด้วยทฤษฎีหมาย ทั้งรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติที่ยังไม่ชัดเจน

การวิเคราะห์เนื้อหาสาระของแต่ละประเด็นโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยอ้างอิงจากมาตราในรัฐธรรมนูญฯ หมวด 5 แสดงในภาคผนวกที่ 2 ตารางผนวก 2-1, 2-2 และ 2-3 ตามลำดับ

3.6 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อธรรมนูญในภาพรวม

จากการสัมภาษณ์ผู้สังเกตการณ์ การสังเกตการณ์ และ การทบทวนเอกสาร ผู้วิจัยสามารถสรุปประเด็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อธรรมนูญฯ หมวด 5 ได้ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สรุปข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อธรรมนูญในภาพรวม

ข้อคิดเห็นต่อธรรมนูญในภาพรวม	ข้อเสนอแนะเนื้อหาธรรมนูญในภาพรวม
1. พบความไม่ชัดเจนในการสื่อสารและอธิบาย ความสำคัญของการมีอยู่ของธรรมนูญ รวมถึงความไม่ชัดเจนในวัตถุประสงค์ หน้าที่ และข้อผูกพันทางกฎหมายของธรรมนูญ ในความรู้ของหน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้อง <i>"ผู้ถูกสัมภาษณ์ส่วนใหญ่คิดว่าธรรมนูญไม่ได้มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการควบคุมโรคแต่อย่างใด รวมถึงไม่ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำธรรมนูญ การดำเนินงานควบคุมโรคทำตามพันธกิจนโยบายของรัฐและสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยไม่ได้พิจารณาธรรมนูญฯ เลยแม้แต่หน่อย"</i> <i>"ธรรมนูญมีสถานะเป็นอะไร กฎหมาย (มีผลบังคับใช้?) เจตนารมณ์(ของใคร?) ข้อตกลง (ระหว่างใครบ้าง?) หรือเป็นแนวทาง เมื่อไม่ชัดเจน ทำให้ไม่รู้ว่าจะต้องนำไปใช้อย่างไร"</i>	1. พิจารณาการสื่อสารถึงความสำคัญ วัตถุประสงค์ หน้าที่ และข้อผูกพันทางกฎหมายของธรรมนูญไปยังหน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้อง
2. พบความไม่ชัดเจนในผู้รับผิดชอบในการนำธรรมนูญแต่ละมาตราไปปฏิบัติ ในความรู้ของหน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้อง ว่า "รัฐ" ในแต่ละข้อคือใคร เนื่องจากถ้าไม่ชัดเจนว่าผู้รับผิดชอบคือใคร ก็จะไม่มีการนำมาตราไปปฏิบัติ เพราะแต่ละหน่วยงานไม่ได้ตั้งงบประมาณและกำลังคนไว้รองรับ และมีแนวโน้มที่หน่วยงานจะตีความว่าหน่วยงานตนไม่ใช่ "รัฐ" ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงขอบเขตของรัฐว่าเป็น State หรือ Government หากเป็น State การกำหนดให้รัฐ (State) ทำสิ่งต่างๆ ถือเป็นหน้าที่ของรัฐบาล (Government) หรือไม่ <i>"ใครต้องเป็นผู้นำธรรมนูญไปใช้ ผู้บริหาร ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ หรือภาคประชาชน"</i>	2. พิจารณาการกำหนดนิยามของคำว่า "รัฐ" และระบุว่า "รัฐ" ในแต่ละมาตราคือใคร <i>"คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติต้องเป็นผู้กระตุ้นคณะรัฐมนตรีให้สนใจ แต่หากยังไม่สนใจ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติต้องระดมมวลชน, กลุ่มวิชาชีพ ร่วมกับ NGO, สื่อมวลชน ให้กดดันรัฐบาล (เช่น ฟ้องศาลปกครอง ว่าคณะรัฐมนตรีละเลยไม่ปฏิบัติตามธรรมนูญ) ให้สั่งการกระทรวงต่างๆให้ชัดเจน (เนื่องจากแต่ละกระทรวงก็ทำตามนโยบายตน ทำตามที่ท่านมา หากบังเอิญไปตรงกับธรรมนูญก็ถือว่าดีไป) รวมถึงให้ความรู้ความเข้าใจกลไกธรรมนูญนี้ด้วยการประชาสัมพันธ์ให้กับประชาชน (อาจจะไปปลื้ดเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล)"</i>
3. พบความเข้าใจ ความคาดหวังต่อธรรมนูญในลักษณะเป็นแผนปฏิบัติการ ในความรู้ของหน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้อง มากกว่าเป็นกรอบแนวคิดในการนำไปประยุกต์กับแผนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งส่งผลถึงความไม่ชัดเจนตามมาในการนำธรรมนูญไปใช้ <i>"อ่านธรรมนูญแล้วก็ยังไม่เห็นภาพว่าจะนำไปใช้อย่างไร"</i> <i>"ทำอย่างไรให้มาตราที่มีเกิดได้จริงและมีประสิทธิภาพ"</i> <i>"ธรรมนูญควรเขียนในแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้ ไม่ใช่เขียนเป็นวรรณกรรม ซึ่งไม่มีผลต่อการกระทำและไม่ได้คาดหวังอะไร"</i>	3. พิจารณาการสื่อสารถึงความสำคัญ วัตถุประสงค์ หน้าที่ และข้อผูกพันทางกฎหมายของธรรมนูญไปยังหน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้อง ดังข้อเสนอแนะที่ 1 และพิจารณาจัดให้มีกระบวนการหรือแนวทางการนำธรรมนูญไปปฏิบัติจริงได้ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. พบความไม่เป็นที่รู้จักธรรมนูญ (KI จำนวน 17 ท่าน จาก 25 ท่าน ไม่รู้จักธรรมนูญมาก่อน) ในความรู้ของหน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้อง ส่งผลถึงการไม่ได้นำธรรมนูญไปใช้ และแสดงให้เห็นถึงการไม่มีส่วนร่วมในการร่างธรรมนูญของหน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องรวมถึงชุมชนและประชาชนด้วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าธรรมนูญเป็นที่รู้จักและได้รับการนำไปใช้ในระดับท้องถิ่นเป็นธรรมนูญสุขภาพตำบลหรืออำเภอ เนื่องมาจากการความท้าทายจากภาคอุตสาหกรรมต่อความอยู่รอดของพื้นที่ จึงหยิบเครื่องมือนโยบายมาใช้ เช่น ชุมชนประมงท่าศาลา จ. นครศรีธรรมราช [60] ส่วนที่อื่นไม่ชัดเจนในที่มาของการเริ่มต้นทำธรรมนูญพื้นที่ เช่น ชุมชนวัดโบสถ์ จ.พิษณุโลก, ชุมชนสูงเม่น จ.แพร่, ตำบลเหมืองหม้อ จ.แพร่ เป็นต้น [57, 58, 92] ซึ่งอาจมาจากการขับเคลื่อนของ สข ไปยังพื้นที่ [60]	4. พิจารณาการสื่อสารการมีอยู่และความสำคัญของธรรมนูญไปยังหน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้อง และสร้างการมีส่วนร่วมกับกระบวนการธรรมนูญให้เกิดขึ้นอย่างทั่วถึง เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและเป็นการส่งเสริมประชาธิปไตยให้คนในพื้นที่หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจริงได้รับรู้และช่วยกันแก้ไขและนำบทเรียนในการขับเคลื่อนธรรมนูญระดับพื้นที่มาใช้ในการธรรมนูญระดับชาติ <i>"กำหนดภาพอนาคตของแต่ละพื้นที่หรือแต่ละโครงสร้างร่วมกัน โดยดึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมาคุยกัน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ออกมาเป็น healthy policy เปิดโอกาสให้คนในพื้นที่ได้มีการพูดคุยและกำหนดภาพอนาคตร่วมกัน ถึงสิ่งที่กำลังจะเป็นและสิ่งที่ต้องทำ"</i> <i>"ที่ผ่านมาความมีส่วนร่วมกับธรรมนูญของประชาชนที่ยังน้อย มีเพียงกลุ่มแกนนำซึ่งถือว่าเป็นส่วนน้อยเมื่อเทียบกับประชาชนทั้งประเทศ ดังนั้นรัฐบาล (คณะรัฐมนตรี) จึงไม่สนใจสนับสนุน ทั้งๆที่"</i>

ข้อคิดเห็นต่อธรรมนูญในภาพรวม	ข้อเสนอแนะเนื้อหาธรรมนูญในภาพรวม
	เป็นผู้รับผิดชอบ มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน" "ถ้าสามารถเขียนธรรมนูญขึ้นใหม่ วิธีที่ดีที่สุดน่าจะเป็นการดึงทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มร่าง โดยอาศัยการมองภาพในอนาคตและภาพที่อาจจะเกิดขึ้นร่วมกัน เพื่อให้เกิดการ synthesis แนวคิดให้มีจุดร่วมจุดเดียวกัน ร่วมกันคิดใน challenges แนวทางเดียวกัน การสนับสนุนภาคประชาชนให้มีการยกระดับการแสดงออกมากขึ้นเป็นไปในรูป Anti-thesis หมายความว่าภาครัฐเองมีหลักการในการดำเนินงานนโยบายต่างๆ ซึ่งบางนโยบายประชาชนไม่เห็นด้วยได้ และมีการนำข้อมูลชุมชนมาใช้ประกอบการพิจารณาด้วย"
5. ธรรมนูญเขียนในลักษณะเป็นเครื่องมือเชิงเดี่ยวระดับชาติ เจตนารมณ์ให้ครอบคลุมในทุกประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการนำไปใช้ในทุกระดับการดำเนินงาน ซึ่งทำให้ต้องเขียนในภาพกว้าง ไม่ลงรายละเอียดเฉพาะประเด็น ซึ่งทำให้ต้องมีการตีความในการโยกเข้าในแต่ละประเด็น ก่อนการนำไปใช้ [60]	5. พิจารณาการเขียนธรรมนูญให้มีกรอบเดี่ยวตั้งที่เป็นอยู่ หรือเปลี่ยนการเขียนให้เป็นแบบกรอบเฉพาะกลุ่ม หรือแยกเขียนกรอบเฉพาะกลุ่ม โดยหน่วยงานหรือผู้เกี่ยวข้องเฉพาะกลุ่มนั้นโดยตรงแยกออกมา
6. ธรรมนูญมีการเขียนให้สอดคล้องกับกรอบนโยบายอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมถึงกฎหมาย เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกัน อย่างไรก็ตามพบว่าบางประเด็นที่ธรรมนูญเขียนสอดคล้องกับกฎหมายใหญ่ เช่น รัฐธรรมนูญ จะทำให้เกิดความซ้ำซ้อนจนลดคุณค่าของธรรมนูญลงหรือไม่ รวมถึงการที่แต่ละหน่วยงานหรือแต่ละแผนยุทธศาสตร์สอดคล้องกับธรรมนูญโดยบังเอิญมิใช่ธรรมนูญสร้างให้เกิด จะตีความว่าอย่างไร รวมถึงการที่ธรรมนูญเน้นให้เป็นหน้าที่ของรัฐเป็นหลักในการดำเนินงาน ซึ่งตามโครงสร้างรัฐเองก็มีหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการอยู่แล้ว อาจตีความได้ถึงคุณค่าที่ลดลงของธรรมนูญ	6. พิจารณาความสำคัญในประเด็นความซ้ำซ้อนของเนื้อหาธรรมนูญกับกรอบนโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และลดเนื้อหาที่ซ้ำซ้อนลงหากพิจารณาว่าไม่จำเป็น และควรมีการประเมินผลและติดตามการนำธรรมนูญไปใช้
7. พบว่าเนื้อหาในธรรมนูญหมวด 5 เขียนได้ครอบคลุมดี และมีแนวทางการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน แต่ยังมีข้อจำกัดในการตีความและนำไปใช้ สำหรับปัญหาสุขภาพในภาพรวม โดยเฉพาะโรคสำคัญในมิติของภาระโรค ที่ความสำคัญอยู่ที่โรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ แต่มาตราในธรรมนูญเขียนเน้นที่อนามัยสิ่งแวดล้อมมากกว่า ทำให้โรคที่มีความสำคัญอาจจะไม่ครบถ้วน และควรเพิ่มเนื้อหาหรือมาตราเพื่อรองรับการเปิดเสรีทางการค้า การเปิดเสรีอาเซียน แรงงานข้ามชาติ และสังคมผู้สูงอายุ "ธรรมนูญมีหลักการที่ดี มีความตั้งใจที่ดีที่จะโน้มน้าวให้รัฐมาดูแลประชาชนด้านสุขภาพมากขึ้น" "ธรรมนูญหลายหมวด เหมือนเน้นเรื่องโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ผลกระทบจากโรงงานหรือโครงการต่างๆ ซึ่งนำมาปรับใช้กับโรคติดต่อได้ยาก"	7. พิจารณาการขยายหรือปรับเนื้อหาให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาสำคัญโดยการเขียนมาตราให้ชัดเจน ไม่ต้องอาศัยการตีความเพื่อโยงให้เกี่ยวข้อง หรือพิจารณาการรวมหมวด 4 และ 5 เข้าด้วยกัน เพื่อให้ครอบคลุมโรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ การบาดเจ็บ และอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือแยกตามเดิมแต่ให้แต่ละหมวดครอบคลุมภาระโรคสำคัญ ต่างกันที่หมวด 4 เน้น การส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่หมวด 5 เน้นการป้องกัน
8. พบว่าการที่ชื่อหมวดสื่อความหมายเชิงลบ คือการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ อาจทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้านจากผู้ที่ให้ผลกระทบและทำให้อาจมีความลำบากในการดำเนินการ ประสานงาน หรือขอความร่วมมือจากภาครัฐสู่ผู้ประกอบการเหล่านั้นมากขึ้น	8. พิจารณาความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยนชื่อหมวด ให้เป็นเชิงบวก คือ ประชาชนมีสิทธิในการรักษาสุขภาพ Social determinant of health แทน เช่น สิทธิในการรักษาแหล่งอาหาร แหล่งน้ำ ระบบนิเวศ
9. ธรรมนูญจำกัดที่การบังคับใช้ได้เฉพาะองค์กรภาครัฐ จึงยังมีความท้าทายในการนำธรรมนูญไปใช้ในภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ รวมถึงการกำหนดหน่วยงานรัฐทางด้านเศรษฐกิจและสังคมด้วย [60]	9. พิจารณาการการเขียนให้ธรรมนูญสามารถนำไปใช้ได้ทั้งในภาคประชาสังคมและหน่วยงานรัฐทางด้านเศรษฐกิจและสังคม

ข้อคิดเห็นต่อธรรมนูญในภาพรวม	ข้อเสนอแนะเนื้อหาธรรมนูญในภาพรวม
"ลักษณะการเขียนที่ให้รัฐบาลมาทำอย่างที่เราคิดว่าควรจะทำ โดยที่เราไม่ได้มีอำนาจบังคับบัญชารัฐบาลจริง ทำให้ไม่เกิดการนำไปปฏิบัติ" "การเขียนว่า "ให้ภาครัฐต้องทำ" เป็นการเขียนแบบไม่ไวใจภาครัฐ คือกลัวภาครัฐไม่ทำ แต่ก็ไม่รู้จะให้ใครทำ เลยต้องสั่งภาครัฐ" "ภาคประชาสังคมเองอาจต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิดใหม่ เป็นเชิงบวกและหาทางเข้าไปช่วยภาครัฐในการขับเคลื่อนเรื่องต่างๆเนื่องจากภาครัฐมีโจทย์ที่ต้องทำอยู่จำนวนมากอยู่แล้ว เป็นความยากลำบากที่จะขับเคลื่อนเรื่องอื่นๆอย่างเต็มที่"	
10. ธรรมนูญมีการกำหนดให้มีการปรับเนื้อหาตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ทุก 5 ปี ซึ่งปัจจัยสำคัญที่มีการเปลี่ยนแปลงได้แก่ การเปิดเสรีอาเซียน หรือสังคมผู้สูงอายุ เป็นต้น	10. พิจารณาการปรับเนื้อหาตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
11. หลักการของธรรมนูญ ต้องไม่ตั้งมาจากสภาพปัญหา (ซึ่งเป็นอดีต) แต่ต้องตั้งใหม่ด้วยจากทัศน์ของสังคมไทยในอีก 5 ปีข้างหน้าว่าควรเป็นอย่างไร และต้องกำหนดให้ชัดว่าจะเคลื่อนไปสู่อะไร "ถ้าไม่สามารถกำหนดอะไรได้ ธรรมนูญก็ไม่ต่างกับกระดาษเขียนหมึก มีธรรมนูญอีกกี่ฉบับก็ไม่ช่วย"	11. เช่น อีก 5 ปีข้างหน้าสังคมไทยจะต้องพึ่งตนเอง ลดการนำเข้าหรือพึ่งพิงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพหรือลดการส่งเสริมระบบการผลิตที่จะมีผลต่อสุขภาพประชาชนและชุมชนทั้งระยะสั้นและยาว การคิดภาพอนาคต หรือ What could be happen? เป็นหลักการที่ควรจะนำมาใช้

บทที่ 4 การสังเคราะห์

4.1 สังเคราะห์ภาพในอนาคต

แนวโน้มของโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนั้น โดยรวมยังคงมีปัญหาให้คอยติดตามแก้ไขไม่น้อยกว่าในอดีต แม้ว่าความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีจะช่วยให้การรักษาโรคประสบความสำเร็จมากขึ้น ผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่คุณภาพชีวิตของคนอาจไม่เพิ่มขึ้นตาม โรคในอนาคตจะเป็นกลุ่มโรคที่มีความหลากหลายและซับซ้อนของปัญหามากกว่าแต่ก่อน สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจะไม่ได้มาจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเพียงอย่างเดียวแต่จะมีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมและปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social determinant of health) อย่างแยกไม่ออก การศึกษา ความยากจน ความเท่าเทียมของคนในสังคมจะเข้ามามีบทบาทต่อการเกิดโรคอาจในฐานะปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพหรือปัจจัยที่ช่วยป้องกันการเจ็บป่วยก็ได้ และนอกจากปัญหาที่จะเกิดกับคนไทยในประเทศแล้ว การและความรับผิดชอบที่ต้องมีต่อผู้พลพและผู้ใช้แรงงานข้ามชาติที่อาจเพิ่มจำนวนขึ้นจากการเปิดเสรีอาเซียนในเร็ววันนี้ ยังคงเป็นคำถามที่ต้องการคำตอบว่าจะเดินหน้าอย่างไร

การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพในอนาคตจะทำได้ยากขึ้นและต้องทำอย่างครอบคลุมทุกระบบ ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะส่วนที่อยู่นอกเหนือสุขภาพ การทำงานแนวตั้งอาจไม่เพียงพอที่จะจัดการปัญหาอีกต่อไป จำเป็นต้องเพิ่มการทำงานแนวนาน และเพิ่มการทำงานเชิงรุก การร่วมมือกันระหว่างหน่วยงาน รัฐบาล รัฐกับเอกชน รัฐบาลกับประชาสังคม ต้องการการเชื่อมต่อที่มากขึ้น นวัตกรรมและเทคโนโลยียังคงมีความจำเป็นในการส่งเสริมป้องกันสุขภาพแต่ต้องมีการศึกษาวิจัยอย่างถ่วงถ่วงถึงประสิทธิผลและความคุ้มค่า เศรษฐกิจเป็นตัวแปรสำคัญอย่างหนึ่งที่จะเข้ามามีบทบาทกำหนดศักยภาพของการทำงานด้านส่งเสริมป้องกันโรค โดยเฉพาะการจัดสรรงบประมาณเพื่อสมทบเข้าสู่กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การเมืองและการปกครองมีผลต่อการวางแผนนโยบายและการลงทุนด้านสุขภาพอย่างยิ่ง การค้าและการลงทุนกับต่างประเทศจะส่งผลต่อการตัดสินใจ การออกแบบนโยบายและการขับเคลื่อนนโยบายที่อาจเป็นทั้งโอกาสหรือภัยคุกคามต่อการป้องกันและควบคุมโรคได้ องค์การระหว่างประเทศทางสุขภาพ เช่น องค์การอนามัยโลก กองทุนโลก องค์การสหประชาชาติแม้จะยังมีบทบาทในการช่วยขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพของประเทศให้เดินหน้าไปในทางสร้างสรรค์ แต่การเปลี่ยนแปลงในยุคโลกาภิวัตน์นั้น คงทำให้องค์กรเหล่านี้ต้องปรับท่าทีและการวางกลยุทธ์แนวใหม่เพื่อรับมือกับกระแสสังคมโลกที่เปลี่ยนไป

เมื่อสุขภาพต้องกลายเป็นส่วนหนึ่งของทุกภาคส่วนในสังคม การจะขับเคลื่อนนโยบายหรือมาตรการคงไม่สามารถกระทำอยู่ในกลุ่มของผู้คนด้านสุขภาพได้อีกต่อไป การควบคุมป้องกันโรคจำเป็นต้องหาภาคีเครือข่ายในทุกวงการ และแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของแนวคิด Health in all policy การดำเนินมาตรการเพื่อควบคุมและป้องกันโรคจำเป็นต้องกระทำในทุกระดับ ตั้งแต่ปัจเจกบุคคล ชุมชน ท้องถิ่น ไปจนถึงระดับประเทศ วิธีคิดในการวางกลยุทธ์ต่างๆต้องมีการปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ การกระจายอำนาจที่แท้จริงสู่ชุมชนคงเป็นหนทางออกเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนมีการพึ่งตนเองได้ การทำงานเชิงรุกที่มองเห็นปัญหาในอนาคตเป็นต้นตอ และวางแผนเพื่อป้องกันบนพื้นฐานของบริบทที่เท่าทันคงเป็นทางออกที่ดีที่สุดในการควบคุมป้องกันโรคและปัจจัยคุกคามทั้งหลาย

4.2 ข้อเสนอแนะเนื้อหาธรรมนูญหมวด 5 ตามรายนามตรา

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมทั้งหมดแล้วนำมาสังเคราะห์เป็นข้อเสนอแนะต่อเนื้อหาธรรมนูญหมวด 5 ตามรายนามตรา ดังตารางที่ 6 ซึ่งหลายมาตราเขียนได้ดีแต่ก็ยังมีหลายมาตราที่จำเป็นต้องปรับปรุงได้

ตารางที่ 6 ข้อเสนอแนะรัฐธรรมนูญหมวด 5

มาตรา	ข้อเสนอแนะ
32: บุคคลมีสิทธิดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ได้รับการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างมีมาตรฐาน ทันต่อเหตุการณ์ โดยให้ถือเป็นภาระหน้าที่ร่วมกันของทุกภาคส่วน ทุกระดับ โดยการใช้มาตรการเชิงรุกที่มีธรรมชาติมาบนพื้นฐานแห่งดุลยภาพทาง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภายใต้แนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง	- เขียนได้ดีและครบถ้วน
33: รัฐมีเอกภาพในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่ เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทุกระดับ	- ในส่วนคำว่า “รัฐต้องมีเอกภาพ” ถูกทำลายให้คิดว่าถูกต้องจริงหรือไม่ ทำไมต้องสร้าง เอกภาพ เพราะในความเป็นจริงมุมมองทางสังคมของคนต่างกลุ่มก็อาจไม่จำเป็นต้อง เหมือนกัน ตัวอย่างเช่น เนื้อความในมาตรา 33 นี้ ก็ปรากฏอยู่ในหลายพระราชบัญญัติที่ แตกต่างกัน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่เป็นเอกภาพ เช่น เรื่องประเมินผลกระทบต่อ สุขภาพ [1, 44, 65] [3, 93]
34: ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัย ที่คุกคามสุขภาพในระดับพื้นที่	- เขียนได้ดีและครบถ้วน ตัวอย่างที่ชัดเจน คือ การมีธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ ที่ชุมชน มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพใน พื้นที่ตนเอง ซึ่งควรได้รับการสนับสนุนและขับเคลื่อนไปยังพื้นที่อื่นต่อไป
35: ให้รัฐจัดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและ ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทั้ง ระดับชาติ ระดับจังหวัดและระดับท้องถิ่นโดยการจัดตั้งกลไกที่ประกอบด้วย หน่วยงานของรัฐ องค์กรภาคเอกชน องค์กรทางวิชาการและภาคประชาสังคมใน สัดส่วนที่เหมาะสม ทั้งนี้จะต้องคำนึงถึงการประสานเชื่อมโยงกับสากล และ โดยเฉพาะประเทศเพื่อนบ้านด้วย	- ธรรมนูญฯ และ ยุทธศาสตร์ (ตามข้อ35) จะมี “จุดยืน” อย่างไรกับยุทธศาสตร์/ นโยบาย/กิจกรรม ที่มีอยู่แล้ว ทั้งแบบรวมและแบบเฉพาะประเด็น - นอกจากการเขียนกำหนดให้มีแผนยุทธศาสตร์แล้ว ควรเขียนขั้นตอนวิธีการหรือ รายละเอียดที่จะไปยังการมีแผนยุทธศาสตร์ได้หรือไม่ อย่างไร
36: ให้รัฐสนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจ พร้อมทั้งการเสริมสร้างขีด ความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งทางด้านโครงสร้าง กำลังคน และงบประมาณ ให้มีความพร้อมที่จะรองรับภารกิจตามแผนยุทธศาสตร์การ ป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพที่กำหนดขึ้น	- เขียนได้ดีและครบถ้วน
37: ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับจัดทำแผนแบบมีส่วนร่วมจากทุก ภาคส่วนรองรับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคาม สุขภาพในระดับชาติและจังหวัด	- เขียนได้ดีและครบถ้วน
38: ให้รัฐจัดให้มีกลไกทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อ สุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้รัฐส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพ ในการใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการกำหนดนโยบาย จัดทำ หรืออนุญาตให้มีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และติดตามให้ผู้ดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการด้วยความรับผิดชอบ ให้รัฐส่งเสริมให้ประชาชนมีการรวมตัวกันและมีส่วนร่วมในกระบวนการ	- HIA เป็นสิทธิที่ให้อำนาจโดยรัฐธรรมนูญอยู่แล้ว ส่วนพระราชบัญญัติอื่นๆ ล้วนเขียน ตามการมีมาตรา 67 ของรัฐธรรมนูญ ซึ่งรวมถึงธรรมนูญสุขภาพด้วย ดังนั้นต่อให้มีหรือไม่มี ธรรมนูญสุขภาพก็ไม่ได้มีผลอะไร - การใช้ธรรมนูญสุขภาพไปหยุดยั้งฝ่ายผู้ได้ประโยชน์อาจทำได้ไม่มากนัก รวมถึงการ พยายามตีความธรรมนูญเพื่อให้ฝ่ายตนเองได้ประโยชน์ที่รัฐบาล ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ มีส่วนได้ส่วนเสีย ยังสามารถใช้ช่องว่างที่มีอยู่ของเนื้อหาและถ้อยคำในธรรมนูญมา ขัดขวางการเปลี่ยนแปลงที่ดี ควรปรับแก้เนื้อหาในธรรมนูญหมวดนี้ให้ข้อความส่งผลถึง อำนาจต่อรองที่เพิ่มมากขึ้นของประชาชน ยกตัวอย่างเช่น ควรเขียนให้มีการบังคับเรื่อง

มาตรา	ข้อเสนอแนะ
ประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อปกป้องสิทธิของชุมชนจากการดำเนินนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่จะดำเนินการในชุมชน และจัดให้มีกลไกการรับเรื่องราวร้องทุกข์จากประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที	การเปิดเผยข้อมูลรายงานการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ โดยเฉพาะ EIA ให้แก่สาธารณชน ก่อนที่จะมีการตัดสินใจอนุมัติโครงการ ซึ่งปัจจุบันนี้มีการบังคับให้เกิด public review เฉพาะ 11 ประเภทโครงการรุนแรงเท่านั้น - ข้อเสนอเพิ่มเติมคือให้เปลี่ยน "การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ" เป็น "การประเมินผลกระทบ" แทน เพื่อให้เปิดกว้างในการดึงภาคีเครือข่ายอื่นเข้ามาร่วมด้วยได้ (เช่น ผังเมือง) เพื่อไปให้ถึง Social determinant of health/ Health in All Policies เนื่องจากหากมีคำว่าสุขภาพ หลายคนยังคิดว่าคำว่าสุขภาพคือความเจ็บป่วยเท่านั้น
39: ให้รัฐเร่งส่งเสริมและพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังของรัฐและภาคส่วนต่างๆเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามต่อสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมโยงกันทุกระดับ	- เขียนได้ดีและครบถ้วน
40: ให้รัฐนำมาตรการทางภาษีมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ เช่น ภาษีสิ่งแวดล้อม ภาษีการนำเข้าวัตถุหรือของเสียอันตราย	- ณ ปัจจุบันยังไม่ถึงที่เขียนไว้ เนื่องจากผู้ผลิตจะบวกค่าภาษีที่ต้องจ่ายเพิ่มไปไว้ในต้นทุน ซึ่งรวมในราคาที่ผู้บริโภคต้องซื้อไปแล้ว ดังนั้นคนที่แบกภาระก็คือประชาชน ไม่ใช่ผู้ผลิตซึ่งเป็นผู้ทำให้เกิดมลพิษ ดังนั้นต้องให้มีการเขียนที่ระบุให้ผู้ผลิตต้องรับผิดชอบในการเก็บซากผลิตภัณฑ์ของตนเอง เช่น ในต่างประเทศ ผู้ผลิตนมกล่อง มีหน้าที่ที่จะต้องตามไปเก็บซากกล่องนมกลับมา
41: ให้รัฐพัฒนานโยบายเพื่อการคุ้มครองสิทธิตามข้อ 32 และกฎหมายวิธีพิจารณาความอาชญากรรม หรือข้อพิพาทด้านสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อม รวมทั้งสร้างกลไกการไกล่เกลี่ยและเยียวยาชดเชยแก่ประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และหาข้อยุติในกรณีข้อพิพาท	- มีกฎหมายนี้แล้วในรัฐธรรมนูญ มาตรา 67
42: ให้รัฐส่งเสริมให้มีการรณรงค์ ให้ข้อมูลข่าวสาร และสร้างค่านิยมที่ถูกต้องแก่ประชาชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็งพึ่งตนเองได้ มีภูมิคุ้มกัน และสนับสนุนให้ชุมชนมีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายเพื่อการดำเนินชีวิต และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปลอดภัยจากโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพอย่างรู้เท่าทัน	- เขียนได้ดีและครบถ้วน

บรรณานุกรม

1. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พศ. 2550, ed. 2. 2553, นนทบุรี: บริษัท วิกี จำกัด.
2. สุนีย์ สุขสว่าง, สารจากเวที :ขับเคลื่อนและร่วมเรียนรู้กระบวนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพ. 2552: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
3. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ, ed. 3. 2555: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, สุข.
4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล. 2555.
5. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, สุขภาพคนไทย 2555 ความมั่นคงทางอาหาร. 2555.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, สถิติสาธารณสุข 2553. 2553.
7. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. 2555.
8. World Health Organization, *The World Health Report 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. 2002.
9. World Health Organization, *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. 2008.
10. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข, and มหาวิทยาลัยมหิดล, แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563
- 2554.
11. สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-52. 2553: p. 179.
12. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, โครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554), ed. 3. 2554.
13. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2553. 2555.
14. P. ATTASARA and R.BUASOM, *Hospital-based cancer registry*. 2010: National cancer institute department of medical services, ministry of public health.
15. P. ATTASARA and R.BUASOM, *Hospital-based cancer registry*. 2011: National cancer institute department of medical services, ministry of public health.
16. P. ATTASARA and R.BUASOM, *Hospital-based cancer registry*. 2009, National cancer institute department of medical services, ministry of public health.
17. Nimit Martin Nilubol Patel, *Cancer in thailand 1995- 1997*, in *Cancer incidence and leading site*. 1995- 1997. p. 7-18.
18. Petcharin Srivatanakul, P.D. and M.D. Pattarawin Attasara, *Cancer in Thailand 1998-2000*, in *CANCER INCIDENCE AND LEADING SITES*. 1998-2000.
19. T.Khuhaprema, P.A., S.W. H.Sriplung, and S.S. Y. Sumitsawan, *Cancer in thailand 2004-2006*. 2004-2006
- Ministry of Public Health.
20. 040313]; Available from: <http://www.nci.go.th/th/Knowledge/tubcopy.html>.
21. 050313]; Available from: <http://www.nci.go.th/th/Knowledge/namdee.html>, .
22. 070313]; Available from: <http://legislative.cancer.gov/history/phsa/1971>.
23. 060313]; Available from: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Geo6/2-3/13/contents>.
24. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, รายงานการสาธารณสุขไทยปี 2551-2553. 2554.
25. 070213]; Available from: <http://www.ashthailand.or.th/th/>
26. 020313]; Available from: http://www.kalasin3.go.th/view.php?article_id=24489.
27. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, รายงานผลการประเมินโครงการสำนักโรคไม่ติดต่อ ภายใต้โครงการเพื่อสร้างสุขภาพดีวิถีไทยปี พ.ศ. 2552. 2552.

28. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย มกราคม 2551 – ธันวาคม 2552.
29. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ณ วันที่ 30 พฤศจิกายน 2555. 2555 090313]; Available from: <http://www.boe.moph.go.th>.
30. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ ประเทศไทย รอบที่ 29 มิถุนายน 2554 090313]; Available from: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20120517_31517029.pdf.
31. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ผลปฏิบัติการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธี BED-CEIA 090313]; Available from: www.boe.moph.go.th.
32. สำนักอำนวยการความปลอดภัย กรมทางหลวง กระทรวงคมนาคม, รายงานอุบัติเหตุบนทางหลวง. 2552.
33. ศุภล ศรีสุขวัฒนา, สถานการณ์ และแนวคิด หลักการ ยุทธศาสตร์ อนามัยสิ่งแวดล้อมไทย เพื่อการควบคุมป้องกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ. 2552: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
34. กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2552-2554. 2555: p. 3-63.
35. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย, แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2555-2559. 2555: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
36. เทศบาลนครระยอง, แผนยุทธศาสตร์ ส่วนส่งเสริมสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 2555-2559 2555.
37. สมพร เพ็งคำ, เอช ไอ เอ การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชน ในสังคมไทย. 2555, สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
38. สำนักธรรมนูญสุขภาพและนโยบายสาธารณะ. ถอดรหัสธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 20 กพ 56]; Available from: http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=274:-2552&catid=97:cattum&Itemid=44.
39. ผศ. ดร. ทพ. วีระศักดิ์ พุทธาศรี, เจตนารมณ์ประกอบธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๕. 2552.
40. World Health Organization, *Commission on Social Determinant of Health final report*. 2008.
41. ชัยอนันต์ สมุทวณิช, รัฐ, ed. 3. 2552, กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
42. คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552, ed. 2. 2553: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
43. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542.
44. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550, รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550.
45. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 2550.
46. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. 2555.
47. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, กรอบยุทธศาสตร์งานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระดับชาติปี พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘. 2554.
48. พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551. Available from: www.radc.go.th/document/all/act_alcohol.PDF.
49. คณะกรรมการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2555-2559) แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกันและแก้ไขปัญหา โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ พ.ศ. 2556-2559.
50. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการเอดส์แห่งชาติ, ค. แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ พ.ศ. 2555-2559. 2555 120313]; Available from: <http://www.thain aids.org/main/index.php/nat-strategy/9-national-aids-strategy-3>.

51. กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2552-2554. 2552: p. 3-63.
52. กองสุขภาพอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ข้อกำหนดการรับรองการตรวจสอบคุณภาพ น้ำประปาดื่มได้และเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภค. 2552: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
53. สวัสดิ์นา กมลวัฒน์นิศา, *ECO challenge*. 2553, การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย.
54. การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย, เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ. 2555.
55. บัณฑิต ศรีไพศาล, จ.แ., การควบคุมปัญหาแอลกอฮอล์ด้วยกฎหมาย เอกสารวิชาการประกอบการพิจารณาพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. 2550, ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
56. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, ยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ.
57. วิเชียร พูลนุช, การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเทศบาลตำบลวัดโบสถ์ของชุมชน หลวงพ่อเพชรตำบลห่อแท้อำเภอดอนสัก จังหวัดพิษณุโลก. 2554, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
58. นพ.แสงชัย พงศ์พิชญพิทักษ์, การนำธรรมนูญสุขภาพอำเภอไปปฏิบัติของชุมชนในเขตอำเภอสูงเม่น จังหวัดแพร่. 2554, สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต
59. นายขุนทอง บุญยประวิตร, เรื่องเล่าจากบ้านชะแล้. 2553: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
60. ไพบุญย์ สิริระวงศ์ไพศาล, รายงานผลการประเมินการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพภายใต้การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554.
61. พระราชบัญญัติผลิตภัณฑ์ควบคุมยาสูบ พ.ศ. 2535. 130313]; Available from: <http://www.baanjomayut.com/library/law/53.html>
62. เว็บไซต์โครงการเด็กไทยไม่กินหวาน. 140313]; Available from: <http://www.maikinwan.com/>.
63. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554 2549.
64. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎามนตรี, แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 2554.
65. ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พศ 2535. 2546: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
66. ชนิษฐา แซ่เอี้ยว, et al., ฟาหลังพายุฝน ชีวิตคนมาตาตุด ไปต่ออย่างไร, ed. 2. 2553: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, สข.
67. เครือข่ายประมงพื้นบ้าน สีชล ท่าศาลา นครราชสีมา, ก่อน "กลายเป็น" เป็นอื่น จากท้องทะเลสู่ผืนแผ่นดิน: จากคนหาปลาสู่คนกินปลาทั่วโลก. 2555: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
68. สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, เรื่องเล่าความสำเร็จ GREEN & CLEAN HOSPITAL. 2553: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
69. ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, เรื่องเล่าความสำเร็จของภาคีเครือข่ายงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม การประชุมวิชาการ "เพื่อ...อีสานพัฒนาอย่างยั่งยืน ปี 2554" 2-3 ธันวาคม 2553
- 2553.
70. สดใส สร้างโตก and และคณะนักวิจัยชุมชน, ผลการศึกษาการประเมินผลกระทบสุขภาพ กรณีโครงการไฟฟ้าชีวมวล เชื้อเพลิงแกลบ บ้านคำสร้างไชย ต. ท่าช้าง อ. สว่างวีระวงศ์ จ. อุบลราชธานี, ed. 1. 2555: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, สข.
71. ศุภกิจ นันทะวรการ, ธัญญาภรณ์ สุรภักดี, and ยวิษฐา พิทักษ์วัชร, อุดรรั้ว โรงไฟฟ้าชีวมวล. 1. 2555: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, สข.
72. ประเชิญ คนเทศ, กมล เปี่ยมสมบุรณ์, and พวงทอง เม่งเกร็ด, การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพกับสมาชิกสุขภาพนครปฐม กรณีชุดคลองลัดแม่น้ำท่าจีน, ed. 1. 2555: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, สข.
73. ภาวินี ไชยภาค, จะนะจะก้าวข้าม, ed. 1. 2555: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, สข.

74. วรณิศา จันทรหอม and และคณะ, ทะเล คือชีวิตของเรา บ้านสวนกง ด.นาทับ อ.จะนะ จ.สงขลา, ed. 1. 2555: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, สข.
75. ประสิทธิ์ชัย หนูนวล, ก่อนแผ่นดินจะกลายเป็นอื่น, ed. 2. 2555: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, สข.
76. ประสิทธิ์ชัย หนูนวล, ก่อนแผ่นดิน จะกลายเป็นอื่น. 2555: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
77. กอบมณี เลิศพิชิตกุล, บทเรียนจากเขาหินซ้อน ปฏิบัติการปกป้องพื้นที่ วิถีชุมชนและสิ่งแวดล้อม. 2555: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
78. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, จะรับมืออย่างไรหากเมืองไทย จะเต็มไปด้วย ขยะอุตสาหกรรม?. 2554.
79. พันธกานต์ ดงจีน, ก่อนจะผ่านไป: ทบทวนทิศทางการพัฒนา ในสายตาของคนเมืองเลย. 2554: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, สข.
80. นพ.วิพุธ พูลเจริญ and นพ.อำพล จินดาวัฒนะ, ลมหายใจแห่งภูเขาทองคำ, ed. 1. 2555: ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ, สข.
81. กองสุขภาพอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือผู้สัมผัสอาหาร. 2548: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
82. กองสุขภาพอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือตลาดสด นานี้ชื่อ 2550: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
83. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือสร้างสุขนิสัยรักษาสะอาด. 2551: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
84. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ทำอย่างไร...ให้สวมสะอาด. 2552: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
85. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือเรื่องมาตรฐานอนามัยสิ่งแวดล้อม (ด้านอากาศ น้ำ ดิน เสียง ความสั่นสะเทือน ความร้อน และความเข้มแสงสว่าง). 2552: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
86. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือวิชาการ ตอน แนวทางการตรวจวินิจฉัยปัญหาเหตุรำคาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับเจ้าหน้าที่. 2552: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
87. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐาน ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ. 2553: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
88. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, การจัดการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม. 2553: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
89. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือประชาชน...ร่วมลดโลกร้อน...ด้วยสองมือเรา. 2554: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
90. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือประชาชน การพัฒนาพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2554: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.
91. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือลดโลกร้อน. 2555.
92. ธนาวรรณ วงศ์สวัสดิ์, วิทยานิพนธ์ กระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพตำบลเหมืองหม้ออำเภอเมืองแพร่. 2554: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
93. National Health Commission Office (NHCO), *HIA for HPP towards healthy nation: Thailand's recent experiences* 2008: Khunathai co.,ltd. (Wanida Press) Chiangmai.

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1 แบบสัมภาษณ์

โครงการวิจัยทบทวนวรรณกรรมสุขภาพ หมวด 5: การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

วันที่

นักวิจัย นพ. ฐิติกร โตโพธิ์ไทย, พญ. ชมพูนุท ไทยจินดา, พญ. ดาริน อารีย์โชคชัย., ทพญ. จิราพร ชิดดี, นพ. ทักษพล ธรรมรังสี

หน่วยงานของนักวิจัย กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย, กรมควบคุมโรค, และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ)

ผู้ประสานงานหลัก นพ. ฐิติกร โตโพธิ์ไทย, Email: thitikorn@ihpp.thaigov.net, 086-393-1693

วัตถุประสงค์ในการสัมภาษณ์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา
2. เพื่อประเมินสถานการณ์ โอกาส ภัยคุกคามในระบบป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยอ้างอิงจากสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552
3. เพื่อให้ข้อเสนอแนะทิศทางการที่จะเป็นในการกำหนดภาพอนาคตหรือภาพพึงประสงค์ในอีก 10 ปีข้างหน้าของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ

ผู้ทำการสัมภาษณ์ขออนุญาตบันทึกเนื้อหาการสัมภาษณ์ในเครื่องบันทึกเทป โดยจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับและไม่มีการเผยแพร่เป็นรายบุคคล ไม่มีการระบุชื่อของท่านและหน่วยงานในการอ้างถึงเนื้อหาความในการสัมภาษณ์

หากมีบางคำถามที่อาจจะทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจ ท่านมีสิทธิในการที่จะเลือกตอบ หรือไม่ตอบคำถาม หรือขอให้หยุดการบันทึกเสียงและมีสิทธิที่จะหยุดการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาและมีสิทธิจะพูดคุยกับนักวิจัยถึงปัญหาที่ทำให้ท่านไม่สบายใจในทันทีหรือภายหลังได้

ชุดคำถาม

1. สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาและทิศทางในอนาคตในพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยงานของท่าน
 - a. ขอบเขตงานป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในของหน่วยงานของท่าน
 - b. สถานการณ์โรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา
 - c. สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา
 - d. ทิศทางใน 5 ปีข้างหน้า
2. ประเมินสถานการณ์ โอกาส ภัยคุกคาม ในระบบป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยอ้างอิงจากสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552
 - a. มีแผนยุทธศาสตร์หรือแผนปฏิบัติการเพื่อให้บรรลุตามหลักการดังกล่าว หรือไม่ อย่างไร
 - b. ผู้มีอำนาจ ผู้มีส่วนร่วม หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีใครบ้าง มีบทบาทอย่างไร
 - c. มาตรการที่มี/ ตัวอย่างกิจกรรมที่ได้รับการดำเนินเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายดังกล่าวได้แก่อะไรบ้าง
 - d. โอกาส/ภัยคุกคามจุดแข็ง/จุดด้อย ข้อดี/ข้อเสียของแผนยุทธศาสตร์/ แผนปฏิบัติการ/ มาตรการ/ กิจกรรม ที่มี ได้แก่อะไรบ้าง

3. เพื่อให้ข้อเสนอแนะทิศทางการที่จะเป็นในการกำหนดภาพอนาคตหรือภาพพึงประสงค์ในอีก 10 ปีข้างหน้าของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
 - a. ภาพอนาคตหรือภาพพึงประสงค์ในอีก 10 ปีข้างหน้าของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ
 - b. ข้อเสนอแนะทิศทางการที่จะเป็น

ภาคผนวกที่ 2 เนื้อหาสาระของแต่ละประเด็น โดยอ้างอิงจากมาตราในรัฐธรรมนูญฯ หมวด 5

แสดงในตารางผนวก 2-1 ประเด็นโรคติดต่อ ผนวก 2-2 ประเด็นโรคไม่ติดต่อ และ ผนวก 2-3 ประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อม

ตารางผนวก 2-1 การวิเคราะห์ประเด็นโรคติดต่อและโรคอุบัติใหม่ โดยอ้างอิงจากสาระในรัฐธรรมนูญฯ หมวด 5 ตามรายมาตรา

โรคติดต่อ (HIV/AIDS และ โรคอุบัติใหม่)	สถานการณ์และแนวโน้มในอนาคต	ความท้าทาย	โอกาส	ภัยคุกคาม
32: บุคคลมีสิทธิดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค และปัจจัยคุกคามมีมาตรฐาน เป็นภาระหน้าที่ของทุกภาคส่วน ทุกระดับ มาตรการเชิงรุก ภายใต้แนวปรัชญา ศก พอเพียง	- ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลง แต่การระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวียังคงรุนแรงในบางจังหวัด โดยเฉพาะในจังหวัดท่องเที่ยว และบางกลุ่มประชากร - การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความก้าวหน้ามากขึ้น และเป็นสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระบบประกันสังคมสวัสดิการข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถมีสุขภาพแข็งแรงมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีชีวิตยืนยาวได้ - ปัจจัยส่งเสริมการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อในกลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงภาวะทางสังคมและค่านิยมในการใช้ชีวิต ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น หญิงขายบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ติดยาเสพติด กลุ่มแรงงานข้ามชาติมีแนวโน้มจะเข้าถึงยากขึ้น - โรคติดต่ออุบัติใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่มีต้นกำเนิดมาจากสัตว์ หรือสัตว์ป่า - การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกัน แก่ไขและเตรียมพร้อมรับปัญหาโรคอุบัติใหม่ และโรคระบาด ทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบมีความพร้อมรับมือและป้องกันโรคอุบัติใหม่	- ความจำเป็นอย่างยิ่งในการกำหนดมาตรการใหม่ๆ ที่มีประสิทธิภาพต่อสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป - ความสมดุลของการจัดสรรงบประมาณ ที่เน้นการรักษามากกว่าการป้องกันควรมีการทบทวนและให้ความสำคัญกับแผนงานด้านการป้องกันให้มากขึ้น เพราะการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ย่อมหมายถึงการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาซึ่งมีมูลค่าสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ใช้ในด้านการป้องกัน - การดูแลรักษาและป้องกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มประชากรเสี่ยง	- ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวีเอดส์ จากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องเอชไอวีเอดส์ (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: UNGASS) พ.ศ.2544 มีกรอบแนวคิดที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal: MDG) ที่ว่าด้วยการหยุดยั้งการกลับมาของการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี - ปัญหาเอดส์ถือเป็นวาระแห่งชาติของประเทศไทย มีการจัดตั้งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ [50] ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วยตัวแทนจากกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอีก 10 กระทรวง กรมการอุดมศึกษา กรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร สภากาชาดไทย ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ (อาจารย์มหาวิทยาลัยต่าง) และ NGOs - นอกจากนี้ในระดับพื้นที่ ทุกจังหวัดจะต้องมีคณะกรรมการระดับจังหวัด โดยมี สสจ. เป็นหน่วยในการประสานงานกับหน่วยงานราชการอื่นๆ ภายในจังหวัด และ NGO - ในแผนเอดส์ชาติฯ มีการส่งเสริมให้บุคคลตระหนักถึงการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ ที่สงสัยว่าตนเองจะติดเชื้อได้เข้าถึงบริการตรวจเลือดที่ได้มาตรฐาน (มี pre/post-counseling)	- การเปิดเขตการค้าเสรีมากขึ้น ทั้งการเปิดประชาคมเสรีอาเซียน เป็นโอกาสให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติเข้าสู่ประเทศง่ายขึ้น - การพึ่งพิงงบประมาณในการป้องกันโรค และการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่อยู่กับกองทุนโลกเป็นหลัก ซึ่งมีจำนวนงบประมาณน้อยลงเรื่อยๆ และประเทศไทยอาจไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกในอนาคต - การเปลี่ยนแปลงด้านประชากรและพฤติกรรมมนุษย์ การเคลื่อนย้ายของประชากร การเปลี่ยนแปลงของเชื้อโรค ความชุกชุมของสัตว์พาหะนำโรค เช่น ยุง การใช้ยาไม่ถูกต้องซึ่งทำให้เกิดการดื้อต่อยาปฏิชีวนะ การพัฒนาด้านเทคโนโลยีและอุตสาหกรรม การเปลี่ยนแปลงทางนิเวศวิทยาของสัตว์นำโรคและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งภาวะโลกร้อน - การขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน การปฏิบัติตนไม่ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยหรือสุขลักษณะ การอยู่รวมกันอย่างหนาแน่น - ประชาชนบางกลุ่มมีความเสี่ยงที่จะติดโรคเนื่องจากมีความต้านทานโรคต่ำ เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หญิงตั้งครรภ์ ผู้มีภาวะอ้วน ประชาชนบางกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสโรคมาก เช่น เกษตรกรผู้เลี้ยงสัตว์ คนทำงานในโรงฆ่าสัตว์ คนฆ่าและเนื้อสัตว์ สัตว์บาล และสัตว์แพทย์ ประชาชนบางกลุ่มมีโอกาสแพร่โรคหรือรับโรคได้ง่าย เช่น กลุ่มผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก หรือกลุ่มผู้

			- การมีมาตรฐานการจัดบริการด้านเอดส์ กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2550 สำหรับสถานบริการสุขภาพ, มาตรฐานหน่วยบริการสำหรับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ. 2552, มาตรฐานการให้บริการให้คำปรึกษาและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พ.ศ. 2550 กระทรวงสาธารณสุข - การมีแนวทางมาตรฐานการรักษา, ประกาศกระทรวงแรงงานเรื่องการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการเมื่อปี 2548 เพื่อให้สถานประกอบกิจการมีบทบาทในการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ที่เป็นไปตามแนวปฏิบัติสากลเรื่องโรคเอดส์ในโลกแห่งการทำงาน ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO Code of Practice on HIV/AIDS in the World of Work) โดยมีมาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์เรียกชื่อย่อว่า มาตรฐาน ASO Thailand (AIDS - response Standard Organization)	เดินทางไปต่างประเทศ
33: "รัฐ" มีเอกภาพ ที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทุกระดับ	- "ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเอดส์ชาติและต้องดำเนินงานตามแผนเอดส์ชาติ" - มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) ซึ่งเป็นการดำเนินงานภายใต้มติคณะกรรมการอำนวยการป้องกัน ควบคุม แก้ไขสถานการณ์โรคเอดส์และโรคติดต่ออุบัติใหม่ และการเตรียมพร้อมสำหรับการระบาดใหญ่ของไข้หวัดใหญ่	- ความต่อเนื่องของการประสานและการดำเนินงาน - การสร้างความเป็นเอกภาพในการจัดการประชากรกลุ่มเสี่ยง ที่ไม่ใช่ประชากรไทย เนื่องจาก สปสช. ไม่สามารถจัดงบประมาณดูแลรักษาได้ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทน้อย กลุ่ม NGO ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก รับผิดชอบในการเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงนี้ ในขณะที่กระทรวงยุติธรรมและมหาดไทย มีหน้าที่จับกุมกลุ่มนี้	- มีแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 - มีแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 [50] - แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) [49] - มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2552 เสนอต่อคณะรัฐมนตรีให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อการบริหารจัดการโรคติดต่ออุบัติใหม่แบบบูรณาการ จึงนำมาสู่การจัดทำแผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) ขึ้น	- การพึ่งพิงงบประมาณในการป้องกันโรคและการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่อยู่กับกองทุนโลกเป็นหลัก ซึ่งมีจำนวนงบประมาณน้อยลงเรื่อยๆ และประเทศไทยอาจไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกในอนาคต - หน่วยงานจากภาคส่วนต่างๆ มีเป้าหมายของการทำงานแตกต่างกันตามโครงสร้างหน้าที่ ทำให้บางครั้งการประสานงานหรือการต่อรองไม่ได้ข้อสรุป
34: ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วม	- การดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับพื้นที่และเขตมีมากขึ้น เช่น จังหวัดชัยภูมิ มีการสร้างเครือข่าย	- การจัดสรรงบประมาณเพื่อเน้นการป้องกันมากกว่าการรักษาลงไปสู่ชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานและขับเคลื่อนใน	- งบประมาณจากกองทุนโลกที่ใช้ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ ปัจจุบันกระจายไปยัง 59 จังหวัด	- การพึ่งพิงงบประมาณในการป้องกันโรคและการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่อยู่กับกองทุนโลกเป็นหลัก ซึ่งมี

	เยาวชนดำเนินงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีการจัดทำแผนเอดส์ตำบล โดยกรรมการกองทุนสุขภาพระดับตำบล มีโครงการที่เกิดจากความร่วมมือของเยาวชน สถานีวิทยุ อสม. อปท. โรงพยาบาล เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เช่น ด.บ้านชวน อ.บ้านเนินจันทรังค์ หรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 รับผิดชอบจังหวัดชัยภูมิ นครราชสีมา สุรินทร์ และบุรีรัมย์ มีการดำเนินงานร่วมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ 4 จังหวัด รวม 30 กลุ่ม - ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่ของประเทศ - ทีม Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล ได้รับการพัฒนาต่อเนื่องจากท้องถิ่น	ชุมชนมีความต่อเนื่อง - ชุมชนให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินการป้องกันโรคติดต่ออย่างต่อเนื่อง	- นโยบาย กระทรวงสาธารณสุข เรื่อง “อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง” มีตัวชี้วัดด้านโรคเอดส์ ได้แก่ 1) จัดทำแผนจากข้อมูลสภาพปัญหาของพื้นที่ 2) กำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายและพื้นที่การดำเนินงานที่ชัดเจน 3) ใช้ทรัพยากรในพื้นที่ร่วมดำเนินการ 4) ใช้แผนเป็นเครื่องมือในการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆในพื้นที่ - แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกองค์กรภาคีต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ที่ได้มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ตัวอย่าง ใช้หัวหน้ากลุ่ม แสดงให้เห็นถึงความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพคน และสุขภาพสัตว์ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ รวมไปถึงภาคธุรกิจ เอกชน ผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ปีก และชุมชน จนกระทั่ง pandemic flu ยิ่งเกิดความร่วมมือร่วมของภาคประชาชนเป็นอย่างมาก เช่น โรงเรียน งาน event ภาคบันเทิงต่างๆ - การจัดตั้ง Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) เครือข่ายระดับตำบล เป็นองค์ประกอบหนึ่งของนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ของกรมควบคุมโรคที่เริ่มดำเนินการอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในปลายปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๕๓ - การมีธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการป้องกัน และควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับพื้นที่ [57, 58]	จำนวนงบประมาณน้อยลงเรื่อยๆ และประเทศไทยอาจไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกในอนาคต
35: “รัฐ” จัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ สามระดับ	- มีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนงานที่กระตุ้นการระดมทรัพยากรจากภาคส่วนต่างๆ ในพื้นที่และท้องถิ่นเองเพื่อการจัดการและตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในพื้นที่ของตนเอง	- การทำแผนยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมการดูแลรักษาและป้องกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มประชากรเสี่ยง	- การจัดทำแผนเอดส์ชาติ [50] เริ่มต้นจากมอง Global issue ร่วมกับสภาพปัญหาของประเทศไทย จากนั้นแต่งตั้งคณะทำงานซึ่งมีกรมควบคุมโรคเป็นแกนหลัก ร่วมกับ NGO ขนาดใหญ่ และ UNAIDS Thailand ช่วยกันร่างกรอบแนวคิด เสนอต่อผู้บริหารภายในกระทรวง	- การพึ่งพิงงบประมาณในการป้องกันโรคและการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่อยู่กับกองทุนโลกเป็นหลัก ซึ่งมีจำนวนงบประมาณน้อยลงเรื่อยๆ และประเทศไทยอาจไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกในอนาคต

			สาธารณสุข เพื่อให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นจึงมีการประชุมระดับกรมในระดั ผู้เชี่ยวชาญ การประชุมคณะทำงานที่ประกอบด้วยบุคลากร จากภาคส่วนต่างๆ หรือเวทีระดับชาติ ที่ได้เปิดโอกาสให้หลายๆภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์ฯ เมื่อได้ร่างยุทธศาสตร์ฯ แล้วจะนำเสนอคณะกรรมการเอตส์ชาติเพื่อการรับรอง และนำเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีเพื่อเห็นชอบ - แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559) ได้บูรณาการแนวคิดและทิศทางในการจัดทำแผนให้สอดคล้องกับทั้งยุทธศาสตร์ภายในประเทศ และพันธสัญญาในกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559 กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 แผนยุทธศาสตร์สำหรับโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก พ.ศ. 2553 และกรอบการดำเนินงานของสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN) เป็นกรอบและแนวทางอย่างกว้าง ให้นำหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่างๆ สามารถกำหนดแนวทางเพิ่มเติมที่จำเป็น ตามความเหมาะสม ตลอดจนการบริหารจัดการ ให้ความสอดคล้องกับสถานการณ์ของโรค	
36: "รัฐ" สนับสนุนการกระจายอำนาจและความสามารถแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ฯ	- มีการกำหนดตัวชี้วัดให้จังหวัดมีการระดมงบประมาณมาใช้ในการดำเนินงานเอตส์ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาพื้นที่ และตัวชี้วัดในระดับ อปท. ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ - โครงสร้างลงถึงระดับจังหวัดและอำเภอตามตัวชี้วัดอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (ตามมาตรา 34) แต่ใน	- การจัดสรรงบประมาณเพื่อเน้นการป้องกันมากกว่าการรักษาลงไปสู่ชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานและขับเคลื่อนในชุมชนมีความต่อเนื่อง	- แผนเอตส์ชาติ พ.ศ. 2550 – 2554 มีมาตรการบูรณาการยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ในจังหวัดและท้องถิ่น - มีการจัดอบรมด้านแผนงานโครงการเอตส์ในการพัฒนาวิธีการทำงานของอปท. โดยเป็นความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทยกับกระทรวงสาธารณสุข - พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครอง	- การพึ่งพิงงบประมาณในการป้องกันโรคและการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่อยู่กับกองทุนโลกเป็นหลัก ซึ่งมีจำนวนงบประมาณน้อยลงเรื่อยๆ และประเทศไทยอาจไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกในอนาคต

	ระดับท้องถิ่น การดำเนินงานโดย NGO ใช้เงิน Global fund เป็นหลัก ส่วน อปท. สนับสนุนเรื่องการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ เช่น ถังยางอนามัย - สำนักบรรดาวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในการพัฒนาและกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบล มีระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์เพื่อให้สมาชิกในชุมชน "รู้เร็ว (รู้เหตุการณ์ผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว) แจ้งเร็ว (แจ้งเหตุผิดปกติที่มีผลกระทบต่อสุขภาพไปยังศูนย์รับแจ้งข่าวได้เร็ว) ควบคุมเร็ว (ควบคุมโรคเบื้องต้นเพื่อสกัดกั้นการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว)"		ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้ อบต. และเทศบาล ต้องทำหน้าที่ด้านการป้องกันและระงับโรคติดต่อ และการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย - งบประมาณในการป้องกันควบคุมโรคส่วนใหญ่ ได้รับการกระจายไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	
37: "องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น" ทำแผนเพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติและจังหวัด	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนมีการจัดทำแผนงานโครงการเอดส์ที่ตอบสนองต่อกลุ่มเป้าหมายตามสภาพปัญหาในพื้นที่ - แต่ละจังหวัดมีกลไกในการระดมและบริหารจัดการงบประมาณในระดับจังหวัดที่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์โดยเอกชน ท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆ - อปท. มีการจัดทำแผนงบประมาณการควบคุมโรคในท้องถิ่นบางพื้นที่มีการจัดตั้งกองทุนหมู่บ้าน กองทุนสุขภาพตำบล โดยใช้กระบวนการประชาสังคม ในการจัดทำแผนงานโครงการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญในพื้นที่	- การทำแผนยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมการดูแลรักษาและป้องกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มประชากรเสี่ยง - ท้องถิ่นให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินการป้องกันโรคติดต่ออย่างต่อเนื่อง	- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542	- การให้ความสำคัญกับมิติเศรษฐกิจมากกว่าสุขภาพ "คิดว่า อปท. ส่วนใหญ่ไม่ได้สนับสนุนสนใจเรื่องการสร้างถนน มากกว่าจะใช้งบประมาณมาลงทุนด้านการป้องกันควบคุมโรค"
38: "รัฐ" จัดให้มีกลไกในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ	- รายละเอียดในอนามัยสิ่งแวดล้อม	- รายละเอียดในอนามัยสิ่งแวดล้อม	- รายละเอียดในอนามัยสิ่งแวดล้อม	- รายละเอียดในอนามัยสิ่งแวดล้อม
39: "รัฐ" พัฒนาและส่งเสริม การเฝ้าระวัง	- มีการดำเนินงานเฝ้าระวังปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ รวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการคาดการณ์ผู้ติดเชื้อรายใหม่	- การสร้างระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหา กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยที่เป็นระบบ โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยง - การสร้างศักยภาพ ระบบและเครื่องมือ	- สำนักบรรดาวิทยาจัดตั้งระบบรายงานผู้ป่วยตั้งแต่ พ.ศ. 2526 และเริ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังต่างๆ พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา โดยใช้งบประมาณในระบบปกติของ	- การพึ่งพิงงบประมาณในการป้องกันโรคและการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่อยู่กับกองทุนโลกเป็นหลัก ซึ่งมีจำนวนงบประมาณน้อยลงเรื่อยๆ และ

	เพื่อนำไปประเมิน กำหนดนโยบาย และงบประมาณที่จะต้องใช้ในการ แก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่ ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี ระบบการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ ระบบการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ระบบการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา การคาดประมาณแนวโน้มของการติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ การเฝ้าระวังการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก - การดำเนินงานตามแผน ยุทธศาสตร์ป้องกัน แก้ไขและเตรียมพร้อมรับปัญหาโรคอุบัติใหม่ และโรคระบาด ทำให้มีระบบการป้องกัน ควบคุม และเฝ้าระวังโรคที่ชัดเจน มีความพร้อมในด้านการวินิจฉัย ดูแลและรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ - SRRT เครือข่ายระดับตำบล เป็นตัวชี้วัดย่อยของคุณลักษณะ "ระบบระบาดวิทยาที่ดี" ซึ่งเน้นเรื่องการเฝ้าระวังเหตุการณ์ โดยกำหนดให้มีบทบาทหน้าที่เหมาะสมกับศักยภาพของบุคลากร และวิชาการระดับตำบล บทบาทหน้าที่ในเบื้องต้นดังนี้ 1) รายงานโรคหรือเหตุผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง 2) สามารถสอบสวนโรคและภัยสุขภาพที่พบบ่อยในพื้นที่พร้อมดำเนินการควบคุมโรคเบื้องต้น 3) สามารถแจ้งเตือนประชาชนในเรื่องโรคหรือภัยสุขภาพได้ทันท่วงที 4) รวบรวมข้อมูลสถิติการเกิดโรค/เหตุการณ์ต่าง ๆ ในตำบล 5) วิเคราะห์เพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ "SRRT เครือข่ายระดับตำบล น่าจะเป็นคำตอบที่ดี สำหรับการเฝ้าระวัง	ป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ รวมทั้งเตรียมความพร้อมตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ และสังคม จากการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ได้	กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก ยกเว้นระบบการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ระบบเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา และการเฝ้าระวังการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งใช้งบประมาณในการเฝ้าระวังโดยเฉพาะค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการสูงจะใช้งบประมาณของ Global fund - เมื่อมีการเกิดโรคอุบัติใหม่ทั้งในประเทศและต่างประเทศ สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จะมีการติดตามสถานการณ์และแนวทางการเฝ้าระวังสอบสวน รวมถึงคำแนะนำในการป้องกันควบคุมโรคต่างๆ อย่างใกล้ชิด โดยยึดตามมาตรฐาน คำแนะนำจากองค์การอนามัยโลก, US CDC, เครือข่ายเฝ้าระวังโรคและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น EURO Surveillance, network ที่อยู่ภายใต้กฎอนามัยระหว่างประเทศ เพื่อดำเนินการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค และป้องกันควบคุมโรคที่ได้มาตรฐานสากล เช่น SARS, H5N1, Pandemic flu, Enterovirus - ผลจากการกระจายอำนาจ ทำให้ระดับตำบลมีความเป็นอิสระ มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบมากขึ้น โดยเฉพาะด้านการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งการเกิดโรคระบาดจะอยู่ในพื้นที่ตำบลอยู่แล้ว ตำบลจึงเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเหตุการณ์ที่สุด เพราะฉะนั้นการควบคุมโรคเบื้องต้น จึงเป็นบทบาทของระดับตำบล หากตำบลมีทีมเฝ้าระวังควบคุมโรคเบื้องต้นที่เข้มแข็ง ก็จะทำให้สามารถรู้เหตุการณ์ผิดปกติได้เร็วขึ้น สามารถควบคุมโรคหรือเหตุการณ์ผิดปกติได้ทันเวลา "รู้เร็วแจ้งเร็วควบคุมเร็ว"	ประเทศไทยอาจไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกในอนาคต
--	--	--	--	--

	เหตุการณ์ผิดปกติในพื้นที่” - มีการทำ MOU เรื่องการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรค ภายในอำเภอระหว่างภาคประชาชน อปท. และรพ.สต. เช่น รพ.สต.ป่ากุมเกาะ อ.สุวรรณโลก จ.สุโขทัย			
40: “รัฐ” ใช้มาตรการทางภาษี	- รายละเอียดในอนามัยสิ่งแวดล้อม	- รายละเอียดในอนามัยสิ่งแวดล้อม	- รายละเอียดในอนามัยสิ่งแวดล้อม	- รายละเอียดในอนามัยสิ่งแวดล้อม
41: “รัฐ” พัฒนากฎหมายเพื่อการคุ้มครองสิทธิ	- ไม่มี	- ไม่มี	- มี พรบ. โรคติดต่อ พ.ศ. 2523 อยู่ระหว่างปรับปรุงแก้ไขให้ทันสมัย โดยสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรคเป็นแกน	- ไม่มี
42: “รัฐ” ส่งเสริมการรณรงค์ ให้ข้อมูล และส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง	- กระทรวงสาธารณสุข /อปท. มีงบประมาณด้านประชาสัมพันธ์และการแจ้งข่าวโรคติดต่อที่สำคัญ มีการแจ้งเตือนผ่านเสียงตามสายเช่น ไขหวัดใหญ่ มือเท้าปาก - ประเทศไทยสามารถจัดการความรู้วิจัยและพัฒนาต้านโรคติดต่ออุบัติใหม่จนสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น	- การให้ข้อมูลทางสุขภาพในชุมชนมาจากประชาชนในพื้นที่เอง	- มีกลไกการประสานข้อมูลข่าวสาร สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์ทั้งในระดับนานาชาติ ระดับชาติ องค์กรระดับจังหวัด และท้องถิ่น ตัวอย่างโครงการ เช่น “เสียงและทางเลือก” ของมูลนิธิริรักษ์ไทย ฝึกอบรมให้ผู้หญิงที่ติดเชื้อเป็นผู้ให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล, “โครงการก้าวอย่างอย่างเข้าใจ” ขององค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข ส่งเสริมการจัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา และการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มเยาวชน ในสถานศึกษา (Global fund) - เทศบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ และการประชาสัมพันธ์ในเรื่องการป้องกันโรคติดต่อ - นายกเทศมนตรี มีการนำเรื่องราวด้านสาธารณสุข โรคและภัยสุขภาพ เข้าในวาระการประชุมคณะกรรมการบริหารทุกเดือน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานต้องกระตือรือร้นตลอด (เทศบาลตำบลดีลิ่ง อ.พัฒนานิคม จ.ลพบุรี) - เทศบาลได้รับข่าวสารจากสมาชิกเทศบาล ซึ่งอาศัยอยู่ในทุกหมู่บ้าน	- การมีผลประโยชน์ทับซ้อนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆในการเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ

ตารางผนวก 2-2 การวิเคราะห์ประเด็นโรคไม่ติดต่อ โดยอ้างอิงจากสาระในธรรมนูญหมวด 5 ตามรายการ

โรคไม่ติดต่อ	สถานการณ์และแนวโน้มในอนาคต	ความท้าทาย	โอกาส	ภัยคุกคาม
32: บุคคลมีสิทธิดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามมีมาตรฐาน เป็นภาระหน้าที่ของทุกภาคส่วน ทุกระดับ มาตรการเชิงรุก ภายใต้แนวปรัชญา ศก พอเพียง	- กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ความดัน โรคอ้วนและโรคเมตาบอลิก - การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นเรื่องยากเพราะ NCDs มากับเรื่อง Globalization ต้องการความร่วมมือในหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชน NGOs ที่เข้ามามีส่วนร่วมสำคัญในการปรับพฤติกรรมของประชาชน -การควบคุมและป้องกันโรคขึ้นกับการให้ความสำคัญกับเรื่องโรคไม่ติดต่อของรัฐบาลและแนวทางของผู้บริหารหน่วยงาน โดยเฉพาะในอนาคตจะมีการเปิดเขตการค้าเสรีมากขึ้น ทั้งการเปิดประชาคมเสรีอาเซียน และ FTA ซึ่งจะเปิดโอกาสให้สินค้าจากต่างประเทศที่เป็นปัจจัยคุกคามสุขภาพเข้าสู่ตลาดภายในประเทศง่ายขึ้น	- การนำหลักการ "Health in all policy" ไปปฏิบัติ - การขยายพื้นที่ในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น การจำกัดระยะทางในการขายน้ำอัดลมให้ห่างจากบริเวณรอบนอกโรงเรียนการสร้างทางที่ปลอดภัยสำหรับจักรยาน - การออกมาตรการหรือกฎหมายที่มีความเข้มข้นขึ้น ซึ่งถ้าบังคับใช้ได้อย่างจริงจังจะเกิดผลดีมากที่สุด เช่น เรื่องการจัดการปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ การที่รัฐเป็นเจ้าของร้านขายสุราปลีก, การจำกัดเวลาขาย/จุดขาย/อายุผู้ซื้อ การปรับเพดานภาษี [55] [56] รวมไปถึงเรื่องบุหรี่ให้มีการห้ามจำหน่ายบุหรี่ในอินเทอร์เน็ต และการขยายคำจำกัดความบุหรี่ ให้รวมไปถึงบุหรี่ไฟฟ้า - การดำเนินการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่ออย่างต่อเนื่องท่ามกลางความไม่มั่นคงทางการเมือง	- การมีแนวทางในการขับเคลื่อนในเรื่องของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากองค์การอนามัยโลกในระดับ global เช่น การมีแผนปฏิบัติการ, คู่มือ, แนวทางต่างๆ เช่น การแนะนำมาตรการที่มีความคุ้มค่าในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, FTCT เป็นต้นและการทำงานร่วมกันในระดับนานาชาติและระดับภูมิภาคอาเซียน - การมีแผนการทำงานในระดับชาติ เช่น แผนสุขภาพวิถีไทย [10] แผนในหน่วยงานภาครัฐ แต่อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนในการทำงานให้คล่องตัวและหาแนวทางช่วยในการขับเคลื่อนแผนให้สามารถขับเคลื่อนได้และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ การมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา47(5) - การสนับสนุนการมีส่วนร่วมจากประชาชนทุกระดับและทุกภาคส่วนรวมถึงเครือข่ายในการทำงานเป็นไปตามแผนและการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น ทำให้สามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและวางแผนการแก้ปัญหาได้เหมาะสมกับพื้นที่ - ภาครัฐถูกกดดันมากขึ้นจากภาคประชาสังคม ซึ่งอาจจะเป็นผลต่อการควบคุมและป้องกันโรค (เช่น ตำรวจ ต้องดูแลเรื่องเมาแล้วขับ, อุบัติเหตุบนท้องถนนมากขึ้น)	- ประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเป็นแบบ sedentary life style มากขึ้น - การเปิดเขตการค้าเสรีอาเซียน จะเข้ามา มีอิทธิพลต่อการควบคุมปัจจัยคุกคามสุขภาพ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีรสหวาน - แรงดันจากภาคอุตสาหกรรมที่เสียผลประโยชน์ในการขับเคลื่อนนโยบายและการร่วมมือกันของบริษัท - ผู้ประกอบการในบางประเด็นเพื่อต่อสู้กับหน่วยงานที่ควบคุม และแข่งขันกันในตลาด (แข่งขันโฆษณา) ซึ่งอาจจะส่งเสริมให้เกิดการแข่งขันความได้เปรียบซึ่งกันและกัน ทำให้มีผลทางลบต่อการควบคุมและป้องกันสถานการณ์ - การมีผลประโยชน์ทับซ้อนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆในการเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในด้านการบริโภคอาหาร แอลกอฮอล์ และบุหรี่ - การเปิดเสรีทางการค้าในการให้มีการเคลื่อนย้ายของสินค้า และบริการอย่างเสรี อาจส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน และวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น - แนวโน้มโครงสร้างของประชากรที่เป็นผู้สูงอายุมากขึ้น [5] -ความไม่มีเสถียรภาพและความไม่แน่นอนในเรื่องสุขภาพของฝ่ายการเมืองเทียบกับเรื่องเศรษฐกิจ
33:"รัฐ" มีเอกภาพ ที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทุกระดับ	- มีเอกภาพและมีการบูรณาการมากขึ้นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยตรง แต่มีเอกภาพลดลงหากเป็นเรื่องที่มีภาคส่วนอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ภาคเศรษฐกิจ	- การสร้างเอกภาพให้เกิดขึ้นกับการทำงานของภาครัฐทั้งระดับชาติและพื้นที่ เช่น การหาเจ้าภาพหลักของเรื่องการป้องกันเมตาบอลิก แผนยุทธศาสตร์ระยะระดับชาติและพหุ.ม.หรือการออก พรบ ควบคุมยาสูบ ที่กระทรวงการคลังพามือมาที่กระทรวงสาธารณสุข - การสร้างเวทีในการให้ระดับปฏิบัติกับระดับนโยบายได้ทำงานร่วมกันอย่าง	- การมีพระราชบัญญัติ หรือวาระแห่งชาติในการควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อต่างๆ เช่น พระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พ.ศ. 2551 [48] ได้กำหนดให้มีคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับชาติซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และระดับจังหวัดเพื่อดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง	- "การทำงานของภาครัฐยังไม่เป็นอิสระจากภาคการเมือง" - หน่วยงานจากภาคส่วนต่างๆมีเป้าหมายของการทำงานแตกต่างกันตามโครงสร้างหน้าที่ ทำให้บางครั้งการประสานงานหรือการต่อรองไม่ได้ข้อสรุป - การมีผลประโยชน์ทับซ้อนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆในการเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในด้านการบริโภค

		ต่อเนื่อง - การจัดการกับเรื่องการมีผลประโยชน์ทับซ้อนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆในการเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในด้านการบริหารอาหาร แอลกอฮอล์ และบุหรี่		อาหาร แอลกอฮอล์ และบุหรี่
34: ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วม	- มีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น บางพื้นที่ มีการนำนโยบายปลอดเหล้า ในงานบุญและงานศพ มาใช้ - การทำแผนยุทธศาสตร์ชุมชนเพื่อดำเนินการกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้น - การมีธรรมนูญสุขภาพชุมชนวัดโบสถ์ จ.พิษณุโลก, ชุมชนสูงเม่น จ.แพร่, ตำบลเหมืองหม้อ จ.แพร่ ตำบลชะแล้ จังหวัดสงขลา เป็นต้น [57-59] ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับพื้นที่	- การสนับสนุนให้ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการออกกรอบออกกฎเกณฑ์เพิ่มมากขึ้นและมีความต่อเนื่อง เช่นในต่างประเทศ ร้านอาหารในนิวยอร์กมีการรณรงค์ในการลด trans fat ภายใต้กฎหมายของมลรัฐ - สนับสนุนและขับเคลื่อนกระบวนการธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ ไปยังพื้นที่อื่นต่อไป	- การสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย ทั้งส่วนหน่วยงานรัฐในส่วนภูมิภาค สสส และสื่อมวลชน เช่น ทวีไทย - การทำแผนยุทธศาสตร์ในกองทุนส่งเสริมสุขภาพตำบล - การนำธรรมนูญสุขภาพระดับชาติไปปฏิบัติใช้ในรูปแบบธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ [60]	- การทำ CSR ของบริษัทผู้ประกอบการในการเพิ่มการโฆษณา และแข่งขันมวลชน
35: “รัฐ” จัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ สามระดับ	- มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ในระดับส่วนกลาง [10, 46, 47, 50], ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น [36] แล้วเน้นในประเด็นเรื่องโรคไม่ติดต่อในภาพรวม ส่วนประเด็นเฉพาะโรคหรือปัจจัยคุกคามสุขภาพ เช่น เรื่องแอลกอฮอล์ ยังคงอยู่ที่ส่วนกลาง, ภูมิภาค และจังหวัด	- มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ เฉพาะประเด็นในระดับท้องถิ่น และการทำแผนยุทธศาสตร์ฯ ที่มีภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมอย่างครบถ้วน - การนำแผนที่มีการปฏิบัติ	- มีแผนงานระดับชาติที่หลากหลาย เช่น กรอบยุทธศาสตร์การลดปัจจัยเสี่ยงที่กระทบต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแห่งชาติ พศ. 2550-2559, แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๖๓, แผนยุทธศาสตร์เบาหวานชาติ	- ระบบราชการทำให้แผนงานของรัฐขับเคลื่อนได้ยาก ขาดกลไกสนับสนุนให้การขับเคลื่อนของแผนเป็นไปได้ดีขึ้นและเคลื่อนไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ - แผนยุทธศาสตร์ขาดข้อผูกมัดและมาตรการกำกับติดตามการนำไปใช้ ทำให้ถึงแม้มีแผนแต่บางครั้งไม่ได้รับความสนใจและไม่มีการนำไปปฏิบัติเป็นรูปธรรม
36: “รัฐ” สนับสนุนการกระจายอำนาจและความสามารถแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ฯ	- มีการทำงานเป็นเครือข่ายทั้งจากภาครัฐส่วนกลางและภูมิภาค ไปสู่ท้องถิ่นมากขึ้น มีการวางแผนร่วมกันและสนับสนุนศักยภาพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มากขึ้น (technical and knowledge support)	- การกระจายอำนาจทั้งในเรื่องงาน, ความรู้ และเรื่องงบประมาณและกำลังคนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างถาวร	- การกระจายงบประมาณส่งเสริมสุขภาพลงไปยังองค์กรท้องถิ่น ผ่านทางกองทุนส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล - สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจด้านสุขภาพโดยอนุกรรมการด้านสาธารณสุขกำกับติดตามผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพของ อปท แต่ละระดับหลังการกระจายอำนาจ	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้รับการสนับสนุนทั้งเรื่องกำลังคนและงบประมาณรวมทั้งการให้อำนาจในการปฏิบัติหน้าที่และกำหนดขอบเขตภารกิจไม่ชัดเจน (ภาระงานที่มากกว่ากำลังคนและงบประมาณที่มี)
37: “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” ทำแผนเพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ฯ ระดับชาติและจังหวัด	- มีการทำจัดแผนโดยอ้างอิงจากสถานการณ์โรคในพื้นที่และการมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้น [36]	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เฉพาะประเด็น	- การมี พรบ. การกระจายอำนาจของกระทรวงมหาดไทย ที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรชุมชนทุกแห่ง ต้องจัดทำแผนควบคุมโรคเป็นประจำทุกปีร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ และภาคส่วนที่	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้รับการสนับสนุนทั้งเรื่องกำลังคนและงบประมาณรวมทั้งการให้อำนาจในการปฏิบัติหน้าที่และกำหนดขอบเขตภารกิจไม่ชัดเจน (ภาระงานที่มากกว่ากำลังคนและ

			เกี่ยวข้อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, โรงพยาบาล และ คปสอ.) - กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณ และมอบหมายภารกิจด้านการสร้างเสริมสุขภาพ - การกระจายงบประมาณส่งเสริมสุขภาพลงไปยังองค์กรท้องถิ่น ผ่านทางกองทุนส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล	งบประมาณที่มี)
38: “รัฐ” จัดให้มีกลไกในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ “รัฐ” ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ใช้ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการกำหนดนโยบายและติดตาม “รัฐ” ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพรวมถึงกลไกร้องทุกข์ และแก้ไข ปัญหา	- รายละเอียดในอนามัยสิ่งแวดล้อม	- การพัฒนากลไกในการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง ในเรื่องการสร้างสุขภาพดี คือสุขภาพเป็นหน้าที่ของทุกคนไม่ใช่เฉพาะหน่วยงานภาครัฐหรือกลุ่มคนบางกลุ่ม - การนำหลักการ “Health in all policy” ไปปฏิบัติ	- สข. สร้างกลไกนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม - การมีกลไกของรัฐ เช่น EIA, EHIA, HIA, CHIA	- หน่วยงานจากภาคส่วนต่างๆมีเป้าหมายของการทำงานแตกต่างกันตามโครงสร้างหน้าที่ ทำให้บางครั้งการประสานงานหรือการต่อรองไม่ได้ข้อสรุป - กระทรวงสาธารณสุข ไม่ได้เน้นเรื่องนี้เป็นภารกิจหลักของหน่วยงานในการกำหนดนโยบายและกำหนดมาตรฐาน - แรงต้านจากภาคอุตสาหกรรมที่เสียผลประโยชน์ในการขับเคลื่อนนโยบายและการร่วมมือกันของบริษัท - ผู้ประกอบการในบางประเด็นเพื่อต่อสู้กับหน่วยงานที่ควบคุม - การมีผลประโยชน์ทับซ้อนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆในการเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ - การเปิดเสรีทางการค้า - ความไม่มีเสถียรภาพและความใส่ใจน้อยในเรื่องสุขภาพของฝ่ายการเมืองเทียบกับเรื่องเศรษฐกิจ
39: “รัฐ” พัฒนาและส่งเสริม การเฝ้าระวัง	- การป้องกัน การคัดกรอง ยังไม่มีระบบที่ดีพอโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ประชาชนยังเข้าไม่ถึงการรักษาที่เหมาะสม	- การสร้างระบบเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหา กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยที่เป็นระบบ - การบริหารจัดการข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบการเก็บข้อมูล และการนำข้อมูลไปใช้ทั้งในด้านการแก้ไขปัญหาและการวางแผน	- การมีแนวทางในการขับเคลื่อนในเรื่องของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากองค์การอนามัยโลกในระดับ global เช่น การมีแผนปฏิบัติการ, คู่มือ, แนวทางต่างๆ เช่น การแนะนำมาตรการที่มีความคุ้มค่าในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, FTCT เป็นต้นและการทำงานร่วมกันในระดับนานาชาติและระดับภูมิภาคอาเซียน - การมีแผนการทำงานในระดับชาติ เช่น แผนสุขภาพดีวิถีไทย แผนยุทธศาสตร์เบาหวานชาติ แผนในหน่วยงานภาครัฐ	- การทำงานแยกส่วนในหน่วยงานภาครัฐเองเช่น ใน สาธารณสุขจังหวัดมีการเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงแต่ยังไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบด้าน เช่น ข้อมูลเรื่องสูราอยู่ในกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค, BMI, หวาน มัน เติม อยู่ในงานส่งเสริม แต่ทั้งหมดนี้กลุ่มงานควบคุมโรคไม่มีข้อมูล
40: “รัฐ” ใช้มาตรการทางภาษี	- มีการใช้มาตรการทางภาษีมาควบคุมปัจจัยคุกคามสุขภาพมากขึ้น โดยมาจากการทำวิจัยและพัฒนา	- การพัฒนาองค์ความรู้เรื่องภาระโรคกับความสัมพันธ์กับปัจจัยคุกคามสุขภาพ และราคาสินค้ากับพฤติกรรมบริโภค (price	- มีการนำเงินที่ได้จากการเก็บภาษี เหล้าและบุหรี่ในการสร้างเสริมสุขภาพประชาชน - มีการพยายามจากหลายหน่วยงาน เช่น	- แรงต้านจากภาคอุตสาหกรรมที่เสียผลประโยชน์ในการขับเคลื่อนนโยบายและการร่วมมือกันของบริษัท

	องค์ความรู้ - ในขณะที่ปัจจัยทางเศรษฐกิจ การเปิดการค้าเสรี และแรงดันจากฝ่ายอุตสาหกรรมผู้เสียประโยชน์จะทำให้การดำเนินมาตรการทางภาษีเป็นไปได้ยากขึ้น	elasticity) - การแสวงหาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเครือข่าย - การโน้มน้าวผู้มีสิทธิในการตัดสินใจ และนักการเมือง - การตอบโต้ข้อโต้แย้งจากภาคอุตสาหกรรม	เรื่องควบคุมยาสูบ จาก ศจย, การควบคุมแอลกอฮอล์ จาก ศวส, เครือข่ายไม่กินหวาน, เครือข่ายโภชนาการ	ผู้ประกอบการในบางประเด็นเพื่อต่อสู้กับหน่วยงานที่ควบคุม - การมีผลประโยชน์ทับซ้อนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆในการเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ - การเปิดเสรีทางการค้า - ความไม่มีเสถียรภาพและความใสใ้ใจน้อยในเรื่องสุขภาพของฝ่ายการเมืองเทียบกับเรื่องเศรษฐกิจ
41: “รัฐ” พัฒนากฎหมายเพื่อการคุ้มครองสิทธิ	- มีการออกมาตรการหรือกฎหมายที่มีความเข้มข้นขึ้น เน้นมาตรการที่มีประสิทธิผลมากที่สุด	- การออกมาตรการหรือกฎหมายที่มีความเข้มข้นขึ้น ซึ่งเน้นมาตรการที่ถ้าบังคับใช้ได้อย่างจริงจังจะเกิดผลดีมากที่สุด เช่น เรื่องเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คือ จำกัดจุดขาย/อายุผู้ซื้อ/ลดการออกใบอนุญาต อย่าเพิ่มจุดขาย+ห้ามโฆษณา+ห้ามสปอนเซอร์ (CSR)+การปรับเพดานภาษี รวมไปถึงเรื่องบุหรี่ ให้มีการห้ามจำหน่ายบุหรี่ในอินเทอร์เน็ต และการขยายค่าจำกัดความบุหรี่ ให้รวมไปถึงบุหรี่ไฟฟ้า [48] - มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง	- การมี พรบ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 [61] ซึ่งขณะนั้นทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขกำลังอยู่ระหว่างการรับฟังความคิดเห็นเพื่อเสนอแก้ไขร่างพรบ, พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พ.ศ. 2551 [48] - การมีประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ พ.ศ.2552 ลงนามโดย นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เมื่อ 8 พ.ย.52	- มีแผนงานและมีกฎหมายแต่ขาดการบังคับใช้อย่างจริงจัง - แรงดันจากภาคอุตสาหกรรมที่เสียผลประโยชน์ในการขับเคลื่อนนโยบาย และการร่วมมือกันของบริษัท ผู้ประกอบการในบางประเด็นเพื่อต่อสู้กับหน่วยงานที่ควบคุม - การมีผลประโยชน์ทับซ้อนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่างๆในการเชื่อมโยงกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ - การเปิดเสรีทางการค้า - ความไม่มีเสถียรภาพและความใสใ้ใจน้อยในเรื่องสุขภาพของฝ่ายการเมืองเทียบกับเรื่องเศรษฐกิจ
42: “รัฐ” ส่งเสริมการรณรงค์ ให้ข้อมูล และส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง	- มีการขยายพื้นที่ในการเผยแพร่ข้อมูล และสื่อสารแก่ประชาชนอย่างผ่านทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม ในการออกหน่วยเยี่ยมบ้านมากขึ้น - หน่วยงานต่างๆเพิ่มการสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์และเว็บไซต์ [62]	- การให้ข้อมูลทางสุขภาพในชุมชนมาจากประชาชนในพื้นที่เอง - การแสวงหาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเครือข่ายที่จะช่วยในการทำงานให้มีประสิทธิภาพ การทำงานของกระทรวงสาธารณสุขทำงานได้ในระดับหนึ่ง แต่ควรมีแนวทางในการแสวงหาเครือข่ายในการช่วยให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น - การโน้มน้าวผู้มีสิทธิในการตัดสินใจ และนักการเมืองด้วยข้อมูลงานวิจัย	- มีหน่วยงานที่มีความรู้ และมีข้อมูลงานวิจัย เช่น สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศจย, ศวส - มีการสนับสนุนการวิจัยในการนำเสนอหลักฐานทางวิชาการต่อผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง - มีช่องทางในการเผยแพร่ข้อมูล และสื่อสารแก่ประชาชนอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพผ่านทางเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม ในการออกหน่วยเยี่ยมบ้าน	- การทำงานที่มากขึ้นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม - เรื่อง CSR ของบริษัทผู้ประกอบการที่ใช้เป็นช่องทางในการโฆษณา และแย่งชิงมวลชน รวมไปถึงทำให้ Stakeholder เราเอง ต่อต้านหรือไม่ร่วมมือกับเรา

ตารางผนวก 2-3 การวิเคราะห์ประเด็นอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยอ้างอิงจากสาระในธรรมนูญฯหมวด 5 ตามรายมาตรา

อนามัยสิ่งแวดล้อม	สถานการณ์และแนวโน้มในอนาคต	ความท้าทาย	โอกาส	ภัยคุกคาม
32: บุคคลมีสิทธิดำรงอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามมีมาตรฐาน เป็นภาระหน้าที่ของทุกภาคส่วน ทุกระดับ มาตรการเชิงรุก ภายใต้แนวปรัชญา ศก พอเพียง	- กระแสทุนนิยม วัตถุนิยม และโลกาภิวัตน์ ทำให้เกิดความต้องการสิ่งของต่างๆ เพื่อเพิ่มความสะดวกสบายในชีวิต ให้ความสำคัญกับตัวเงินมากกว่ามิติสุขภาพและความพอเพียง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการผลิตเพื่อให้ได้ผลผลิตสูงสุด อันเป็นสิ่งที่นำไปสู่ผลตอบแทนในรูปของตัวเงิน เช่น การทำเกษตรเชิงเดี่ยวโดยใช้สารเคมีและปุ๋ย การทำอุตสาหกรรมโดยไม่มีมาตรการการกำจัดมลพิษที่ดี การลดพื้นที่การเกษตร การอพยพมาเป็นแรงงานในนิคมอุตสาหกรรมหรือในเมือง โดยมีปัจจัยสนับสนุนให้ประชาชนมีวินัยทางการเงินที่ลดลง เช่น ให้มีกองทุนกู้ยืมหมู่บ้าน ที่เร่งให้เกิดหนี้และส่งผลให้ความต้องการเงินมากขึ้น รวมไปถึงการมีข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศที่ใช้กลไกตลาด เพื่อสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน เน้นเศรษฐกิจเป็นหลัก [51] [10] [33] - ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่คุกคามสุขภาพได้เปลี่ยนแปลงไปจาก เชื้อโรค เช่น แบคทีเรีย, พยาธิ (Traditional Hazard) เป็นสารเคมี (Modern Hazard) ที่แปรตาม เทคโนโลยี ซึ่งตรวจสอบได้ยากกว่า ใช้ระยะเวลาสะสมนานกว่าจะเกิดอาการ และมีประชาชนจำนวนน้อยที่เกิดอาการ <i>"ที่เห็นว่าป่วยก็แค่ออดของภูเขา น้ำแข็ง --Tip of the ice berg"</i> - Traditional Hazard มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการเปิดเสรีอาเซียน มีชาวต่างดาวเข้าประเทศมากขึ้น โดยมากเป็นแรงงานนอกระบบ	- การจัดการกับ Modern Hazard ที่ทำได้ยากมาก เพราะตัดปัจจัยการผลิตไม่ได้ และจากการที่ระบุนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเจ็บป่วยได้ยาก จึงไม่เป็นที่ตระหนักและได้รับการตอบสนองที่ชัดเจนจากสังคม <i>"ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมหมกอยู่ในร่มผ้า"</i> - การสนับสนุนให้สังคม "พึ่งตนเองได้"	- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550 มาตรา 52 เด็กมีสิทธิในการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม, มาตรา 67 สิทธิของบุคคลที่จะมีส่วนร่วมร่วมกับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ธรรมชาติ [44] - พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 มาตรา 5, มาตรา 10 (การเปิดเผยข้อมูล HIA), มาตรา 11 (การยื่นขอประเมิน HIA), มาตรา 25 (ให้ คสช จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, ให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย) [1] - แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2552-2554) (ปรัชญา ศก พอเพียง, ความเสมอภาค, ผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย, การกระจายอำนาจ, ระวังไว้ก่อน, เปิดเผยข้อมูล, ข้ามพรมแดน, บริหารจัดการที่ดี, มีส่วนร่วมของ ปชช) [51] - แผนพัฒนาศกและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554) เพื่อสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน เน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ภายใต้ปรัชญา ศก พอเพียง [63] - แผนพัฒนาศกและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559) ความเข้มแข็งภาคเกษตร ความมั่นคงของอาหารและพลังงาน, การปรับโครงสร้างศก สุจริตเติบโตอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน, การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสวล อย่างยั่งยืน [64]	- กระแสทุนนิยม วัตถุนิยม และโลกาภิวัตน์ - ปัจจัยสนับสนุนให้ประชาชนมีวินัยทางการเงินที่ลดลง เช่น ให้มีกองทุนกู้ยืมหมู่บ้าน ที่เร่งให้เกิดหนี้ - ข้อตกลงทางการค้าระหว่างประเทศที่ใช้กลไกตลาด เพื่อสร้างความได้เปรียบทางการแข่งขัน เน้นเศรษฐกิจเป็นหลัก เช่น กรณีกลุ่มทุนต่างชาติ ผลิตและขายสารเคมีให้กับประเทศที่จนกว่าให้ใช้ผลิตพืชเชิงเดี่ยว แต่ก็กำหนดมาตรฐานการปนเปื้อนสารเคมีเพื่อกีดกันและคัดเลือกรผลิตภัณฑ์ที่ดีและปลอดภัยกลับเข้าประเทศตนเอง <i>"เอาเปรียบทุกอย่างนายทุนสามัญ"</i>

	-ส่วน Modern Hazard มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมากกว่า มีความสำคัญและร้ายแรงกว่า Traditional Hazard เนื่องจากการเทคโนโลยีการผลิตทั้งเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม มีการพึ่งสารเคมีมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับหลายระบบการผลิตทั้งฝ่ายนายทุนในประเทศและระดับโลก การเมืองที่มีความพยายามในการกำหนด Global agenda ต่างๆให้เอื้อต่อการจำหน่ายมากขึ้น การฝังความเชื่อว่าสารเคมีช่วยเพิ่มผลผลิตได้และเสพติดการใช้ไปเรื่อยๆ "ไม่ใช่ว่าชาวนาไม่รู้ผลที่อันตรายของสารเคมี แต่เนื่องจากจนจึงต้องเสี่ยงเพื่อเพิ่มผลผลิต เพิ่มรายได้ เช่นเดียวกับแรงงานในโรงงานมาบตาพุดที่รู้ว่าเสี่ยงต่อการรับสารเคมีแต่จน จึงต้องทำ"			
33: "รัฐ" มีเอกภาพ ที่เชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกันทุกระดับ	-เส้นแบ่งขอบเขตงานระหว่างหน่วยงานต่างๆจะลดลง มีการบูรณาการมากขึ้น เพราะทำงานคนเดียวไม่สามารถแก้ปัญหาได้ แม้กระทั่งเรื่อง EIA, HIA หรืองานเฝ้าระวัง ก็แก้ปัญหาได้แค่จุดเล็กๆ ไม่ได้ทั้งหมดทั้งในกรมเดียวกัน กระทรวงเดียวกัน และต่างกระทรวง เปลี่ยนจากเดิมทำงานแนวตั้ง มาเป็นแนวราบ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือให้มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมดีขึ้น [35, 51]	-ความมีเอกภาพในการทำงานของภาครัฐจากภาคการเมือง - การสร้างความเข้าใจและปรับวิธีการเล่าเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมกับประชาชนและกระทรวงสาธารณสุขว่า อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ได้เป็นเรื่องของโรคติดต่อแต่อย่างใด แต่เป็นเรื่องของโรคไม่ติดต่อ เช่น มะเร็ง หรือโรคเรื้อรัง ด้วย และหากทำการควบคุมเรื่องนี้ให้ดี ก็จะสามารถลดอัตราการตายจากโรคไม่ติดต่อที่มาจากอนามัยสิ่งแวดล้อมได้	-แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554) ยึดหลักการสุขภาพดีเป็นผลจากสังคมที่ดี มียุทธศาสตร์ 6 ประการ -แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2552-2554) และ 2 (2555-2559) [51] -แผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม (2555-2559) ปรับฐานการผลิตและบริโภคให้เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม, อนุรักษ์ฟื้นฟูแหล่งทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน, การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ, การสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับประชาชน ทุกระดับ, รับมือกับการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ, พัฒนาคนให้มีสำนึกรับผิดชอบสิ่งแวดล้อม -พระราชบัญญัติการสาธารณสุข 2535 แก้ไข 2550 [65] -แผนจัดการคุณภาพมลพิษ (2555-2559) -แผนปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (National Environmental Health Action Plan: NEHAP)	-ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ยังอ่อนแอ และเป็นภารกิจเฉพาะไม่ต่อเนื่อง ขาดระบบการสนับสนุน ติดตาม กำกับกับการดำเนินงานที่ชัดเจน เช่น กระทรวงสาธารณสุขเองที่มองว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องของการติดต่อโรคแต่อย่างใด และเป็นหน้าที่ของกระทรวงอื่นในการดูแล - หน่วยงานจากภาคส่วนต่างๆมีเป้าหมายของการทำงานแตกต่างกันตามโครงสร้างหน้าที่ ทำให้บางครั้งการประสานงานหรือการต่อรองไม่ได้ข้อสรุปเช่น แนวทางรัฐบาลที่ส่งเสริมให้ขยายเขตพื้นที่อุตสาหกรรม ทำให้พื้นที่ในจังหวัดระยองจากเดิมที่เคยกำหนดฝั่งโรงงานอุตสาหกรรมแยกกับพื้นที่สีเขียวซึ่งเป็นพื้นที่เกษตรและอยู่อาศัย กลายเป็นพื้นที่สีม่วงเพิ่มขึ้น "พื้นที่สีเขียวเหมือนธนบัตรใบละ 20 พื้นที่สีม่วงเหมือนธนบัตรใบละ 500" การลด Buffer zone ที่ต้องปลูกต้นไม้ลง "น้อยคนที่จะคิดไปไกลถึง 100 ปีข้างหน้า คิดแค่นี้ พรุ่งนี้ให้รอดก่อน"

				หรือการอนุมัติให้โรงงานถ่านหินจากประเทศจีนทำการก่อสร้างโรงงาน เนื้อที่ 400 ไร่ เงินลงทุนพื้นล้านบาท (28 โรงงาน) แม้จะมีการประท้วง เดินขบวนจากประชาชนในพื้นที่ แต่ว่าโครงการก็ได้รับการอนุมัติแล้ว "ซึ่งประชาชนบางกลุ่มก็ทำการคัดค้านเชิงพยักหน้าต่อต้าน เขียวยอมรับคือคัดค้านก่อนแต่เมื่อได้รับการแบ่งผลประโยชน์จากนายทุนแล้วก็จะยอมตกลง" - ภาคประชาสังคม ภาคสื่อสารมวลชน ก้าวหน้าไปเร็ว ในขณะที่ภาครัฐยังไม่เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานตามยุคสมัย ดังนั้นวิธีการแก้ปัญหาที่ท่ายุติจึงไม่สามารถจัดการกับปัญหาและไม่เท่าทันกับปัญหา "Performance ไม่พอ ระบบงานตามไม่ทันกับวิวัฒนาการทางสังคมและเทคโนโลยีของชาวบ้าน"
34: ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วม	- องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในระดับพื้นที่ คือ เทศบาล มีการเฝ้าระวังเรื่องมลพิษจากโรงงาน โดยการมีรถตรวจสอบสภาพอากาศหมุนวนตามจุดต่างๆตามทิศทางลม ซึ่งก็สามารถตรวจพบปัญหาสารเคมีเกินมาตรฐานในอากาศ โดยระบุโรงงานที่มาของสารเคมี และส่งผลกลับไปให้โรงงานเพื่อให้โรงงานทำการแก้ไขระบบให้ดีขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม โดยทั่วไปด้วยข้อจำกัดในหลายๆด้าน ทำให้การตรวจสอบทั้งโดยกระบวนการของโรงงานเองหรือทางเทศบาล ที่เป็นการสุ่มตรวจ อาจจะทำได้ไม่เจอช่วงเวลาที่เราสนใจได้ "เหมือนจับคนคด แต่โดยภาพรวมแนวโน้มปัญหามลพิษลดลงจากเดิมมาก และปัจจุบันทางเทศบาลสามารถออกเทศบัญญัติเพื่อคุมโรงงานได้ ฉะนั้นโรงงานให้ความร่วมมือดีในเบื้องต้นดี แต่อาจจะล่าช้าในเรื่องการติดตั้งระบบเฝ้าระวังที่ต้องมีการลงทุน	-การสร้างการมีส่วนร่วมในระดับภาคประชาชนอย่างแท้จริง เพื่อจุดหมายคือชุมชนสามารถเลือกผู้ประกอบการที่รับผิดชอบได้ หรือเลือกโรงงานอุตสาหกรรมที่ทำการสอดคล้องกับบริบทเส้นทางพัฒนาของพื้นที่ และสุดท้ายคือการพิจารณาถึงความจำเป็นระหว่างผลกระทบสุขภาพกับเงินที่ได้จากโรงงานอุตสาหกรรม -การสนับสนุนให้สังคม "พึ่งตนเองได้"	-รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550 มาตรา 66 "บุคคลซึ่งรวมกันเป็นชุมชนย่อมมีส่วนร่วมในการจัดการ การบำรุงรักษาและการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ สวรรค์ รวมทั้งความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุลและยั่งยืน" มาตรา 67 "บุคคลย่อมมีสิทธิ มีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ บำรุงรักษา และการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติเพื่อให้ดำรงชีพได้อย่างปกติ ที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของตน และกำหนดให้การดำเนินการโครงการใดที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษา EIA และ HIA เสียก่อน" เช่น กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม บ้านกรุด-บ่อนอกและห้วยสะแก กลุ่มอนุรักษ์พิทักษ์พิทักษ์ป่าชายเลนแม่รำพึง จ.ประจวบคีรีขันธ์ ที่ต่อสู้คัดค้านกรณีโรงงานถลุงเหล็ก สหวิริยา บางสะพาน, กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม อุดรธานี ต่อสู้คัดค้าน	-การขาดความเป็นเอกภาพ ความความเข้มแข็ง ในชุมชน เนื่องจากขาดความมีส่วนร่วมหรือขาดความรู้ที่จะร่วมคิดแก้ปัญหา การแก้ปัญหาด้วยกระบวนการประเมินผลกระทบซึ่งต้องปรับโดยใช้แนวคิดการยอมรับความหลากหลายของพื้นที่ของคน ไม่จำเป็นต้องมีทิศทางเดียว "การประเมินผลกระทบไม่ใช่ข้อสอบ ไม่มีคำตอบตัดสินใจว่าสอบผ่านหรือสอบตก" - ปัจจัยทางการเมืองที่ส่งผลกระทบต่อเมืองที่แบ่งสี แดง/เหลือง ทำให้ประชาชนไม่สะดวกใจ จะตั้งคำถามเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพกับรัฐบาล ในพื้นที่ที่สนับสนุนพรรคเพื่อไทย เช่น จังหวัด อุดรธานี ที่มีกรรมาธิการเพื่อพัฒนาสาธารณูปโภค อุตสาหกรรม เพื่อรองรับ AEC นำมาสู่ปัญหาสังคม, โสเภณี เป็นต้น เนื่องจากประชาชนไม่กล้าวิจารณ์รัฐบาล

	-หลายเรื่องยังต้องการการแก้ไขจากชุมชนเอง เช่น การที่ไม่มีสถานที่กำจัดของเสียอันตรายจากภาคอุตสาหกรรมและการควบคุมการลักลอบทิ้ง, แนวทางการจัดการของเสียจากภาคเกษตรกรรม, การควบคุมการผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีฤทธิ์รุนแรงเพื่อทำเป็นค็อกเทลสารพิษ, การศึกษาผลกระทบของน้ำท่วมและภัยแล้งที่มีต่อสุขภาพโดยตรง, คุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านอยู่ในเกณฑ์ต่ำ, โครงสร้างระบบประปาไม่สมบูรณ์, การจัดการน้ำเสียที่เหมาะสม ในชุมชนเมือง (มีเฉพาะชุมชนเมืองระดับเทศบาลนครและเทศบาลเมือง), ส้วมสาธารณะที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมีจำนวนน้อย, ปัญหาการจัดการสิ่งปฏิกูลจากส้วมสาธารณะเคลื่อนที่ เช่น แพร่ รถหัวรถไฟ, การให้บริการสุขสิ่งปฏิกูลจากที่พักอาศัยครอบคลุมพื้นที่ส่วนใหญ่ แต่ขาดการควบคุมการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลในที่สาธารณะ และขาดระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล, เทศบาลที่มีการกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกต้องมีจำนวนน้อย, ของเสียอันตรายจากชุมชนส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องและบางส่วนจากสถานบริการสาธารณสุข		กรณีเหมืองโพแทช, กลุ่มชุมชนมาบตาพุดต่อสู้คัดค้านการขยายโครงการตามแผนแม่บทอุตสาหกรรมปิโตรเคมีระยะที่ 3 [66] [58, 59, 67] -พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ 2550 มาตรา 10 (การเปิดเผยข้อมูล HIA), 11 (การยื่นขอประเมิน HIA), 25 (ให้ คสช. จัดให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, ให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย), หมวด 4 สมัชชาสุขภาพ -แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2552-2554) (มีส่วนร่วมของปชช, เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม) -แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่ 2 (2555-2559) (การเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและปชช, การส่งเสริมบทบาทของ อปท.) -พระราชบัญญัติการสาธารณสุข 2535 แก้ไข 2550 -แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559) สร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพ การจัดการภัยพิบัติและภัยสุขภาพ -แผนจัดการคุณภาพมลพิษ (2555-2559) ลดและควบคุมการกระจายมลพิษจากชุมชน เกษตรกรรม อุตสาหกรรม ยานพาหนะและการคมนาคมขนส่ง, จัดการมลพิษในพื้นที่ตามลำดับความสำคัญของปัญหา, สนับสนุน อปท ในการจัดการน้ำเสีย ขยะมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อ และของเสียอันตรายชุมชน, หลักการผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย, การจัดการมลพิษให้เป็นเอกภาพ, ปชชและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา -แผนปฏิบัติการอนามัยมวลแห่งชาติ (National Environmental Health Action Plan: NEHAP) - การมีธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
--	---	--	--

			ในระดับพื้นที่ [57, 58]	
35: "รัฐ" จัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ สามระดับ	- มีการจัดทำแผนทั้งสามระดับ และมีการขยายภาคีเครือข่ายให้กว้างขึ้น และมีความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในการจัดทำแผนมากขึ้น	- แผนได้รับการนำไปปฏิบัติ	- แผนพัฒนาศกและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559) การปรับโครงสร้างศกสู่การเติบโตอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน, การจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม อย่างยั่งยืน [64] - แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554) ยึดหลักการสุขภาพดีเป็นผลจากสังคมที่ดี มียุทธศาสตร์ 6 ประการ - แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (2555-2559) สร้างความเข้มแข็งของภาคีสุขภาพ การจัดการภัยพิบัติและภัยสุขภาพ - แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2552-2554) (การเข้าถึงบริการ, การพัฒนาบุคคล, เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม, การสื่อสารสาธารณะ, มาตรการทางกฎหมาย, การวิจัย, การปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศ; การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล) [51] - แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่ 2 (2555-2559) (การพัฒนากระบวนการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม, การป้องกันและลดความเสี่ยงจากปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม, การเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและปชช, การส่งเสริมบทบาทของ อปท, การพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านอนามัย สวล) [35] - แผนยุทธศาสตร์การจัดการสารเคมีแห่งชาติ ฉบับที่ 3 (2550-2554) ฉบับที่ 4 (2555-2559)	- แผนไม่ได้รับการนำไปปฏิบัติ - การให้ความสำคัญกับมิติเศรษฐกิจมากกว่ามิติสุขภาพ
36: "รัฐ" สนับสนุนการกระจายอำนาจและความสามารถแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ฯ	- การกระจายอำนาจจากส่วนกลางสู่ภูมิภาคและการมีส่วนร่วมจากภาคท้องถิ่น ในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นมีมากขึ้น ยังมีข้อจำกัด ในเรื่ององค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นและประชาชนงบประมาณสนับสนุน และเรื่อง	- การกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการถ่ายโอนภารกิจงานต้องมาพร้อมโครงสร้างอื่น ทั้งงบประมาณและคนตัวอย่างเช่น การให้เทศบาลรับผิดชอบเรื่องภาษีโรงเรียน ทำให้เทศบาลมีรายได้จำนวนมากจึงสามารถทำต่อได้ - ในบางเรื่องความร่วมมือความจากภาครัฐ	- แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2552-2554) (เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม) - แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่ 2 (2555-2559) (การเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	- ข้อจำกัด ในเรื่ององค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นและประชาชนงบประมาณสนับสนุน และเรื่องนโยบายที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงานจากฝ่ายการเมืองและส่วนกลาง รวมไปถึงการมีบทบาทและอำนาจของฝ่ายเอกชนและอุตสาหกรรมที่มากขึ้นทั้งในการส่งเสริมหรือคุกคามสุขภาพ และในความเป็นจริงการกระจาย

	นโยบายที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงานจากฝ่ายการเมืองและส่วนกลาง รวมไปถึงการมีบทบาทและอำนาจของฝ่ายเอกชนและอุตสาหกรรมที่มากขึ้นทั้งในการส่งเสริมหรือคุกคามสุขภาพ [68, 69] - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพิเศษคือมาจากการเลือกตั้งของประชาชนในท้องถิ่นนั้นเอง จึงต้องมีหน้าที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน ไม่อย่างนั้นประชาชนก็จะไม่เลือกเข้ามาอีก "ต่างกับภาครัฐทั้งส่วนกลางและภูมิภาค ที่อาจจะไม่ตอบสนองต่อประชาชนจริง เมื่อมีเรื่องร้องเรียนก็จะรีบปาก รับเรื่องไปก่อน แล้วหลบไปหลบมาหรือดึงเวลา"	ที่มีระดับมากกว่าระดับเทศบาลอย่างเดียว เช่น การจัดการปัญหาเรื่องขยะ ควรจัดการเป็นแหล่งเดียวกันทั้งจังหวัด	และปชช, การส่งเสริมบทบาทของ อปท, การพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านอนามัย (สวล) -นโยบายรัฐบาล (นางสาวยิ่งลักษณ์ ชินวัตร 23 สค2554) นโยบายการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี (สนับสนุน อปท, ปชชมีส่วนร่วม) -พระราชบัญญัติการสาธารณสุข 2535 แก้ไข 2550 -พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสวลแห่งชาติ 2535 แก้ไข 2550 -แผนจัดการคุณภาพมลพิษ (2555-2559) -พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ อปท2542	อำนาจยังเป็นสิ่งที่ไม่เกิดขึ้นจริง "โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุขยังไม่เกิด การปฏิบัติตามหลักการกระจายอำนาจ ในส่วน รพช หรือ รพสต"
37: "องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น" ทำแผนเพื่อรองรับแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติและจังหวัด	-องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับท้องถิ่น (Local Environmental Health Action Plan: LEHAP) ประกอบด้วย สสจ, สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติ และสวล จังหวัด, ภาครัฐกิจเอกชน, อสม, อาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสวล หมู่บ้าน, องค์กรเอกชนด้าน สวล, องค์กรเอกชนด้านสาธารณสุข, ชุมชน และปชช [36]	-การสนับสนุนให้สังคมสามารถไปถึงหลักการ"พึ่งตนเองได้" และมี "ภูมิคุ้มกัน" ต่อระบบเศรษฐกิจทุนนิยมได้	-แผนปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (National Environmental Health Action Plan: NEHAP)	- การให้ความสำคัญกับมิติเศรษฐกิจมากกว่ามิติสุขภาพแผนจึงไม่ได้รับการนำไปปฏิบัติ
38: "รัฐ" จัดให้มีกลไกในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ "รัฐ" ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใช้ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการกำหนดนโยบายและติดตาม	- มีการนำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพไปใช้ ทั้งจากภาคอุตสาหกรรมและชุมชน เช่น การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพกรณีโครงการโรงไฟฟ้าชีวมวล เชื้อเพลิงแกลบ อ.สว่างวีระวงศ์ จ.อุบลราชธานี [70, 71], กรณีการขุดคลองลัดแม่น้ำท่าจีน จ.นครปฐม [72], กรณีคัดค้านการขยายโครงการตามแผนแม่บท	- ความพยายามนำมิติด้าน Health (HIA) เข้าไปใน EIA -บูรณาการกรอบแนวคิดแบบ HIA ให้เข้าไปอยู่ในทุกโครงสร้างของสังคม ไม่ว่าจะเป็นด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาพ ผังเมือง การศึกษา -ในส่วน EIA/ EHIA พบว่าประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นในการป้องกันตนเองจากผลกระทบของกิจการ	-รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550 มาตรา 67 "บุคคลย่อมมีสิทธิ มีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ บำรุงรักษา และการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติเพื่อให้ดำรงชีพได้อย่างปกติ ที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของตน และกำหนดให้การดำเนินการโครงการใดที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงด้านคุณภาพสวล ทรัพยากรธรรมชาติ และ	- การให้ความสำคัญกับมิติเศรษฐกิจมากกว่ามิติสุขภาพของผู้ประกอบการ จึงทำให้ยังมีกรณีการปล่อยมลพิษสู่สภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เช่นการปนเปื้อนสารหนูในน้ำใต้ดินจากการทำเหมืองที่ ร่อนพิบูลย์ นครศรีธรรมราช, การปนเปื้อนในเตรทในน้ำใต้ดินจากการฝังกลบขยะ ภาคตะวันออกเฉยงเหนือ, การปนเปื้อนโลหะหนักในแหล่งน้ำธรรมชาติ เช่น สารปรอท จากเหมืองทองเก่า จังหวัด

"รัฐ" ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพรวมถึงกลไกร้องทุกข์ และแก้ไขปัญหา	อุตสาหกรรมปิโตรเคมีระยะที่ 3 กลุ่มชุมชนมาบตาพุด จ.ระยอง [66], กรณีโครงการท่อส่งก๊าซ โรงแยกก๊าซธรรมชาติไทย-มาเลเซีย [73, 74], กรณีอุตสาหกรรมน้ำมันข้ามชาติ Chevron และโรงไฟฟ้าถ่านหินอ่าวท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช [75, 76], กรณีโครงการโรงไฟฟ้าพลังงานความร้อนที่ใช้ถ่านหินเป็นเชื้อเพลิง บ.เนชั่นแนลพาวเวอร์ชีฟพลาย จก. พนมสาลคาม จ.ฉะเชิงเทรา [77], กรณีเหมืองทองคำ จ.เลย, กรณีบ่อกำจัดขยะอุตสาหกรรม จ.สระบุรี, กรณีย่อยขยะ 400 ไร่ จ.ระยอง, กรณีบริษัทกำจัดขยะ จ.สระแก้ว, กรณีโครงการศูนย์การจัดการสวล์ ครบวงจร ระยะที่ 2 จ.ชลบุรี [78] - มีการอบรมบุคลากรของเทศบาล (798 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 40 ของเทศบาลทั่วประเทศ) - ในส่วน EIA/ EHIA พบว่าประชาชนจะเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นในการป้องกันตนเองจากผลกระทบของกิจการผู้ประกอบการ เช่นการแสดงความคิดเห็นในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของโรงงานที่จัดโดยความร่วมมือของโรงงาน ชุมชน และการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย - การทำ CSR ของบริษัทต่อชุมชนมากขึ้น	ผู้ประกอบการ เช่นการแสดงความคิดเห็นในกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของโรงงานที่จัดโดยความร่วมมือของโรงงานชุมชน และการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย - สมดุลของ EIA/EHIA กับ CHIA [37] - การสร้างการมีส่วนร่วมในระดับภาคประชาชนอย่างแท้จริง เพื่อจุดหมายคือชุมชนสามารถเลือกผู้ประกอบการที่รับผิดชอบได้ หรือเลือกโรงงานอุตสาหกรรมที่ทำการสอดคล้องกับบริบทเส้นทางพัฒนาของพื้นที่ และสุดท้ายคือการพิจารณาถึงความจำเป็นระหว่างผลกระทบสุขภาพกับเงินที่ได้จากโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งหากทำได้ก็จะลดปัญหาที่จะมาได้ เช่น ควบคุมผลกระทบตั้งแต่ก่อนมีโรงไฟฟ้า หรือมีการประเมินความต้องการใช้ไฟฟ้าตั้งแต่แรก ก็อาจจะไม่ต้องสร้างโรงไฟฟ้าเลย - นโยบายที่จริงจังของรัฐบาลที่รัฐบาลควรดำเนินการตามนโยบายที่ประกาศไว้ ทั้งเรื่องการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมก่อนอนุมัติให้โรงงานดำเนินการ การกำกับติดตามการดำเนินงานของโรงงาน รวมทั้งมีการลงโทษอย่างเข้มงวดเมื่อมีผู้ฝ่าฝืน - องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นปรับกฎเกณฑ์ในการตั้งโรงงานอุตสาหกรรมต้องมีการปรับปรุง เช่นการเพิ่มพื้นที่สีเขียว พื้นที่กันชนเพื่อเป็น buffer ดูดซับสารพิษอย่างน้อย 50 เมตร และห้ามเวนคืน ต้องเป็น Buffer zone ตลอดไป หรือการห้ามสร้างโรงงานเพิ่มหากยังสามารถขยายการผลิตได้ และกฎ 80/20 ที่ของเสียทั้งหมดหลังจากเพิ่มการผลิต ต้องเหลือแค่ร้อยละ 80 ของของเดิม หรือการออกเทศบัญญัติต่างๆที่ควบคุมสิ่งคุกคามสุขภาพ โดยอาจจะออกมาตรการสนับสนุนให้ประชาชนปลูกต้นไม้โดยเฉพาะพื้นที่รกร้างว่างเปล่าโดยมีแรงจูงใจคือการลดภาษีให้ - การนำมติสมัชชาสุขภาพครั้งที่ 5 เรื่องการปฏิรูประบบการวิเคราะห์ผลกระทบ	สุขภาพ จะกระทำมิได้ วันแต่จะได้ศึกษา EIA และ HIA เสียก่อน" พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (สช) ผ่านทางคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติไปสู่สำนักนโยบายและแผน กระทรวงทรัพยากรสิ่งแวดล้อม) เป็นแบบสมัครใจผ่าน 2 เงื่อนไข คือ มาตรา 10 ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (ให้ประชาชนมีสิทธิร้องเรียน), และกระบวนการเรียนรู้ในสังคม เช่น Community Health Impact Assessment (CHIA)) "<i>ใครก็สามารถทำ HIA ได้</i>" - การสาธารณสุข (2535) เรื่องเหตุรำคาญ - คณะกรรมการผู้ชำนาญการพิจารณารายงานการประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (คชก.) ยอมรับในการพิจารณา CHIA ของชุมชน ควบคู่ไปกับ EIA ของบริษัท ด้วย และฝ่าย EIA บริษัท ก็มีการปรับระเบียบวิธีวิจัยให้สอดคล้องกับความรู้ความเข้าใจจริงของพื้นที่มากขึ้น เนื่องจาก CHIA ของชุมชน มีการทำข้อมูลเป็นระบบโดยชาวบ้านเอง ตัวอย่างที่ได้รับการพิจารณาที่ผ่านมา เช่น เกณฑ์เกษตรอินทรีย์ของชุมชนกับเกณฑ์ถ่านหินโรงงาน [77], การใช้น้ำชุมชนกับการใช้น้ำของโรงไฟฟ้า, การทำ public scope ผิด ของบริษัท Chevron ที่ทำรัศมีเพียง 5 ก.ม. จากที่ตั้งของโรงงาน ซึ่งในความเป็นจริงผลกระทบไปไกลกว่านั้น, ชุมชนเขาหินซ้อน บางละมุง ทำเรือแหลมฉบัง ซึ่งมีการดำเนินการเรื่องการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมอย่างชัดเจนจนการทำเรือได้รับรับโครงการแล้ว, จ.ฉะเชิงเทรา ที่มีการประกาศผังเมือง, จ.เลยเรื่องเหมืองทองคำ มีการชะลอการอนุมัติเรื่องเหมืองไว้ [79, 80] เป็นต้น "ข้อมูลชุมชนคือพลังที่แท้จริงเพราะมาจากผู้อาศัยเองและมีความยั่งยืน" - กระบวนการรับฟังความคิดเห็นของบางโรงงานที่จัดโดยความร่วมมือของโรงงาน	พิจิตร, สารตะกั่ว จากเหมืองตะกั่วหมู่บ้านคลิตี้ กาญจนบุรี, สารแคดเมียมจากฟาร์มหมู คลองห้วยร่อง ราชบุรี - EIA/EHIA เป็นการวิเคราะห์ผลกระทบระดับโครงการเท่านั้น และขาดการศึกษาในประเด็นขีดความสามารถรองรับ (Carrying Capacity) จึงเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ EIA/EHIA เป็นเพียงมาตรการเชิงรับและไม่มีประสิทธิภาพสำหรับการบริหารจัดการสวล์ เท่าที่ควร - ขาดความเชื่อมโยงระหว่างการทำ การประเมินสวล์เชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environmental Assessment: SEA) กับ EIA/EHIA - การแยกส่วนการศึกษาจากรายงาน EIA/EHIA, การไม่รวมต้นทุนที่เกิดขึ้นจริง - การดำเนินงาน EIA/EHIA ยังขาดการจัดกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมาย Public Hearing กลายเป็นรูปแบบพิธีกรรมที่จัดเพื่อให้ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กมกำหนด - ความสัมพันธ์ที่ไม่สอดคล้องของระบบ EIA/EHIA กับ กม อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง, ความลำสมัยของเนื้อหา บทบัญญัติ การจับปรับและบทลงโทษ, ยังไม่มีกม ที่ให้อำนาจในการพิจารณาขึ้นหรือระงับโครงการแก่หน่วยงานที่รับผิดชอบพิจารณาโครงการ - ปัญหาแนวความสัมพันธ์ของเจ้าของโครงการกับผู้จัดทำรายงาน /บริษัทที่ปรึกษาซึ่งอยู่ในความสัมพันธ์แบบผู้ว่าจ้างกับผู้รับจ้าง, ไม่มีการกำหนดอายุของรายงาน EIA/EHIA, ปัญหาเรื่องการกำหนดประเภทโครงการโดยใช้ระบบบัญชีรายการ, ปัญหาเรื่องความไม่สะท้อนการคาดการณ์ความเสี่ยงทางด้านสุขภาพตามความเป็นจริงของรายงาน EIA/EHIA ต่อกลุ่มเสี่ยงต่างๆ - ปัญหาในด้านการเข้าถึงเอกสารรายงาน EIA/EHIA ของภาคประชาชน - ด้านองค์ประกอบของคณะทำงาน, ยังขาดองค์ประกอบจากภาคส่วนประชา
---	---	--	---	--

		ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (EIA/EHIA) ไปปฏิบัติ ในประเด็นที่ให้มีการจัดทำรายงานการประเมินสิ่งแวดล้อมเชิงยุทธศาสตร์ (Strategic Environmental Assessment:SEA) โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนก่อนให้ความเห็นชอบนโยบายและแผนด้านการพัฒนา มีการศึกษาขีดความสามารถในการรองรับ (Carrying Capacity) ของพื้นที่ให้สามารถใส่รายงาน EIA/ EHIA เป็นเหตุผลในการตัดสินใจรับโครงการได้ ควรกำหนดแยกสัญญาว่าจ้างการกำหนดขอบเขตการศึกษาและแนวทางประเมินผลกระทบโดยสาธารณะ (Public Scoping) กับสัญญาว่าจ้างการดำเนินการประเมินผลกระทบ (Assessment) ออกจากกัน ควรจัดตั้ง “กองทุนการวิเคราะห์ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ” โดยให้เจ้าของโครงการหรือกิจการที่ต้องจัดทำรายงาน EIA/EHIA เป็นผู้ส่งเงินเข้ากองทุน	ชุมชน และการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย เปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นโดยการลงทะเบียนเข้าประชุมล่วงหน้าถือเป็น กระบวนการ Public Scoping และ Public Review [53, 54] -การทำ CSR ของบริษัทต่อชุมชนมากขึ้น	สังคม/ชุมชนที่ได้รับผลกระทบ -การขาดการติดตามตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติตามมาตรการต่างๆ ที่ระบุไว้ในรายงาน EIA/EHIA - ในส่วนของภัยคุกคามสำหรับเรื่อง HIA ส่วนหนึ่งคือ การนำเรื่องนี้ไปใส่ในรัฐธรรมนูญ เพราะจะทำให้เกิดการแย่งชิงระหว่างผู้ได้ประโยชน์ผู้เสียประโยชน์ในฐานะผู้บังคับใช้ อาจทำให้เกิดความรู้สึกต่อต้านระหว่างกลุ่ม ทำให้เสียโอกาสในการปรับใช้แนวคิดนี้ในฐานะกระบวนการเรียนรู้และแนวคิดในการทำงาน สิ่งที่ต้องทำคือ ต้องนำแนวคิดนี้เข้าไปในแนวคิดของคนให้ได้ โดยไม่จำเป็นต้องยึดติดกับอำนาจกฎหมาย
39: “รัฐ” พัฒนาและส่งเสริม การเฝ้าระวัง	-การเปิดเสรีอาเซียนทำให้ปัจจัยคุณภาพเข้ามาภายในประเทศได้ง่ายและมากขึ้น รวมถึงการที่ต้องมีมาตรฐานต่างๆมากขึ้น เพื่ออธิบายกับนักลงทุนต่างประเทศที่มาลงทุน และต้องมีการพัฒนาบุคลากรเพื่อรองรับ	-การแก้ไขปัญหานาอมัยสิ่งแวดล้อมในฐานะหน่วยงานแต่ละหน่วยต้องเริ่มจากการวางสมดุล ระหว่างความร่ำรวย กับสุขภาพ โดยมีหลักการคือ การ “รู้เท่าทัน” ต่อ technology ไม่ให้เกิดภาวะข้อมูลไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ	-แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2552-2554) (การเข้าถึงบริการ, การพัฒนาบุคคล, เสริมสร้างศักยภาพภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วม, การสื่อสารสาธารณะ, มาตรการทางกฎหมาย, การวิจัย, การปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศ; การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล) -แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่ 2 (2555-2559) (การพัฒนากระบวนการจัดการอนามัยสวล, การป้องกันและลดความเสี่ยงจากปัจจัยด้านอนามัยสวล, การเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและประชา, การส่งเสริมบทบาทของ อปท, การพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านอนามัย สวล) -พระราชบัญญัติการสาธารณสุข 2535 แก้ไข 2550 -พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย 2535 แก้ไข	-การพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อลดปัญหาการขาดแคลนข้อมูลที่เชื่อมโยงด้านสวลและสุขภาพ ที่ส่งผลให้ระบบการเฝ้าระวังด้านอนามัยสวล อ่อนแอตามไปด้วย การที่ไม่มีข้อมูลชัดเจนสารเคมีใดก่อให้เกิดโรคได้โดยตรง การเฝ้าระวังป้องกันด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมจะช่วยลดโรคอะไรบ้าง - แม้โรงงานต่างๆจะมีมาตรฐานในการกำจัดของเสีย แต่เนื่องจากกลุ่มนี้ลงทุนในโรงงานเหล่านี้ ดังก็ต้องการผลกำไรมากที่สุด ซึ่งการลดต้นทุนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อกำไรโดยตรง ดังนั้นในทางปฏิบัติหากมีมาตรฐานการกำจัดของเสียใดที่กฎหมายไทยไม่ครอบคลุม หรือไม่มีกระบวนการเฝ้าระวังจากภาครัฐที่ดีพอ โรงงานก็จะทำการลดมาตรฐานลง เช่น การปิดเครื่องกรองอากาศหรือนำเสียเพื่อประหยัดเชื้อเพลิง การเร่งระบายของเสียเวลาฝนตกการเปลี่ยนแปลงค่าตัวชี้วัดต่างๆให้ตรงตามมาตรฐานโดยที่ไม่สะท้อน

			2551 -พระราชบัญญัติโรงงาน 2535 -แผนจัดการคุณภาพมลพิษ (2555-2559)	ค่าแท้จริงที่วัดได้ เป็นต้น - กากอุตสาหกรรมจากโรงงานปิโตรเคมี เป็นกากที่มีสารพิษเจือปนอยู่ ถ้าทิ้งกากเป็นถังจะมีเอกชนรับจ้างนำไปทิ้งไว้ตามที่รกร้างต่างๆ ในเวลากลางคืน ส่วนกากของเสียที่เป็นของเหลวจะถูกลักลอบนำไปทิ้งในบ่อน้ำ ในพื้นดินส่งผลต่อคุณภาพของน้ำและพื้นดิน "ชาวบ้านบางส่วนก็ให้ความร่วมมือกับโรงงาน ได้ผลประโยชน์ด้วย เข้าทำนอง ไก่เห็นตีนงู งูเห็นนมไก่" บางที่นำไ้ดินเป็นสีฟ้า ไม่สามารถบริโภคได้ ประชาชนต้องซื้อน้ำกิน หรือใช้น้ำประปา "เรากินเสร็จแล้วเราก็ดองถ่าย แล้วโรงงานเหล่านี้นะ ทิ้งกากของเสียที่ไหน"
40: "รัฐ" ใช้มาตรการทางภาษี	- มีการนำหลักการ "ผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย" มาใช้มากขึ้น เช่น ภาษีปล่อยควันทะลักจากโรงงาน ที่ต้องจ่ายเงินตามปริมาณและชนิดก๊าซที่ปล่อย	- นำหลักการ "ผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย" ไปปฏิบัติจริงในระบบภาษี เพื่อให้สามารถระบุได้ชัดเจนว่าใครคือผู้รับผิดชอบในมลพิษนั้น เช่น การเพิ่มภาษีในกิจการที่มีผลต่อสิ่งแวดล้อม เช่น ภาษีน้ำมัน หรือภาษีบรรจุก๊าซ ที่ในประเทศสแกนดิเนเวีย ผู้ผลิตนมต้องตามเก็บกล่องนมที่ใช้แล้ว	-แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2552-2554) (ผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย)	- หลักการ "ผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย" ยังเปิดโอกาสให้ผู้ผลิตเพิ่มต้นทุนจากภาษีไปในราคาสินค้า ทำให้คนจ่ายจริงคือผู้บริโภค ไม่ใช่ผู้ผลิต "อ้อมๆ เยอะจนไม่รู้จะเกี่ยว"
41: "รัฐ" พัฒนากฎหมายเพื่อการคุ้มครองสิทธิ	- กฎหมายที่มีจะเริ่มมีการตีความเชิงบวกเพื่อป้องกันปัญหาปัจจัยคุกคามสุขภาพมากขึ้นจากการเคลื่อนไหวของประชาชนและสื่อมวลชน ในขณะที่การเปิดการค้าเสรีและเศรษฐกิจทุนนิยมก็จะมีอิทธิพลให้มีการหาช่องว่างทางกฎหมายเพื่อหาผลประโยชน์ของเจ้าของกิจการ	- รัฐร่วมกับหน่วยงานอื่น ภาคีเครือข่ายประชาชน และสื่อมวลชน ในการผลักดันให้กฎหมายขยายความคุ้มครอง มีการตีความเพื่อปกป้องมิตสุขภาพมากขึ้น และมีการบังคับใช้ที่เข้มแข็งขึ้น	-แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2552-2554) (มาตรการทางกฎหมาย) -แผนจัดการคุณภาพมลพิษ (2555-2559) ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา -รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 2550 มาตรา 57 บุคคลมีสิทธิได้รับข้อมูลจากภาครัฐก่อนดำเนินกิจกรรมที่มีผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม มาตรา 290 อปท มีอำนาจหน้าที่ส่งเสริมคุณภาพ สวัสดิ มาตรา 67 "บุคคลย่อมมีสิทธิ มีส่วนร่วมกับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ บำรุงรักษา และการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติเพื่อให้ดำรงชีพได้อย่างปกติ ที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัยของตน และกำหนดให้การดำเนินการโครงการใดที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และ	- ระบบกฎหมายที่มีอยู่ขาดการเชื่อมโยงบูรณาการ ทำให้การบังคับใช้กฎหมายไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร - การตีความด้วยบทกฎหมาย ทั้งรัฐธรรมนูญและพระราชบัญญัติที่ยังไม่ชัดเจน

			สุขภาพ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษา EIA และ HIA เสียก่อน”	
42: “รัฐ” ส่งเสริมการรณรงค์ ให้ข้อมูล และส่งเสริมให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง	- มีการกระจายข้อมูลเพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญต่อสุขภาพ และผลกระทบต่อบัณฑิตสุขภาพต่างๆ มากขึ้น ผ่านทางกลไกของรัฐจากส่วนกลางไปภูมิภาค ท้องถิ่นและชุมชน และช่องทางต่างๆ มากขึ้น [52, 68, 81-91]	-การสนับสนุนให้สังคม “พึ่งตนเองได้” และมี “ภูมิคุ้มกัน” ต่อระบบเศรษฐกิจทุนนิยม โดยผ่านการให้ความรู้และสนับสนุน (Sustainable sanitation) ซึ่งบางประเทศ เช่น สวีเดน ญี่ปุ่น จัดการสิ่งปฏิกูลทั้งเมืองกลับมาใช้ได้ เป็น Mass production แต่ในประเทศไทยกำลังอยู่ในขั้นที่ใช้ในครัวเรือน -การสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ ให้เกิดการ “รู้เท่าทัน” ต่อ technology ไม่ให้เกิดภาวะข้อมูลไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ (เช่น กรณี โรงงานกำจัดขยะที่สระบุรี ที่ไม่สามารถบอกได้ว่า สารแคดเมียม ในแหล่งน้ำ, ดิน มีก่อนหรือหลังการตั้งโรงงาน)	-แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (2552-2554) (ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง, ความเสมอภาค, ผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย, การกระจายอำนาจ, ระวังไว้ก่อน, เปิดเผยข้อมูล, ชำมพรหมแดน, บริหารจัดการที่ดี, มีส่วนร่วมของปชช) -แผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติฉบับที่ 2 (2555-2559) (การพัฒนากระบวนการอนามัยสิ่งแวดล้อม, การป้องกันและลดความเสี่ยงจากปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม, การเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างเครือข่าย และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและปชช, การส่งเสริมบทบาทของ อปท, การพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านอนามัย สวล) -แผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม(2555-2559) ลดและควบคุมการกระจายมลพิษจากชุมชนเกษตรกรรม อุตสาหกรรม ยานพาหนะและการคมนาคมขนส่ง, จัดการมลพิษในพื้นที่ตามลำดับความสำคัญของปัญหา, สนับสนุน อปท ในการจัดการน้ำเสีย ขยะมูลฝอย มูลฝอยติดเชื้อ และของเสียอันตรายชุมชน, หลักการผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่าย, การจัดการมลพิษให้เป็นเอกภาพ, ปชชและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โครงการที่การสนับสนุนให้สังคม “พึ่งตนเองได้” และมี “ภูมิคุ้มกัน” ต่อระบบ เช่น โครงการ “ผักพื้นบ้าน อาหารพื้นเมือง” เพื่อลดความคิดที่ว่า การซื้อแอปเปิ้ลกินดีกว่าการกินมะละกอหรือฝรั่งที่ปลูกได้โดยไม่ต้องซื้อ หรือบางพื้นที่ใช้เศรษฐกิจในครัวเรือนต่อสู้กับเศรษฐกิจภายนอก	- ความเข้าใจในเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชนทั่วไป ที่มองว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องของการติดเชื้อโรคแต่อย่างเดียว - การไม่เห็นภาพรวมของสังคมที่ควรต้องตระหนัก “จุดที่โรงงานเอาของเสียมาทิ้งนั้นเป็นของบ้านคุณ ไม่ใช่บ้านผม เป็นของมาดามดาทุต ไม่ใช่กรุงเทพ” หรือการไม่เห็นภาพรวมของกระบวนการผลิต ซึ่งอาจเป็นช่องทางที่ทำให้อิทธิพลของการโฆษณาสินค้าต่างๆ ครอบงำความคิดของประชาชนที่มองไม่เห็นกระบวนการผลิตทั้งหมดว่ามีขั้นตอนที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม