บทที่ ๑
บทนำ

๑.๑ บริบท สถานการณ์ เหตุผลความสำคัญ

๑.๑.๑ การเปลี่ยนแปลงระดับโลก

บริบท สถานการณ์ เหตุผลความสำคัญ ที่เป็นเงื่อนไขนำไปสู่การปรับเปลี่ยนบทบาทใหม่ของกรมอนามัย ตั้งแต่เงื่อนไขการเปลี่ยนแปลงระดับโลก ที่กำลังเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น ขาดแคลนทรัพยากร ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้ทรัพยากรอย่างสิ้นเปลือง การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ถือเป็นความท้าทายที่สำคัญของการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ที่จำเป็นต้องมีการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ที่จะต้องดูแลการบริการทางสังคมและสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ในขณะที่โรคอุบัติใหม่ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แพร่กระจายอย่างไร้พรมแดน ก่อให้เกิดผลกระทบและความสูญเสียด้านสุขภาพ

กระแสความตื่นตัว และการใส่ใจเรื่องสุขภาพ เป็นอีกเงื่อนไขหนึ่ง ที่ผลักดันให้ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมต้องปรับตัว ภัยคุกคามจากโรคร้ายที่เป็นความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง และโรคมะเร็งที่การแพทย์สมัยใหม่ไม่สามารถให้คำตอบได้ แสดงถึงจิตสำนึกสุขภาพใหม่ ที่ถือว่าสุขภาพไม่ใช่สิ่งที่ผูกขาดหรือหยิบยื่นให้โดยสถาบันทางการแพทย์ แต่เป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องใส่ใจ และแสวงหา ดังเช่น ความนิยมในเรื่องอาหารสุขภาพ สมุนไพร การแพทย์ทางเลือก การออกกำลังกาย เป็นต้น ภายใต้ยุทธศาสตร์ระดับโลกที่มุ่งเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (MDGs Plus) โดยเฉพาะการประกาศคำมั่นดำเนินโครงการ Every Woman Every Child (EWEC) ของประเทศไทยต่อสังคมโลก

เจตนารมณ์ทางการเมือง ที่ได้ร่วมมือกับสหประชาชาติ ตามโครงการ EWEC จึงเป็นเงื่อนไขในการปรับตัวของกรมอนามัยที่สำคัญ ในการลดอัตราการเสียชีวิตของแม่และเด็ก เพื่อจะปรับปรุงคุณภาพการให้บริการการดูแลแม่และเด็ก ในช่วงระหว่างการตั้งครรภ์และหลังการคลอดบุตร ให้สามารถลดอัตราการเสียชีวิตของแม่และเด็กได้มากกว่าที่เป็นอยู่ การส่งเสริมการวางแผนครอบครัว และการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์อย่างทั่วถึง เพื่อลดการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น ที่เป็นปัญหาท้าทายของประเทศในขณะนี้ การเพิ่มอัตราการให้นมมารดา ลดอัตราเด็กแรกเกิด ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ สนับสนุนการให้ยาต้านไวรัสแก่มารดาที่ติดเชื้อ HIV เพื่อลดอัตราการติดเชื้อ

ในขณะเดียวกันมีการเปลี่ยนแปลงในระดับภูมิภาค ได้มีการประกาศเพื่อรวมตัวกันของสมาชิกประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อก้าวเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียน ในปี พ.ศ.๒๕๕๘ โดยเฉพาะในเรื่อง การส่งเสริมความมั่นคงและความปลอดภัยด้านอาหาร และการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณภาพ จึงเป็นเงื่อนไขในการปรับตัวของกรมอนามัยเชิงรุก ในการสร้างเสริมสุขภาพประชากร โดยเฉพาะวัยแรงงาน ให้สร้างผลผลิตเชิงเศรษฐกิจแข่งขันในระดับภูมิภาคได้ รวมทั้งสุขภาพผู้สูอายุที่หลายประเทศเป็นประเทศผู้สูงอายุ

๑.๑.๒ การเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศ

๑) การเปลี่ยนแปลงในระดับประเทศ ด้วยยุทธศาสตร์ประเทศ (Country Strategy) ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีอัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจเฉลี่ยร้อยละ ๔.๒ ถึงแม้ว่าภาคบริการและภาคอุตสาหกรรม จะเป็นตัวขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจเป็นหลัก แต่ประเทศไทยก็ยังคงเผชิญปัญหาผลิตภาพการผลิตรวมอยู่ในระดับต่ำ และต้องเผชิญกับความผันผวนของบริบทโลก ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สถานการณ์ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ของประชากร มีช่องว่างรายได้ระหว่างกลุ่มคนรวยและกลุ่มคนจน ที่ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศและสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่มีภาวะโลกร้อน ได้ส่งผลให้ผลิตพืชพลังงานมากกว่าเพื่อการเกษตร ทำให้ความสามารถในการผลิตอาหารจึงลดลง ด้วยข้อจำกัดด้านพื้นที่

ยุทธศาสตร์ของประเทศ จึงมุ่งสร้างฐานเศรษฐกิจที่มั่นคงและยั่งยืน (New Growth Model) ได้เน้นการให้ความสำคัญใน ๔ ด้าน การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ การลดความเหลื่อมล้ำ (Inclusive Growth) ที่ต้องพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานด้านบริการสาธารณสุข และการเติบโตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (Green Growth) ของทุกภาคส่วน และการปรับปรุงระบบบริหารราชการแผ่นดินให้มีประสิทธิภาพ (Internal Process) เพื่อเกิดความคุ้มค่าและเกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจภาครัฐ

ในการดำเนินงานตามกรอบสร้างเศรษฐกิจที่มั่นคงและยั่งยืนนั้นนั้น จำเป็นจะต้องมีการบูรณาการระหว่างกระทรวงที่เกี่ยวข้อง โดยกระทรวงสาธารณสุขได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลัก ในแผนงานการยกระดับคุณภาพและมาตรฐานบริการสาธารณสุข เพื่อเพิ่มผลิตภาพการผลิตของแรงงาน และการดูแลผู้สูงอายุ ในประเด็นการจัดระบบบริการ กำลังพล และงบประมาณ ภายใต้ยุทธศาสตร์การลดความเหลื่อมล้ำ และการเติบโตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม (Green Growth) เพื่อคุ้มครองสุขภาพประชาชน โดยเฉพาะการมุ่งเน้น ให้มีการปรับโครงสร้างของระบบราชการให้สามารถบูรณาการแผนงาน โครงการ และงบประมาณร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค พัฒนากำลังคนให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของระบบราชการ เร่งปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ และปฏิรูปการบริหารจัดการงบประมาณให้เกิดการมีส่วนร่วมในทุกระดับ

๒) การปฏิรูประบบสุขภาพ นับแต่ปี ๒๕๔๕ จากเดิมที่การบริหารจัดการระบบสุขภาพของประเทศไทยรวมศูนย์อยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข ทั้งในมิติด้านนโยบาย ด้านบริการสาธารณสุข และด้านอำนวยการ (กำกับ ตามกฎหมาย สนับสนุนการปฏิบัติ เมื่อมีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ.๒๕๔๕ ทำให้งบประมาณกระทรวงสาธารณสุขกว่าร้อยละ ๘๐ ในด้านบริการกลายเป็น “กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ” ที่อยู่ภายใต้การบริหารจัดการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทในฐานะผู้ให้บริการ (Provider) ภายใต้การดูแลด้านคุณภาพบริการของ สปสช. ในฐานะผู้ซื้อบริการ (Purchaser)

ในขณะที่ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ มีพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ กำหนดให้รัฐต้องนำภาษีบาป (Sin Tax) ร้อยละ ๒ จากการจำหน่ายบุหรี่สุรา ปีละประมาณ ๒-๓ พันล้านบาท เป็นกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพในสังคม

นอกจากนี้ ยังมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ กำหนดให้มีกลไกของ “สมัชชาสุขภาพ” และ “คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ : คสช.” มีบทบาทในการนำเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพของชาติ โดยการจัดทำเป็น “ธรรมนูญสุขภาพ” ซึ่งเมื่อคณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบแล้ว

ธรรมนูญนั้นก็จะผูกพันหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการ และยังมีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ทำหน้าที่ศึกษาวิจัยงานวิชาการ เพื่อสนับสนุนการดำเนินของ คสช. ด้วย

การปรับโครงสร้างเมื่อปี ๒๕๔๕ การเกิดขึ้นขององค์กรอิสระร่วมจัดการระบบสุขภาพจำนวนมาก อาทิเช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นผลดีต่อระบบการดูแลสุขภาพประชาชน แต่ในด้านหนึ่งทำให้ขาดเอกภาพทางนโยบาย การทำงานด้านสุขภาพในบริบทใหม่จำเป็นต้องประสานใช้พลังและจุดแข็งของภาคีภาคส่วนต่างๆ เพื่อให้เกิดการบูรณาการระหว่างกลไก ทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข

๓) พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ ๗) พ.ศ.๒๕๕๐ ได้กำหนดให้ จังหวัดเป็นส่วนราชการ ตามกฎหมายว่า ด้วยวิธีการงบประมาณ (ม.๕๒ วรรคสาม) ซึ่งมีผลให้จังหวัดจัดทำคำของบประมาณได้โดยตรง และกำหนดให้จังหวัดมีการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดที่สอดคล้องกับแนวทางพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นในจังหวัด (ม.๕๓/๑ วรรคแรก) และการจัดทำแผน ต้องให้ส่วนราชการประจำจังหวัด ราชการส่วนท้องถิ่นในจังหวัด ผู้แทนภาคประชาสังคม และผู้แทนภาคธุรกิจเอกชน มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนด้วย (ม.๕๓/๑ วรรคสาม) และกฎหมายยังได้รับรองอีกว่า เมื่อมีการประกาศใช้แผนพัฒนาจังหวัดแล้ว แผนพัฒนาท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการดำเนินงานของส่วนราชการและหน่วยงานรัฐทั้งปวง ที่กระทำในพื้นที่ต้องสอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัดนี้ (ม.๕๓/๑ วรรคสี่)

๔) ขณะเดียวกัน แนวโน้มของสังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในลักษณะที่ขยายสิทธิบุคคล สิทธิชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาสภาวะสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพมากขึ้น โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ มาตรา ๖๗ ได้กำหนดให้โครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ จะต้องทำการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพก่อนดำเนินการ โดยต้องฟังความคิดเห็นของชุมชนและองค์กรอิสระ ดังที่ชุมชนมาบตาพุดได้ใช้สิทธิในการฟ้องศาลปกครอง บังคับรัฐต้องดำเนินการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (HIA) ด้วย ซึ่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ ยังไม่มีความชัดเจนที่ประชาชนและท้องถิ่นจะสามารถใช้สิทธิในการปกป้องตนเองจากผลกระทบของมลภาวะได้

๕) การกระจายอำนาจและบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐธรรมนูญปี ๒๕๔๐ ได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น โดยให้ท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนดนโยบายสาธารณะ การบริหารงานทั่วไป การบริหารงานบุคคล การเงิน และการคลัง และมีอำนาจหน้าที่เป็นการเฉพาะของตนเอง เป็นผลให้มีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๒ โดยมีบทบัญญัติเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือกำหนดให้มีการจัดสรรภาษีอากร เงินอุดหนุน และรายได้อื่นๆ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของรายได้ของรัฐ โดยเริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๔๔ และกำหนดให้เพิ่มขึ้นเป็นไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕ ภายในปี ๒๕๔๙

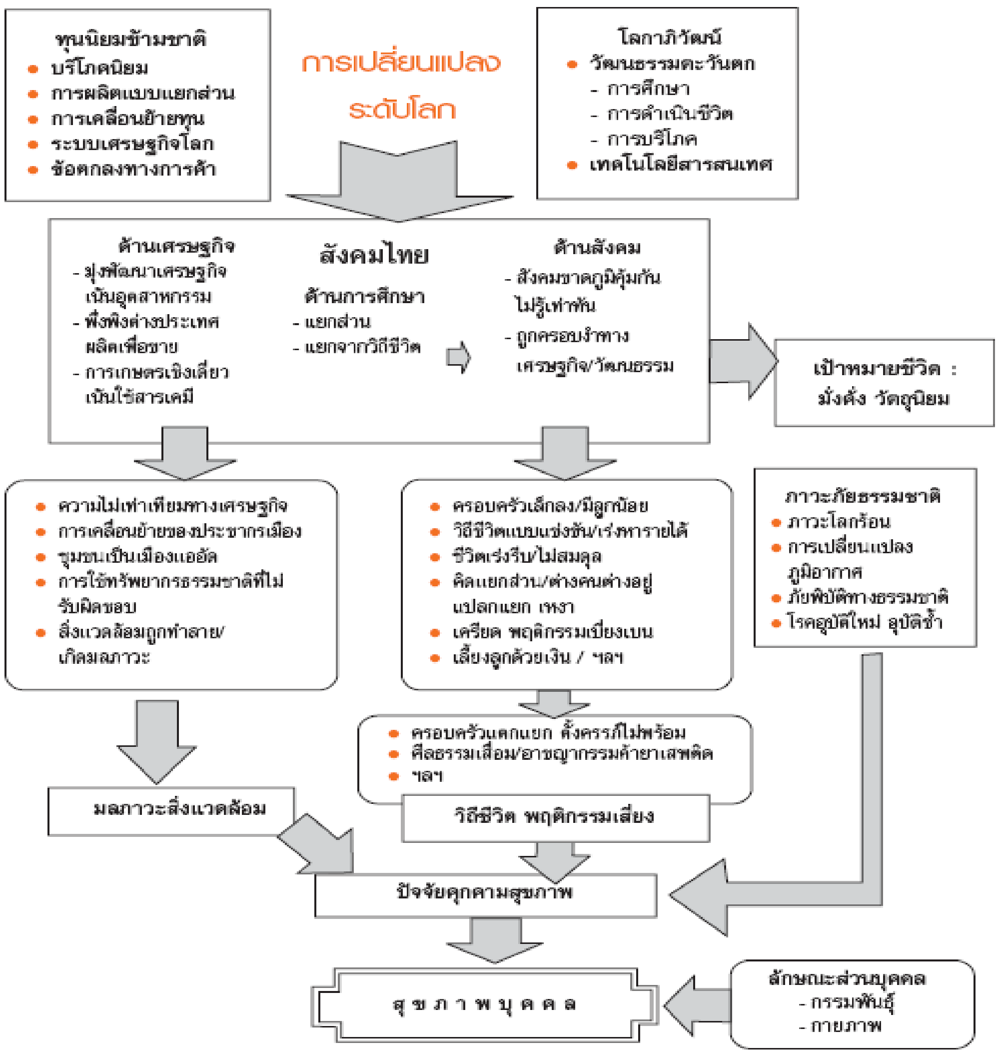
จะเห็นได้ว่า ในอนาคตจะมีการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามลำดับ เพื่อให้สามารถรองรับพันธกิจตามกฎหมาย การจัดตั้งองค์กรปกครองท้องถิ่นได้อย่างมีคุณภาพ การกระจายอำนาจภายใต้พระราชบัญญัติ

ดังกล่าว ทำให้กระทรวงสาธารณสุขต้องปรับเปลี่ยนบทบาทให้เหมาะสม เพื่อเป็นกลไกเชิงนโยบายในระดับประเทศ ทำหน้าที่เป็นแกนเชื่อมประสานทุกฝ่ายในสังคมเข้ารวมกันทำงานด้านสุขภาพ ทั้งระหว่างองค์กรนโยบายระดับชาติ ระดับหน่วยงานส่วนกลาง ระดับปฏิบัติส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น ภาคเอกชนและภาคประชาชน โดยลดบทบาทการเป็นผู้ดำเนินการเองลง ให้เหลือเฉพาะบทบาทหลักเท่าที่จำเป็น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จะมีบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนมากขึ้น และการปรับเปลี่ยนสถานบริการสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับบทบาทที่ควรจะเป็นใหม่ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

๖) การเงินการคลัง และกำลังคนด้านสุขภาพ งบประมาณของประเทศ ในด้านส่งเสริมสุขภาพนับตั้งแต่ปี ๒๕๔๕ ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก โดยถูกแยกเป็นส่วนๆ ตามภารกิจขององค์กรประกอบด้วย งบบริการสุขภาพส่วนบุคคลและครอบครัว ถูกจัดสรรให้สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติดำเนินงาน งบพัฒนาสุขภาพระดับนโยบายและสุขภาพชุมชน จัดสรรให้กระทรวงสาธารณสุข งบส่งเสริมสุขภาพเชิงขับเคลื่อนสังคมและภาคประชาชน จัดสรรให้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินงาน ตลอดจนการจัดบริการสาธารณะด้านสุขภาพ ก็เป็นบทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาพดังกล่าว ด้านหนึ่งเป็นผลดีที่ช่วยกระจายบทบาทไปยังองค์กรที่มีความคล่องตัวสูง ไม่ติดในระบบราชการและประสิทธิภาพการทำงานดีขึ้น อีกด้านหนึ่งพบว่า เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานหรือการประสานนโยบายให้เป็นเอกภาพผ่านกลไกงบประมาณ และจากการศึกษาภาวะค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (๒๕๔๑) พบว่า มีการขยายความต้องการบริการสุขภาพ อันเนื่องมาจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้งบประมาณด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพน้อยกว่าที่ควรจะเป็น (รายจ่ายด้านสุขภาพ ร้อยละ ๗๗.๗ ใช้เพื่อการรักษา ร้อยละ ๑๐ ใช้เพื่อการส่งเสริมและป้องกัน ร้อยละ ๗.๒ ใช้เพื่อการบริหารจัดการ และการลงทุน ร้อยละ ๔.๘)

การขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุขก็ยังพบว่าเป็นปัญหา และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากระบบการแพทย์ที่เน้นการรักษา มากกว่าการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งทำให้ประชากรจำนวนมาก ต้องเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนั้น การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ ที่เน้นการใช้เทคโนโลยีที่ซับซ้อนได้ ทำให้การดูแลรักษาสุขภาพกลายเป็นเรื่องของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน ในขณะที่ระบบบริการเชิงรุกและหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมในระดับชุมชนและครอบครัวได้รับการส่งเสริมอย่างจำกัด การสร้างระบบบริการปฐมภูมิที่ให้บริการผสมผสานทั้งงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ที่สามารถให้บริการอย่างทั่วถึงหรือใกล้บ้าน แม้จะเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ในระยะยาว และสร้างเสริมสุขภาพและจัดการด้านสิ่งแวดล้อมได้ แต่กลับมุ่งเน้นการดูแลรักษาตามกรอบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากกว่า

แผนภาพที่ ๑ ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างบริบททางสังคมเศรษฐกิจ วัฒนธรรม และปัญหาสุขภาพบุคคล จากปัจจัยกำหนดสุขภาพ : วิถีชีวิต พฤติกรรมเสี่ยง มลภาวะสิ่งแวดล้อม และภัยธรรมชาติ



ที่มา : การสร้างเสริมสุขภาพ แนวคิดและยุทธศาสตร์. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ๒๕๕๒.

๑.๑.๓ สถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ได้แก่

๑) สุขภาพเฉพาะตามกลุ่มวัย

(๑) สุขภาพ เด็กและวัยรุ่น อยู่ในภาวะเสี่ยงที่มีทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ร้อยละ ๙ สูงกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ ๗) พัฒนาการเด็กแรกเกิดถึง ๕ ปี มีแนวโน้มลดลง การสูญเสียการได้ยินในทารกแรกเกิด หากไม่ได้รับการแก้ไขตั้งแต่วัยก่อนหัดพูด จะทำให้เกิดปัญหาด้านการสื่อความหมายอย่างรุนแรง อุบัติการณ์การสูญเสียการได้ยินในทารกแรกเกิดในรพ.รามาธิบดี พบภาวะการได้ยินบกพร่องในทารกแรกเกิด ๑.๗ รายต่อทารกคลอดมีชีพ ๑,๐๐๐ คน การได้รับการตรวจวินิจฉัยก่อนอายุ ๖ เดือนและได้รับการรักษาฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว จะสามารถพัฒนาสมรรถภาพด้านการฟังและพูดได้ใกล้เคียงเด็กปกติ การตรวจคัดกรองการได้ยินตามคู่มือบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาตินั้น ได้จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็กเล็กตามคู่มือกรมอนามัย โดยให้ตรวจหูซึ่งเป็นการตรวจกายภาพดูว่ามีหูน้ำหนวกหรือไม่และตรวจการได้ยินเมื่อเด็กอายุ ๖ เดือนโดยการสั่นกระดิ่งทางด้านหลังของเด็กเพื่อดูปฏิกิริยาและการตอบสนอง ดังนั้น การค้นหาเด็กที่สูญเสียการได้ยินตั้งแต่แรกคลอดหรือก่อนอายุ ๖ เดือนและส่งต่อเพื่อรับการรักษาให้เร็วที่สุดจึงมีความสำคัญมาก

การคัดกรองธาลัสซีเมีย ธาลัสซีเมียเป็นปัญหาที่สำคัญ พบว่า อัตราทารกแรกเกิดเป็นธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง ๕.๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกคลอดมีชีพ ปัจจุบันการคัดกรองธาลัสซีเมียได้รับการสนับสนุนอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชนทุกคน โดยสนับสนุนงบประมาณเพื่อคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลคัดกรองผิดปกติ (คู่เสี่ยง) นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังมีการพัฒนาแผนงานธาลัสซีเมียแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐-๒๕๕๔ เพื่อแก้ปัญหา อย่างไรก็ตามพบว่า ปัญหายังคงมีอยู่ ข้อเสนอแนะจากรายงานผลการทบทวนนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กอายุ ๐-๕ ปี ในประเทศไทย โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ปี ๒๕๕๕ ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่มศักยภาพของการให้การปรึกษาก่อนการตั้งครรภ์ อาจจะทำตามรูปแบบการคัดกรองของการติดเชื้อเอชไอวีหรือทำควบคู่กันไปและตั้งตัวชี้วัดที่เหมาะสม สะท้อนเป้าหมายที่ต้องการ เช่น จำนวนการคลอดที่แม่และพ่อเป็นธาลัสซีเมียรุนแรงมีจำนวนลดลง จำนวนการคัดกรองที่แม่และพ่อได้รับการตรวจทันเวลาเพิ่มขึ้น (ภายใน ๒๐ วัน) เป็นต้น

เด็กปฐมวัย ผลการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยของ กรมอนามัย (๒๕๕๓) พบว่าพัฒนาการรวมปกติของเด็กปฐมวัยร้อยละ ๗๐.๒๙ เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่าพัฒนาการเด็กปฐมวัยภาพรวมปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในขณะที่พัฒนาการด้านภาษายังเป็นปัญหามากกว่าด้านอื่นๆ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๑๘.๘๘ ซึ่งเป็นพัฒนาการพื้นฐานของการพัฒนาสติปัญญาเด็กในอนาคต นอกจากนั้นยังพบว่า ภาวะโภชนาการ พบว่าเด็ก ๐-๕ ปีมีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุเพียง ร้อยละ ๗๐.๒๑ มากกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๙.๐๗ น้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ ๗.๓๖ และความสูงเทียบอายุตามเกณฑ์ร้อยละ ๗๖.๑๑ เตี้ยร้อยละ ๙.๑๐ น้ำหนักเทียบส่วนสูงพบว่า สมส่วนร้อยละ ๖๗.๗๑ อ้วนร้อยละ ๖.๗๕

สำหรับเด็กวัยเรียน ปัญหาสาธารณสุขเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการควบคุมป้องกันและแก้ไขในระยะ ๘ ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. ๒๕๔๖–๒๕๕๔) พบความชุกของปัญหาภาวะโภชนาการเกิน เด็กวัยเรียน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ ๕

พ.ศ.๒๕๔๖ เด็กวัยเรียน เป็นโรคอ้วน ร้อยละ ๑๓.๖ และจากการเฝ้าระวังและติดตามภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน พ.ศ.๒๕๕๓ พบว่า เป็นโรคอ้วน ร้อยละ ๑๓.๗ และในปี ๒๕๕๔ พบ ร้อยละ ๑๗.๐ หนึ่งในปัจจัยสำคัญของปัญหาภาวะโภชนาการเกิน คือ การบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสมตามวัย รวมไปถึงขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจพบว่าเด็กปฐมวัยกินผักและผลไม้ทุกวันน้อยมากเพียง ร้อยละ ๓๖.๔ และ ๓๗.๒ ส่วนเด็กวัยเรียนกินผักทุกวัน พบ ร้อยละ ๔๑.๔ โดยเฉลี่ยวันละ ๑.๕ ช้อนกินข้าว/คน ซึ่งน้อยกว่าปริมาณตามคำแนะนำในธงโภชนาการที่ควรกินวันละ ๑๒ ช้อนกินข้าว และกินผลไม้ทุกวัน เพียงร้อยละ ๒๖.๘ เท่านั้น

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และวัยเรียนกำลังเกิดขึ้นโดยทั่วไป และมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน จนน่าวิตกอย่างยิ่ง แม่วัยแรกรุ่นที่อายุต่ำกว่า ๑๕ ปีบริบูรณ์ มีประมาณร้อยละ ๐.๔ เป็นต้น แม่ตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยกว่า ๒๐ ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปัจจุบันร้อยละ ๑๘.๘ ซึ่งแม่ตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปีจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่าผู้ที่มีอายุเกินกว่า ๒๐ปีจะพบอุบัติการณ์ของโลหิตจางสูง ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เจ็บครรภ์คลอดนาน และภาวะคลอดก่อนกำหนดสูง นอกจากนั้นยังพบว่า อัตราตายของมารดาอายุ ๑๕-๑๙ ปีสูงกว่ามารดาที่มีอายุ ๒๐-๒๔ ปี ถึง ๓ เท่า

(๒) สุขภาพสตรีและชายวัยทำงาน พบปัญหาสุขภาพในผู้ชายวัยทอง ทั้งไขมันในเลือดสูง กลุ่มอาการฮอร์โมนชายบกพร่อง (ร้อยละ ๖๗) หย่อนสมรรถภาพทางเพศ ความดันโลหิต และต่อมลูกหมากโต ข้อมูลจากคลินิกสตรีวัยทอง โรงพยาบาลรามาธิบดี พบไขมันในเลือดสูง กลุ่มอาการหมดประจำเดือน กระดูกบาง กระดูกพรุน และความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง และมีปัญหาเกี่ยวกับ กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อนสมรรถภาพสตรีวัยหมดประจำเดือน

(๓) สุขภาพผู้สูงอายุ ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงวัย และมีแนวโน้มสัดส่วนผู้สูงอายุวัยกลางและปลาย จะสูงขึ้น ผู้สูงอายุเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้น ที่มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง จะเพิ่มขึ้นสองเท่าในเวลาไม่ถึง ๑๕ ปี ซึ่งประมาณร้อยละ ๑๓ ไม่มีคนดูแล ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีฟันที่ใช้งานได้ไม่ครบ ๒๐ ซี่ แต่มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ ๒๙.๑ ที่ใส่ฟันทดแทน ผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งได้รับอุบัติเหตุจากการหกล้ม ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงระดับรุนแรง การจัดการในชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ยังไม่เพียงพอ ในปัจจุบันมีแต่ภาคเอกชนให้บริการ ซึ่งให้ได้เฉพาะผู้มีความสามารถจ่ายได้เท่านั้น ซึ่งสถานที่เหล่านี้มีความหลากหลาย และรัฐไม่มีระบบการกำหนดมาตรฐาน และกลไกในการกำกับ ตรวจสอบคุณภาพและมาตรฐานของสถานบริบาลผู้สูงอายุ

๒) พฤติกรรมสุขภาพเสี่ยง

(๑) พฤติกรรมบริโภคที่ก่อให้เกิดภาวะอ้วนลงพุง เกือบ ๓ ใน ๑๐ คนของผู้ชายไทย และ ๔ ใน ๑๐ คนของผู้หญิงไทย อยู่ในเกณฑ์อ้วน และมีปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ ในประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคเมตาบอลิกซินโดรม (Metabolic Syndrome) โดยกลุ่มเด็ก (๖-๑๔ ปี) มีความถี่ของการบริโภคขนมกรุบกรอบตามวัยสูงกว่าวัยอื่น ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานบริโภคเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม/เครื่องดื่มที่มีรสหวานทุกวันสูงกว่าวัยอื่น การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ ๔ พบว่า ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป กินผักและผลไม้เฉลี่ยวันละ ๓ ส่วน ต่ำกว่าข้อแนะนำมาตรฐานที่ให้กิน ๕ ส่วนต่อวัน สัดส่วนของประชากรที่กินผักและผลไม้เพียงพอ ตามข้อแนะนำ (ตั้งแต่ ๕ ส่วนขึ้นไป) มีเพียงร้อยละ ๑๗.๗ และพบร้อยละ ๑๘.๕ ของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ สัดส่วนนี้เพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

(๒) ฟันผุ จากการสำรวจสุขภาพช่องปากประเทศไทย พ.ศ.๒๕๕๐ พบว่า เด็กก่อนวัยเรียน อายุ ๓ ปี และ ๕ ปี มีอัตราคนที่ไม่มีฟันผุเลย ร้อยละ ๓๘.๖ และ ๑๙.๖ ตามลำดับ เป็นแนวโน้มการปราศจากโรคฟันผุที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับการสำรวจในอดีต เด็กวัยเรียนและเยาวชนมีอัตราการเปลี่ยนแปลงสภาวะการเกิดโรคฟันผุค่อนข้างคงที่ ด้วยปัจจัยสำคัญ คือ การเข้าถึงบริการทันตกรรมป้องกันที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในช่องปากเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมบริโภคขนมกรุบกรอบ และการดื่มน้ำอัดลมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามกระแสนิยม ปัญหาหลักของกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียฟัน พบว่า วัยทำงานร้อยละ ๘๒ มีการสูญเสียฟัน (เฉลี่ย ๓.๙๒ ซี่/คน) ในขณะที่ผู้สูงอายุเกือบทุกคนมีการสูญเสียฟัน (เฉลี่ย ๑๓.๓๘ ซี่/คน) โดยผู้สูงอายุร้อยละ ๑๐.๔๗ เป็นผู้สูญเสียฟันทั้งปาก

(๓) การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จากสถานการณ์และแนวโน้มขณะนี้น่าเป็นห่วง กล่าวคือ อายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่นลดลงจาก ๑๘-๑๙ ปี เป็นประมาณ ๑๕-๑๖ ปี และจากผลการเฝ้าระวัง Behavioral Surveillance Survey ของสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จากปี ๒๕๔๙-๒๕๕๔ นักเรียน ม.๒ ม.๕ และ ปวช.๒ มีประสบการณ์เพศสัมพันธ์สูงขึ้น แม้ว่าจะมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกสูงขึ้น โดยปี ๒๕๕๔ มีวัยรุ่น ประมาณร้อยละ ๓๖-๖๙ ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคู่รัก เปรียบเทียบการใช้วิธีคุมกำเนิดที่เชื่อถือได้ (ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน) เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับแฟนหรือคู่รัก ปี ๒๕๕๓-๒๕๕๔ นั้นเพิ่มขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง และในทุกระดับการศึกษา (สำนักระบาดวิทยา ๒๕๕๕) และจากการวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทยใน ๕ ปีที่ผ่านมา โดยสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี มีแนวโน้มการป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากอัตรา ๔๑.๕ ในปี ๒๕๔๘ เป็นอัตรา ๘๙.๕ ในปี ๒๕๕๔

(๔) ปัญหาจากผลการพัฒนาด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น จากการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๓ พบกลุ่มอายุ ๖-๑๔ ปี (ร้อยละ ๗๒) มีการใช้คอมพิวเตอร์สูงสุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี (ร้อยละ ๕๗) กลุ่มที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตสูงสุด คือกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี (ร้อยละ ๕๐) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ ๖-๑๔ ปี (ร้อยละ ๓๖) และจากผลการสำรวจการใช้เวลาในการเล่นเกมคอมพิวเตอร์ ในกลุ่มเด็กไทยที่กำลังเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑-๖ ที่มีจำนวนประมาณ ๕ ล้านคน พบว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ ๖.๕ คาดว่า จะมีเด็กไทยป่วยเป็นโรคนี้ประมาณ ๓๑๐,๐๐๐ ราย ขณะที่ทั่วโลก พบเด็กเป็นโรคนี้ร้อยละ ๕

๓) ปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม

(๑) มลภาวะอากาศ อากาศเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน สารมลพิษในอากาศสามารถส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ในปี พ.ศ.๒๕๕๓ ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๑๐ ไมครอน (PM10) ยังคงเป็นปัญหาหลักของประเทศ ค่าเฉลี่ย ๒๔ ชั่วโมงอยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐานในหลายพื้นที่ เช่น สระบุรี ลำพูน เชียงราย แม่ฮ่องสอน ฯลฯ และปัญหาหมอกควันจากการเผาในที่โล่งในช่วงหน้าแล้ง ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ ๘ จังหวัดภาคเหนือตอนบน ก๊าซโอโซน (O_3) มีจำนวนชั่วโมงที่เกินมาตรฐานมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยพบเกินมาตรฐานในหลายพื้นที่ ส่วนสารอินทรีย์ระเหย (VOCs) พบมากในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และระยอง และพบว่าเบนซีนมีค่าการตรวจวัดอยู่ระดับสูงและเกินมาตรฐานที่กำหนดในทุกพื้นที่ ซึ่งล้วนมีผลกระทบต่อสุขภาพ

ของประชาชน พบว่า คนไทยในภาคกลางมีความเสี่ยงจากอาการระคายเคืองของระบบทางเดินหายใจ และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคภูมิแพ้จากปริมาณฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน ๑๐ ไมครอน (PM10) ที่ระดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน และประสบการณ์กรณีผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดขึ้น จากโครงการพัฒนาหลายกรณี เช่น กรณีพื้นที่มาบตาพุด จังหวัดระยอง ประชาชนมีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและโรคมะเร็ง ซึ่งเชื่อว่า มีความเกี่ยวข้องกับมลพิษในพื้นที่ แม้ไม่อาจบ่งชี้ชัดว่าโรคมะเร็ง เป็นผลเนื่องมาจากมลพิษดังกล่าวด้วย แต่จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก โรคมะเร็งถือเป็นโรคทางสิ่งแวดล้อมและการทำงานที่สำคัญ โดยในปี พ.ศ.๒๕๕๑ มีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลก ๑๒.๗ ล้านคน และเสียชีวิต ๗.๖ ล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ ๑๙ เป็นมะเร็งที่มีสาเหตุเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมและการทำงาน และจากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๔๒-๒๕๕๒ พบว่า ประชาชนไทยยังคงป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเป็นอันดับหนึ่ง อัตราป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจของคนไทย ระหว่าง พ.ศ.๒๕๔๐-๒๕๕๒ มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี

(๒) น้ำเพื่อการบริโภคขาดคุณภาพ ปัจจุบันครัวเรือนไทยที่มีน้ำบริโภคเพียงพอ ทั้งในเขตเมืองและชนบท มีจำนวน ๒๑ ล้านครัวเรือน โดยได้รับบริการน้ำประปา ครอบคลุมร้อยละ ๘๖ จากการสุ่มตรวจสอบคุณภาพน้ำบริโภคประเภทต่างๆ พบน้ำประปาส่วนใหญ่ ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานน้ำบริโภค โดยเฉพาะน้ำประปา จากเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานฯ ส่วนน้ำฝน น้ำบ่อบาดาล และบ่อน้ำตื้น พบว่า ส่วนใหญ่คุณภาพน้ำไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานน้ำบริโภค เช่นกัน โดยพบปัญหาการปนเปื้อนแบคทีเรีย และการปนเปื้อนทางเคมี ได้แก่ ตะกั่ว สารหนู แมงกานีส เหล็ก ฟลูออไรด์ เป็นต้น และมีปัญหาทางกายภาพไม่เหมาะสม คือ ความขุ่น และสี เกินเกณฑ์มาตรฐาน น้ำบริโภค ฯ และการปนเปื้อนของสารเคมีในแหล่งน้ำดังกล่าว นอกจากเกิดการปล่อยมลพิษสู่แหล่งน้ำแล้ว ยังรวมถึงสารเคมีที่มีอยู่ตามธรรมชาติในแหล่งน้ำใต้ดินด้วย

ปัจจุบันมีการติดตั้งตู้น้ำหยอดเหรียญ เพื่อให้บริการประชาชนมากขึ้น โดยเฉพาะในพื้นที่เขตเมือง แต่จากการสุ่มตรวจของกรมอนามัย ในปี พ.ศ.๒๕๔๙ และ พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่า คุณภาพน้ำจากตู้หยอดเหรียญไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้ำบริโภคฯ เนื่องจากมีการปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย เฉลี่ยร้อยละ ๓๐.๐ ในปี พ.ศ.๒๕๕๓ คณะกรรมการสาธารณสุข มีมติให้น้ำตู้หยอดเหรียญ เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และได้ออกคำแนะนำต่อราชการส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับการควบคุมการประกอบกิจการตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ เพื่อเป็นแนวทางการออกข้อกำหนดของท้องถิ่นต่อไป

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ประชาชนที่บริโภคน้ำที่มีการปนเปื้อน เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ ซึ่งมีความสอดคล้องกับข้อมูลการเฝ้าระวังโรค พบว่า มีผู้ป่วยจากโรคอุจจาระร่วงมากกว่า ๑ ล้านคน/ปี

(๓) อาหาร และการปรุงไม่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร ปัจจุบัน ประชาชนมีการบริโภคอาหารปรุงสำเร็จ ผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปเพิ่มมากขึ้น ร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหาร จึงมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตของประชาชนเมืองเพิ่มมากขึ้น และมีผลต่อความปลอดภัยของอาหาร อาหารที่ผ่านการปรุง ประกอบที่ไม่ถูกสุขลักษณะ จะทำให้เกิดการปนเปื้อนของเชื้อโรคและสารเคมีที่เป็นอันตราย นมโรงเรียนชนิดพาสเจอไรซ์ มีปริมาณแบคทีเรียเกินมาตรฐาน ร้อยละ ๒๕ นมยูเอชที เกินร้อยละ ๕ พบสารกันบูดในไส้กรอกหมู/ไก่ กุนเชียงมากกว่าร้อยละ ๓๖ และมีการใช้ดินประสิวในประมาณที่ไม่ปลอดภัยถึง ร้อยละ ๒๖ อาหารถุงมีการปนเปื้อนลิฟอร์มแบคทีเรียคิดเป็นร้อยละ ๓๔.๓

สถานการณ์ปัญหาด้านสุขาภิบาลอาหารดังกล่าว มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง และชุมชนแออัด ซึ่งเป็นแหล่งที่มีสภาพแวดล้อมและการสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยไม่ดีอยู่แล้ว ทำให้ปัญหามีความสลับซับซ้อน และแก้ไขได้ยากยิ่งขึ้น

(๔) การจัดการสิ่งปฏิกูล ในปี พ.ศ.๒๕๔๘ ประชาชนไทยทั่วประเทศ มีส้วมใช้ประจำบ้านครอบคลุมร้อยละ ๙๘.๙๔ ของหลังคาเรือน แต่สถานการณ์ส้วมสาธารณะทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.๒๕๔๗ พบว่า มีปัญหาความสกปรกมาก และการชำรุดของถังเก็บกักสิ่งปฏิกูลฯ ซึ่งจะเป็นแหล่งแพร่กระจายของเชื้อโรค และส่งผลกระทบต่อผู้ใช้บริการและชุมชนบริเวณใกล้เคียง อีกทั้งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาการท่องเที่ยวและเศรษฐกิจ ตลอดจนภาพลักษณ์คนไทย ปัจจุบันพบว่าสถานการณ์ส้วมสาธารณะในภาพรวมพัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ ร้อยละ ๔๙.๕๐ ปัญหาที่พบว่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานฯ คือ ความสะอาด รองลงมา คือ ความเพียงพอ เนื่องจากไม่มีส้วมสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ และสตรีมีครรภ์ และความปลอดภัยน้อย

นอกจากส้วมสาธารณะของสถานที่ต่างๆ ยังพบปัญหาการจัดการส้วมสาธารณะ บนพาหนะประเภทต่างๆ เช่น ส้วมเรือนแพ ส่วนใหญ่มีตัวเรือนส้วมแต่ปล่อยทิ้งลงแม่น้ำโดยไม่ผ่านการบำบัด ส้วมรถทัวร์ ร้อยละ ๒๙.๑ ทิ้งอุจจาระและปัสสาวะระหว่างทาง หรือทิ้งในช่วงหยุดรถเพื่อเติมน้ำมัน หรือแวะพักให้ผู้โดยสารรับประทานอาหาร ส่วนการกำจัดอุจจาระและปัสสาวะจากส้วม ณ ปลายทาง ร้อยละ ๓๐ เป็นการทิ้งลงรางระบายน้ำของปั้มน้ำมัน ร้านอาหาร ข้างถนน ก่อนถึงที่หมาย ส้วมบนรถไฟมีความสกปรก ชำรุด และตรวจพบการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียบนสุขภัณฑ์ต่างๆ นอกจากนี้ ชุมชนริมน้ำ ยังมีส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ เนื่องจากใช้ระบบแบบบ่อเกรอะบ่อซึม แบบ ๑ บ่อ แต่มีสภาพรั่วซึมทำให้มีการปนเปื้อนลงสู่แหล่งน้ำ

(๕) ขยะมูลฝอย ในรอบสิบปีที่ผ่านมาปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.๒๕๕๓ มีขยะมูลฝอยเกิดขึ้นทั่วประเทศ ๑๕.๑๘ ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๐.๔ หรือคิดค่าเฉลี่ย ๐.๖๕ กิโลกรัมต่อคนต่อวัน ปริมาณขยะมูลฝอยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี เป็นผลจาก การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากร และการขยายตัวของชุมชน ตลอดจนการขยายตัวทางเศรษฐกิจ ในขณะที่ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ มีขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการประมาณ ร้อยละ ๔๐ ของปริมาณที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ ส่วนปริมาณขยะมูลฝอยส่วนที่เหลือยังคงได้รับการกำจัดที่ไม่ถูกต้อง เช่น การเผากลางแจ้งหรือขุดหลุมฝังหรือกองทิ้งไว้บนพื้นที่ว่างต่างๆ ทำให้มีขยะมูลฝอยตกค้างอยู่ตามสถานที่ต่างๆ ก่อให้เกิดปัญหาการปนเปื้อนต่อสิ่งแวดล้อม เกิดเหตุเดือดร้อนรำคาญ และมีความเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

(๖) ของเสียอันตรายจากชุมชน และมูลฝอยติดเชื้อ จากปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั้งหมด ในปี พ.ศ.๒๕๕๒ จำนวน ๑๕.๑๑ ล้านตัน ประกอบด้วยของเสียอันตรายจากชุมชน รวมอยู่ประมาณ ๖๙๘, ๕๐๖ ตัน ของเสียอันตรายเหล่านี้ เป็นซากผลิตภัณฑ์เครื่องใช้ไฟฟ้าและอิเล็กทรอนิกส์ ๓๓๒,๘๓๙ ตัน ของเสียอันตรายอื่นๆ จากชุมชน (น้ำมันหล่อลื่นใช้แล้ว แบตเตอรี่รถยนต์ ถ่านไฟฉายและหลอดฟลูออเรสเซนต์) ๓๒๖,๑๘๕ ตัน และมูลฝอยติดเชื้อ ๓๙,๔๘๒ ตัน กรุงเทพมหานครและปริมณฑลเป็นพื้นที่ที่มีของเสียอันตรายจากชุมชนเกิดขึ้นมากที่สุด ของเสียอันตรายจากชุมชนส่วนใหญ่ ยังไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง โดยยังคงถูกนำไปกำจัดร่วมกับขยะมูลฝอยทั่วไป การจัดการมูลฝอยติดเชื้อยังคงประสบปัญหา ตั้งแต่แหล่งกำเนิด อันเนื่องมาจากความไม่สมบูรณ์ของระบบคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อภายในสถานพยาบาล และจากสภาพเตาเผาที่ชำรุด การร้องเรียนจากประชาชน และไม่มีการตรวจวัด

มาตรฐานอากาศเสีย จากปล่องควันตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตลอดจนราคาน้ำมันที่เพิ่มสูงขึ้น เป็นผลให้สถานพยาบาลมีแนวโน้มในการส่งมูลฝอยติดเชื้อให้เอกชนกำจัดนอกสถานพยาบาลมากขึ้น โดยไม่มีระบบเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อและไม่มีการควบคุมคุณภาพของเอกชน ที่มาให้บริการดังกล่าว

(๗) ด้านสารเคมีเป็นพิษและสารอันตราย ในรอบสิบปีที่ผ่านมา มีการนำสารอันตรายมาใช้ในการพัฒนาประเทศทั้งด้านอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม โดยเฉลี่ยปีละประมาณ ๓๓ ล้านตัน โดยระหว่างปี พ.ศ.๒๕๔๖-๒๕๕๑ มีการนำเข้าสารอันตรายจากต่างประเทศ ในสัดส่วน ๒๐:๘๐ เมื่อเทียบกับการผลิตภายในประเทศ ทั้งนี้ พบแนวโน้มการผลิตและนำเข้าสารเคมีเพิ่มสูงขึ้นในปี พ.ศ.๒๕๕๒ และ ๒๕๕๓ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ประเทศไทยมีปริมาณการผลิตและนำเข้าสารเคมี รวมประมาณ ๗๙.๙๖ ล้านตัน ซึ่งสารเคมีร้อยละ ๙๓ หรือ ๗๔.๓ ล้านตัน เป็นการผลิตภายในประเทศ ส่วนอีกร้อยละ ๗ หรือ ๕.๖๖ ล้านตัน เป็นการนำเข้าจากต่างประเทศ เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ.๒๕๕๒ พบว่า ปริมาณการผลิตสารเคมีภายในประเทศได้เพิ่มขึ้นกว่าสองเท่าหรือ ๔๑.๒ ล้านตัน

การพัฒนาอุตสาหกรรมและเกษตรเชิงพาณิชย์ ทำให้ประเทศไทยจำเป็นต้องพึ่งวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์ทางเคมีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ การควบคุมและการจัดการสารเคมีและเคมีภัณฑ์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญ นับตั้งแต่ประเภทของสารเคมี การนำเข้า การผลิต การขนส่ง และการใช้สารเคมี

(๘) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย การเกิดสาธารณภัยแต่ละครั้ง มีผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่ และสุขภาพอนามัยของประชาชนที่ประสบภัยโดยตรง โดยเฉพาะด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การขาดแคลนอาหารและน้ำดื่มสะอาด การจัดการขยะ สิ่งปฏิกูล และสถานที่พักอาศัยชั่วคราวให้มีสภาพแวดล้อมที่ถูกหลักสุขาภิบาล ประเด็นปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มีการจัดการในกรณีเกิดสาธารณภัย ได้แก่ ๑) การสุขาภิบาลอาหาร น้ำบริโภค-อุปโภค เพื่อลดการเกิดโรคท้องร่วง และโรคติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ๒) การจัดการสิ่งขับถ่าย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากสิ่งขับถ่าย ๓) การจัดการขยะมูลฝอย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการแพร่พันธุ์ของแมลงวัน และหนู และมลภาวะของน้ำ และลดปัญหาขยะกีดขวางช่องทางระบายน้ำ ทำให้น้ำขัง และเน่าเสีย ๔) การจัดการน้ำเสียในแหล่งน้ำผิวดิน และในบริเวณที่พักอาศัยฉุกเฉินชั่วคราว จุดอพยพหรือบริเวณใกล้เคียง ที่เกิดจากครัวเรือน จุดน้ำทิ้ง การรั่วซึมจากห้องส้วม หรือทางระบายน้ำ น้ำฝนหรือน้ำที่เอ่อท่วม ๕) การสุขาภิบาลที่พักอาศัยชั่วคราว/จุดอพยพ โดยจัดบริการสิ่งอำนวยความสะดวกขั้นพื้นฐาน เช่น วิธีการเก็บอาหาร การกำจัดขยะ เครื่องอำนวยความสะดวกด้านสุขาภิบาลและการชำระล้าง และการระบายน้ำเสีย และ ๖) การควบคุมสัตว์ และแมลงพาหะนำโรค เช่น ยุง แมลงวันชนิดต่างๆ เห็บ หมัดหนู เป็นต้น

สถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ในภาวะฉุกเฉิน และสาธารณภัยที่ผ่านมา เป็นการดำเนินงานแบบแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ไม่มีระบบการรวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล การส่งต่อ และขาดการเชื่อมโยง เพื่อให้เห็นความแตกต่างของพื้นที่ประสบภัยทั่วไป และพื้นที่เสี่ยงกับภัยบางประเภท นำไปสู่การวางแผนกำหนดทิศทางการเตรียมการ และดำเนินการในทุกระยะของภัย ส่วนมีปัญหาด้านการบริหารจัดการที่ไม่มีมาตรฐานแนวทางที่ชัดเจน ขาดการประสานความร่วมมือ และบูรณาการตามบทบาทภารกิจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ทำให้การแก้ปัญหาไม่ตรงจุด และไม่มีประสิทธิภาพ

(๙) การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพยังขาดพลัง ในการคุ้มครองป้องกันสุขภาพ ของประชาชน ที่อาจได้รับผลกระทบจากการพัฒนา ทั้งๆ ที่การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ หรือ Health Impact Assessment (HIA) เป็นเครื่องมือที่ประเทศต่างๆ ทั่วโลกใช้ในการคุ้มครอง ป้องกันสุขภาพของประชาชน ที่อาจได้รับผลกระทบจากการพัฒนา ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่ระดับโครงการ จนถึงระดับนโยบาย องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญ และผลักดันให้ประเทศในยุโรป มีนโยบายและใช้การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพก่อนการพัฒนาในทุกๆ ด้าน และนำไปสู่การมีข้อห่วงใยในประเด็นด้านสุขภาพอยู่ในทุกนโยบาย

สำหรับประเทศไทย มีการดำเนินงานเป็น ๒ แนวทาง คือ นำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพไปใช้เป็นเงื่อนไขภายใต้กฎหมายเพื่อการพิจารณาอนุมัติอนุญาตโครงการ และอีกแนวทางหนึ่ง คือ เพื่อเป็นเครื่องมือในการประกอบการตัดสินใจสำหรับผู้กำหนดนโยบาย การสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ หรือเพื่อการประกอบการออกข้อกำหนด ข้อบังคับในชุมชนท้องถิ่น นอกจากนี้ การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพสามารถใช้เป็นเครื่องเสริมศักยภาพชุมชน เสริมหนุนภาคประชาชน โดยเน้นการหาข้อมูลหลักฐานด้านผลกระทบ และข้อมูลศักยภาพของระดับพื้นที่ ในกระบวนการตัดสินใจสร้างทางเลือกในการพัฒนาของชุมชนเอง

โดยกรมอนามัยขับเคลื่อนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ มีเจตนารมณ์คุ้มครองสุขภาพของประชาชน โดยการกระจายอำนาจ ไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบังคับใช้ เพื่อการดูแลและคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน แต่ปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีนโยบาย และโครงสร้างบุคลากร ในการรองรับการดำเนินงานการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้การดำเนินงานเป็นไปได้ค่อนข้างจำกัด แม้แต่ในท้องถิ่นที่มีประเด็นปัญหาด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหามลพิษนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง และบ่อฝังกลบขยะอุตสาหกรรม จังหวัดสระบุรี เป็นต้น การดำเนินงานด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในปัจจุบัน ยังขาดการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพในทุกระดับ ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและระดับพื้นที่ การระบุตัวชี้วัดทางสุขภาพเพื่อการเฝ้าระวัง ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง กับกระบวนการผลิต และสิ่งคุกคามสุขภาพที่เกิดจากการประกอบกิจการ การดำเนินโครงการ และการกำหนดนโยบาย ตลอดจนการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ด้านการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ และการกำหนดมาตรการและกลไก การติดตามตรวจสอบนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรม ที่อาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

๑.๒ บทบาท โครงสร้าง และกลไกการทำงานในปัจจุบัน

๑.๒.๑ บทบาทกรมอนามัย

กรมอนามัย เป็นหน่วยงานราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในอดีต กรมอนามัย คือ กรมสาธารณสุข ในสังกัดกระทรวงมหาดไทย ต่อมาในปี พ.ศ.๒๔๘๕ มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม และมีการสถาปนากระทรวงการสาธารณสุขขึ้น กรมสาธารณสุข จึงเป็นกรมหนึ่งในกระทรวงการสาธารณสุข จนกระทั่งปี พ.ศ.๒๔๙๕ จึงมีการเปลี่ยนชื่อ จาก กระทรวงการสาธารณสุข เป็น กระทรวงสาธารณสุข และ กรมสาธารณสุข เป็น กรมอนามัย ตามประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม ๖๙ ตอนที่ ๑๖ วันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๔๙๕ โดยมีอธิบดีกรมอนามัยคนแรก คือ นายแพทย์พยุง พยุงเวช และกรมอนามัยจึงถือว่าวันที่ ๑๒ มีนาคม เป็นวันสถาปนากรมอนามัย

ต่อมาปี พ.ศ. ๒๕๐๖ ได้มีพระราชกฤษฎีกาแบ่งส่วนกรมอนามัยขึ้นใหม่ โดยมีการเพิ่มส่วนราชการระดับกองในส่วนกลาง นับเป็นยุคแห่งการบุกเบิก สานต่องานพัฒนาอนามัยในชนบทที่ได้วางรากฐานไว้ก่อนแล้ว เป็นการพัฒนารูปแบบวิธีการดำเนินงานเพื่อเป็นต้นแบบ ขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมและกว้างขวาง

ปี พ.ศ.๒๕๑๕ กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับโครงสร้างการบริหาร กรมอนามัยเปลี่ยนชื่อเป็นกรมส่งเสริมสาธารณสุข ส่งผลให้งานกรมอนามัยส่วนหนึ่งไปรวมอยู่กับกรมการแพทย์และอนามัย อีกส่วนหนึ่งโอนไปสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง จนถึงปี พ.ศ.๒๕๑๗ มีพระราชกฤษฎีกาปรับปรุงแบ่งส่วนราชการใหม่ โอนงานบางส่วนจากกรมการแพทย์และอนามัย กรมส่งเสริมสาธารณสุข มาขึ้นกับกรมอนามัย ซึ่งเป็นยุคที่มีการดำเนินงานตามภารกิจหลักด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเด่นชัดขึ้น ต้องใช้ความรู้และความจัดเจนด้านวิชาการ การบริหารจัดการและประสานสัมพันธ์กับหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อกำหนดรูปแบบการดำเนินงานและใช้กลยุทธ์ที่สอดรับกับสถานการณ์และข้อจำกัดต่างๆ

ปี พ.ศ.๒๕๔๕ มีการประกาศใช้ พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ.๒๕๔๕ ส่งผลให้กองอาชีวอนามัย ไปอยู่กับกรมควบคุมโรค และกองประปาชนบทและบางส่วนของสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อม เขต ๑-๑๒ ไปสังกัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจนถึงปัจจุบัน

ภารกิจและหน้าที่ของกรมอนามัยในสมัยแรก คือ การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค ป้องกันโรค และงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ต่อมาได้มีการมีการแยกงานควบคุมโรค ออกจากกรมอนามัยไปอยู่ในความรับผิดชอบของกรมควบคุมโรค

ปัจจุบันกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหลัก ในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชน เป็นโดยมีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนา และถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้และ

ทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชน รวมตลอดจนถึง การสนับสนุนให้หน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยมีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) กำหนดและพัฒนานโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนงานหลัก ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ

(๒) ศึกษา วิจัย และพัฒนาองค์ความรู้และเทคโนโลยีการบริการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

(๓) กำหนดและพัฒนาคุณภาพ มาตรฐานและกฎเกณฑ์ รวมทั้งการรับรองมาตรฐาน การบริการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม

(๔) พัฒนาระบบและกลไกเครือข่ายในการเฝ้าระวังสถานะทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อม รวมทั้งการพัฒนาระบบประเมินผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระดับชาติ ระดับท้องถิ่นระดับโครงการหรือกิจกรรม

(๕) พัฒนาระบบ กลไก และดำเนินงานตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

(๖) ถ่ายทอด และพัฒนาศักยภาพ ขีดความสามารถ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพแก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคี เครือข่าย และชุมชน

(๗) ประสานงาน ร่วมมือ สนับสนุน และติดตามนิเทศงานหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคี เครือข่าย รวมทั้งการประสานงานระหว่างประเทศ ในงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

(๘) สร้างกระแสสังคม และรณรงค์เผยแพร่องค์ความรู้และเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในสังคม

(๙) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกรม หรือตามที่รัฐมนตรี หรือคณะรัฐมนตรีมอบหมาย โดยมีหน่วยงานระดับเขตรองรับบทบาทดังนี้

ศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๒

มีอำนาจหน้าที่ดังต่อไปนี้

(๑) ศึกษา วิจัย พัฒนาและบริการวิชาการ เพื่อประยุกต์ใช้องค์ความรู้และเทคโนโลยี ด้านการบริการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของท้องถิ่น

(๒) สนับสนุนการดำเนินการเฝ้าระวังสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และสภาพแวดล้อมเพื่อสุขภาพในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๓) เสริมสร้างศักยภาพ ขีดความสามารถและความเข้มแข็ง ให้แก่หน่วยงานส่วนภูมิภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ในการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบตามมาตรฐานและกฎหมาย

(๔) รณรงค์ เผยแพร่ความรู้ และเทคโนโลยีด้านบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม แก่เครือข่ายประชาชนในระดับพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๕) สนับสนุนและกำกับคุณภาพการรับรองมาตรฐาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของหน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

(๖) ประสานงาน ร่วมมือ สนับสนุน และติดตามนิเทศงานหน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคี เครือข่าย ในงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การอนามัยสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

(๗) ปฏิบัติงานร่วมกับ หรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง หรือที่ได้รับมอบหมาย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

มีฐานะเป็นกลุ่มงานหนึ่งของศูนย์อนามัย

(๑) วิจัย พัฒนา และผลิตนวัตกรรม รูปแบบการบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับโรงพยาบาลระดับต่างๆ

(๒) ดำเนินงานและพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลที่ส่งเสริมและรักษาสิ่งแวดล้อม

(๓) ดำเนินงาน และพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ และศูนย์สาธิตรูปแบบบริการ ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุขและภาคี

(๔) ฝึกอบรม เผยแพร่ ถ่ายทอด องค์ความรู้ นวัตกรรม แผนงานโครงการที่เกี่ยวข้อง ให้กับภาคีเครือข่าย

(๕) ผลิตและพัฒนาหลักสูตรด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง กับหน่วยบริการสาธารณสุขระดับต่างๆ

(๖) ประเมินรับรองคุณภาพโรงพยาบาลด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

(๗) พัฒนาศูนย์ข้อมูลข่าวสาร คลังความรู้และนวัตกรรม

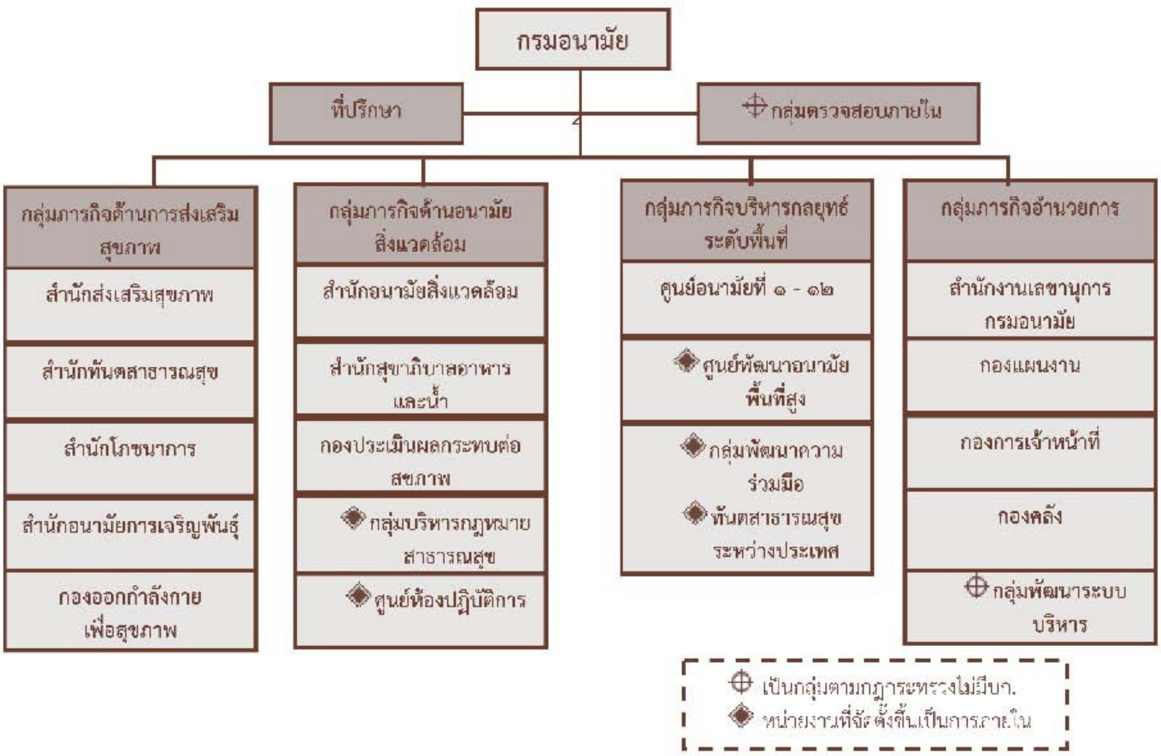
(๘) พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล

(ที่มา : เอกสารโครงสร้างการบริหารงานของกรมอนามัย และหน่วยงานในสังกัด ตามกฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๒ หน้า ๗๑–๗๒)

๑.๒.๒ โครงสร้างของกรมอนามัย

สืบเนื่องจาก กฎกระทรวงแบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๒ ให้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีการศึกษาวิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชน รวมตลอดจนถึงการสนับสนุนให้หน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้า จึงมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างกรมอนามัย ตามแผนภาพที่ปรากฏ

แผนภาพที่ ๒ โครงสร้างกรมอนามัย



๑.๒.๓ ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในปัจจุบัน

มีโครงสร้างองค์กร และกลไกการบริหารระบบ ดังนี้

๑. ระดับชาติ มีนโยบายและยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพประชากรทุกกลุ่มวัย มีกลไกการกำหนดแผนยุทธศาสตร์อนามัยสิ่งแวดล้อมระดับชาติ กลไกวิชาการจากหน่วยงานและผู้ทรงคุณวุฒิ ทั้งภายในและภายนอก กลไกการติดตามประเมินผล ทั้งนี้มีองค์กรระดับชาติที่สำคัญ ได้แก่ กรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กระทรวงและหน่วยงานอื่นๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทยและองค์กรต่างๆ ร่วมส่งเสริม สนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อดำเนินการส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี

๒. ระดับเขต กระทรวงสาธารณสุขมีผู้ตรวจราชการกระทรวง และศูนย์วิชาการของกรมต่างๆ กำกับ ดูแล ติดตามและสนับสนุน การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ผ่านกลไก คณะกรรมการประสานการพัฒนางานสาธารณสุขเขต (คปสข.) และอนุกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตพื้นที่ (อปสข.) ภายใต้กรอบ ๔ ประเด็น ได้แก่ เป้าหมาย/ตัวชี้วัด แผนงาน/กลยุทธ การติดตามประเมินผล และรูปแบบการบริหารเงิน PP ที่เกี่ยวข้อง

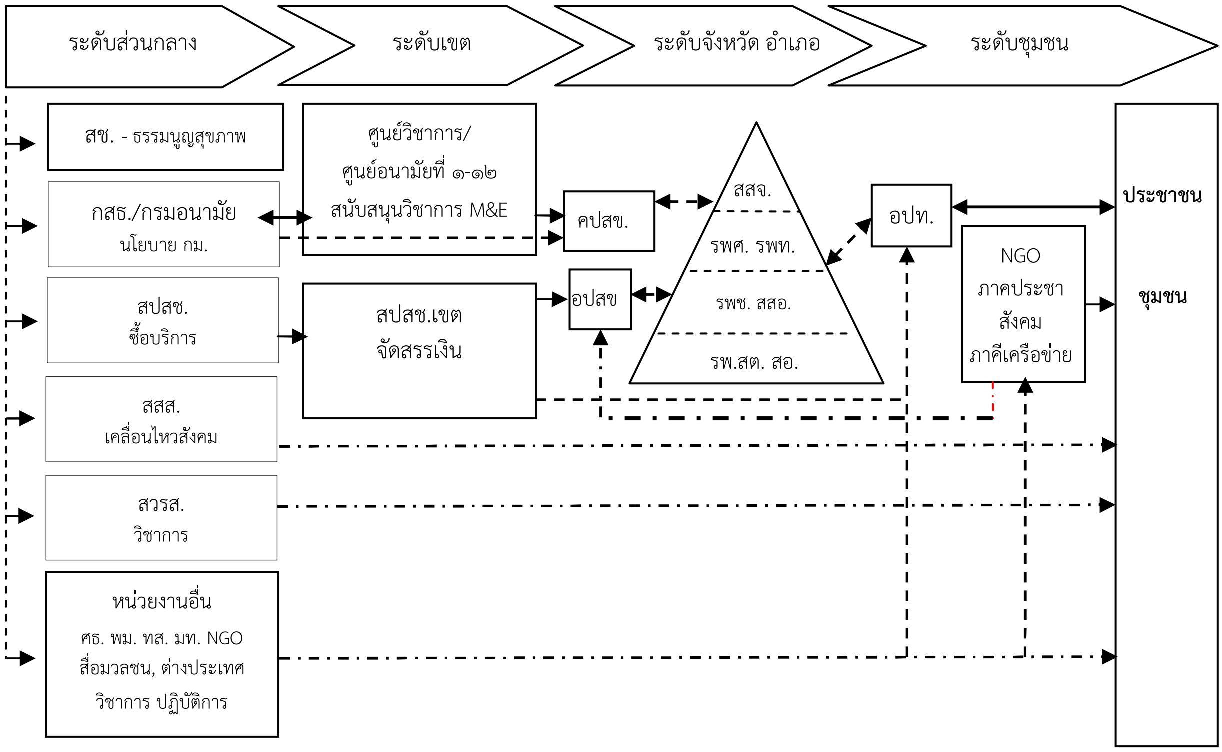
๓. ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) มีบทบาทสำคัญในการกำกับดูแลติดตามผลการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในจังหวัด ผ่านหน่วยบริการของ

กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ สำนักงานทรัพยากรสิ่งแวดล้อมจังหวัด อุตสาหกรรมจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น เพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงระดับเขต

๔. ระดับอำเภอ จะทำงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมกับหน่วยงานและท้องถิ่นในพื้นที่ผ่านกลไกคณะกรรมการระดับอำเภอที่มีองค์ประกอบจากผู้เกี่ยวข้อง โดยมีบทบาทการบริหารงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่อำเภอ ภายใต้กรอบแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดและงบประมาณที่มีอยู่ในพื้นที่

๕. ระดับชุมชน สถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จัดบริการส่งเสริมสุขภาพให้กับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่ โดยมีกองทุนสุขภาพตำบลซึ่งได้รับสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

แผนภาพที่ ๓ ระบบโครงสร้างองค์กร และกลไกการบริหารจัดการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน



๑.๒.๔ หน่วยงานและภาคีการดำเนินงาน ในระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ประกอบด้วย

๑) **หน่วยงานภาครัฐ ทั้งภายในและนอกกระทรวง** กล่าวคือ ภายในกระทรวง มีสำนักงานปลัดกระทรวง : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น และกระทรวงต่างๆ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ สพฐ. กศน. ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียนชุมชน ศูนย์การเรียนรู้ชาวไทยภูเขาแม่ฟ้าหลวง กระทรวงพัฒนาความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน เช่น

สำนักงานประกันสังคม กระทรวงวัฒนธรรม เช่น สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ วัด โรงเรียนพระปริยัติธรรม สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เช่น กรมควบคุมมลพิษ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม สำนักนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อม สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมภาค และเขต กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานคณะกรรมการกองทุนพัฒนาบทบาทสตรี สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

๒) **องค์กรภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข** ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

๓) **สถาบันวิชาการ/องค์กร/เครือข่ายวิชาชีพ** ได้แก่ สถาบันพระบรมราชชนก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล เครือข่ายองค์กรวิชาชีพ สภาวิชาชีพด้านสุขภาพ เครือข่ายมหาวิทยาลัย เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายประชาชน

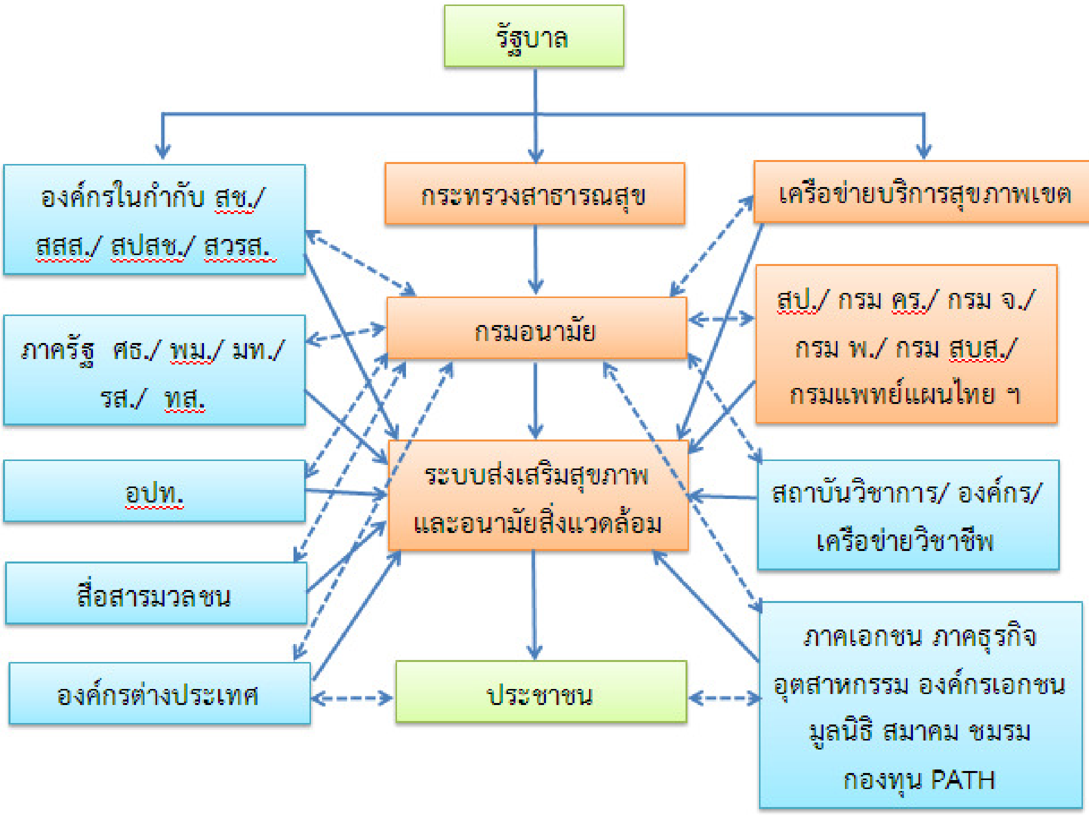
๔) **องค์กรเอกชน มูลนิธิ สมาคม ชมรม กองทุน** ได้แก่ สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ ชมรมหญิงชายวัยทอง ชมรมผู้ประกอบการร้านอาหารและตลาด ชมรมส้วมยิ้ม ชมรมผู้สูงอายุทั่วประเทศ กองทุนพัฒนาเด็กและเยาวชนในถิ่นทุรกันดาร PATH สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย สมาคมอนามัยสิ่งแวดล้อม บริษัทน้ำมันเชื้อเพลิง ปตท. บางจาก มูลนิธิสมาคมโรคข้อแห่งประเทศไทย โฮมโปร ห้างสรรพสินค้าสภาอุตสาหกรรม มูลนิธิถันยรักษ์ สถาบันโภชนาการแห่งชาติ มูลนิธิรักษ์ไทย สมาคมวัยหมดระดูแห่งประเทศไทย มูลนิธิศูนย์นมแม่ มูลนิธิโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียแห่งประเทศไทย สถานประกอบการผลิตชุดชั้นในสตรี ฯลฯ

๕) **ท้องถิ่น** ได้แก่ เทศบาล อบต. กทม. สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย

๖) **สื่อมวลชน** ได้แก่ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย (ไทยทีพีเอส) วารสารหมออนามัย วิทยุชุมชนฯลฯ

๗) **องค์กรต่างประเทศ** เช่น JICA, WHO Collaborating Centre for Health Promotion in Hospital & Health Care, UNICEF, Global Fund (กองทุนโลก), TUC (ศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐด้านสาธารณสุข), Thailand-U.S.CDC Collaboration

จะเห็นได้ว่า มีหน่วยงานมากมายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ จึงอาจกล่าวได้ว่าประเทศไทยมีโครงสร้างเพียงพอแก่การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม แต่บทบาทหน้าที่การดำเนินการยังทับซ้อน แยกส่วน ไม่บูรณาการและไม่เป็นเอกภาพ ส่วนใหญ่จะเป็นภาคีปฏิบัติการมากกว่าเป็นภาคียุทธศาสตร์ จึงขาดเป้าหมาย เข็มมุ่งเพื่อสร้างสุขภาพให้มากกว่าการซ่อมสุขภาพได้ดังภาพ



๑.๒.๕ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

๑) ด้านส่งเสริมสุขภาพ

(๑) คณะกรรมการประสานการพัฒนานโยบายการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคธาลัสซีเมียแห่งชาติ

(๒) คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็ก

(๓) คณะกรรมการผลักดันงานส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนและเยาวชน

(๔) คณะอนุกรรมการพิจารณาหลักเกณฑ์มาตรฐานกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

(๕) คณะกรรมการโครงการสตรีไทยสุขภาพดี Healthy Women ภายใต้นโยบายสร้างสรรค์ให้พลังสตรีเป็นพลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ

(๖) คณะกรรมการพัฒนางานอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ

(๗) คณะกรรมการควบคุมโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติ โดยสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ทรงเป็นองค์ประธาน

(๘) คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านเอดส์ในแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข

(๙) คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

๒) ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

(๑) คณะกรรมการสาธารณสุข

(๒) คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ

(๓) คณะกรรมการควบคุมมลพิษ

(๔) คณะกรรมการอนามัยสิ่งแวดล้อม

(๕) คณะกรรมการทรัพยากรน้ำแห่งชาติ

(๖) คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนายุทธศาสตร์การจัดการสารเคมี

(๗) คณะกรรมการนโยบายการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศแห่งชาติ

(๘) คณะกรรมการส้วมสาธารณะไทย

(๙) คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ (กปภช.)

(๑๐) คณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

๑.๒.๖ กฎหมาย ข้อตกลง และกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง

๑) ด้านส่งเสริมสุขภาพ

๑.๑) กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(๑) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ ๖)

(๒) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง เกลือบริโภค

(๓) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ผลิตภัณฑ์ปรุงรสที่ได้จากการย่อยโปรตีนของถั่วเหลือง (ฉบับที่ ๒)

(๔) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำปลา (ฉบับที่ ๒)

(๕) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำเกลือปรุงอาหาร

๑.๒) ข้อตกลงและกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ

(๑) โครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง รวมทั้งกลุ่มอื่นๆ ที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (The Project of Long-Term Care Service Development for the frialeldery and orther vulnerable people : LTOP)

(๒) ความร่วมมือด้านประชากร อนามัยการเจริญพันธุ์ และการวางแผนครอบครัว กับกระทรวงประชากรและการวางแผนครอบครัว ประเทศจีน

๒) ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

๒.๑) กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(๑) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐

(๒) พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๐

(๓) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

(๔) พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๓๕

(๕) พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย (ฉบับที่ ๓) พ.ศ.๒๕๕๑

(๖) พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ.๒๕๓๕

(๗) พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๘) พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ.๒๕๒๒

(๙) พระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง พ.ศ.๒๕๓๕

(๑๐) พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ.๒๕๔๕

(๑๑) พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ.๒๕๕๐

(๑๒) พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ.๒๕๒๒

๒.๒) ข้อตกลงและกรอบความร่วมมือระหว่างประเทศ

(๑) การประชุมสุดยอดระดับโลกว่าด้วยการพัฒนาที่ยั่งยืน (World Summit on Sustainable Development)

(๒) เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals: MDGs)

(๓) กฎบัตรความร่วมมือด้านอนามัยและสิ่งแวดล้อมของประเทศ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก - กรอบความร่วมมือ (Charter of the Regional Forum on Environment and health Southeast and East Asian Countries – Framework for Cooperation)

(๔) กฎบัตรออตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter on Health Promotion)
(๕) กฎบัตรกรุงเทพฯ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ในโลกยุคโลกาภิวัตน์ (The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World)
(๖) กฎอนามัยระหว่างประเทศ (International Health Regulation: IHR 2005)
(๗) อนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (United Nation Framework Convention on Climate Change: UNFCCC) และพิธีสารเกียวโต (Kyoto Protocol)
(๘) อนุสัญญาบาเซล ว่าด้วยการควบคุมกรเคลื่อนย้ายข้ามแดนของของเสียอันตรายและการกำจัด (Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Wastes and their Disposals)
(๙) อนุสัญญาสตอกโฮล์มว่าด้วยสารมลพิษที่ตกค้างยาวนาน (Stockholm Convention on Persistent Organic Pollutants: POPs)
(๑๐) อนุสัญญารอตเตอร์ดัมว่าด้วยกระบวนการแจ้งข้อมูลสารเคมีล่วงหน้า สำหรับสารเคมีอันตรายและสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช และสัตว์บางชนิดในการค้าระหว่างประเทศ (Rotterdam Convention on the Prior Informed Consent Procedure for Certain Hazardous Chemicals and Pesticides in International Trade)
(๑๑) ข้อเสนอจากโกเบเพื่อให้เกิดการปฏิบัติ (Kobe Call to Action) เรื่อง ความเป็นเมืองและสุขภาพ
(๑๒) ปฏิญญามะนิลาว่าด้วยการสุขาภิบาลและสุขอนามัย
(๑๓) ประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน

๑.๓ กรอบแนวคิด แนวทางการศึกษา และวิธีการสังเคราะห์

๑.๓.๑ กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อปรับบทบาทกรมอนามัย

ประกอบด้วย

๑) แนวคิดการเปลี่ยนแปลงองค์กร

๒) แนวคิดการ "วิเคราะห์ช่องว่างองค์กร" หรือ Gap Analysis

๓) ผลลัพท์ที่ประชาชน

๔) ระบบการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์

๕) แนวทางการปรับโครงสร้าง และบทบาทการทำงานกระทรวงสาธารณสุข สู่ บทบาทขององค์กรหลัก ด้านสุขภาพระดับประเทศ (National Health Authority : NHA)

๑) แนวคิดการเปลี่ยนแปลงองค์กร (Kurt Lewin) เพื่อนำมาใช้อธิบาย สาเหตุของการเปลี่ยนแปลง ที่มีอยู่หลายประการกล่าวคือ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่เป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับโลกภูมิภาคและประเทศ การบริหารราชการแผ่นดิน กฎระเบียบ ข้อบังคับ และปัจจัยภายใน ได้แก่ นโยบายของหน่วยงาน บทบาท โครงสร้างและกลไกระบบการทำงาน รวมทั้งใช้วางแผนในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงอย่างมีแผนในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่

(๑) ระยะยอมรับถึงความจำเป็น (Unfreezing) การยอมรับถึง ความจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงด้วยข้อมูลสถานการณ์ที่สามารถใช้ในการคาดเหตุการณ์ล่วงหน้า เพื่อดำเนินการเปลี่ยนแปลงก่อนที่จะเกิดภาวะวิกฤตได้ ประกอบด้วย ๑) ความจำเป็นของการเปลี่ยนแปลง ๒) การสร้างบรรยากาศที่เหมาะสมต่อการเปลี่ยนแปลง ๓) วิเคราะห์ปัญหาต่างๆ การเปลี่ยนแปลง ๔) แสวงหาวิธีการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม ๕) เลือกเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลง

(๒) ระยะดำเนินการเปลี่ยนแปลง (Changing) เป็นขั้นตอนของ การนำแผนงานวิธีการและเทคนิคต่างๆ ลงสู่การปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพที่ต้องการ ที่อาจเผชิญกับการต่อต้านหรือวางเฉยต่อการเปลี่ยนแปลงในระหว่างการลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลง

(๓) ระยะรักษาสภาพใหม่ให้อยู่กับองค์การได้ถาวร (Refreezing) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นแล้ว จะทำให้การเปลี่ยนแปลงใหม่ในด้านต่างๆ ที่เกิดขึ้นคงอยู่และกลายเป็นส่วนหนึ่งขององค์การต่อไป ซึ่งมีสิ่งที่ต้องพิจารณาก็คือ การเปลี่ยนแปลงใหม่ที่เกิดขึ้นมีประสิทธิผลหรือไม่ และขั้นตอนต่อเนื่องที่จะต้องเปลี่ยนแปลงต่อไปเป็นอย่างไร ด้วยการทำให้เป็นส่วนหนึ่งขององค์การ (Institutionalization) โดยการสร้างองค์การแห่งการเรียนรู้ (Learning organization) เพื่อกระตุ้นทุกคนในองค์การให้มีนิสัยการเรียนรู้ตลอดเวลา และพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงเสมอ ประกอบด้วย ๑) การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง ๒) ประสิทธิผลการปรับปรุงเครื่องมือในการเปลี่ยนแปลงเท่าที่จำเป็น ๓) ปริมาณ และคุณภาพของงานเพื่อพัฒนาต่อเนื่อง

๒) แนวคิดการ "วิเคราะห์ช่องว่างองค์กร" หรือ Gap Analysis

การ "วิเคราะห์ช่องว่างองค์กร" หรือ Gap Analysis จัดทำขึ้น เพื่อรายงานสรุปสถานะขององค์กรที่เน้นบทบาท โครงสร้าง และระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมปัจจุบันว่า ในทางปฏิบัติที่เป็นอยู่จริง ยังมีกิจกรรมหรืองานใด ที่อาจเป็นช่องว่างหรือเป็นส่วนที่ยังไม่มี เมื่อเทียบกับระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์ ที่ได้จากการทบทวนระบบต่างประเทศ ที่มีพัฒนาการก้าวหน้า ซึ่งอาจจะเรียกเป็น Best Practice การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ อดีตผู้บริหารระดับสูงหรือร่วมประชุมกันในกลุ่มงาน สำนัก กอง ของกรมอนามัยที่เกี่ยวข้อง การวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ภายใต้กรอบข้อเสนอแนะเชิงนโยบายการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion System) ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๕๔ ทั้งนี้ผลการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap Analysis) จะนำมาเพื่อทำแผนดำเนินการ (Action Plan) เพื่อลดช่องว่างที่มีอยู่เพื่อก้าวสู่ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์

การ "วิเคราะห์ช่องว่างองค์กร" หรือ Gap Analysis จึงใช้แนวคิดระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์ เป็นบรรทัดฐาน เพื่อการเปรียบเทียบกับการปฏิบัติจริง ทำให้เรารู้ว่าเราอยู่ที่จุดไหน และแห่งใดที่เราจะพัฒนาไปให้ถึง ด้วยคำถามสำคัญดังนี้

(๑) อะไรคือเป้าหมายที่เราต้องการมุ่งไปถึง หรือ ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่พึงประสงค์ น่าจะเป็นอย่างไร

(๒) สถานการณ์ปัจจุบันของกรมอนามัยเป็นอย่างไรในเรื่องที่คิดไว้ในข้อ (๑)

(๓) ช่องว่าง หรือความแตกต่างระหว่างสิ่งที่มีกับสิ่งที่อยากมีคืออะไร

(๔) ทำอย่างไรจึงจะอุดช่องว่าง หรือลดช่องว่างนั้นได้

การวิเคราะห์ช่องว่างองค์กร (Gap Analysis) ครั้งนี้จึงได้ใช้กรอบแนวคิดของแมคคินซีย์ (McKinsey’s 7S Framework) ประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ๗ ปัจจัย ที่มีอักษรตัว “S” เป็นคำนำหน้าปัจจัยทั้งเจ็ดสามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ ส่วนใหญ่ๆ คือ ปัจจัยด้านแข็ง (Hard Elements) คือ โครงสร้างองค์กร (Structure) กลยุทธ์ (Strategy) ระบบ (System) และปัจจัยด้านอ่อน (Soft Elements) คือรูปแบบการบริหารจัดการ (Style) บุคลากร (Staff) ทักษะเฉพาะและสมรรถนะของบุคลากร (Skill) ค่านิยมร่วม (Shared Value) โดยที่ปัจจัยด้านแข็งตามแนวคิดของแมคคินซีย์ เป็นปัจจัยที่สามารถระบุหรือชี้บ่งได้ง่าย รวมทั้งการจัดการต่อปัจจัยเหล่านี้ สามารถดำเนินการได้โดยตรง ไม่ว่าจะเป็นการกำหนดกลยุทธ์ การกำหนดโครงสร้างองค์กร และการพัฒนาระบบก็ตาม การวิเคราะห์ช่องว่างองค์กร (Gap Analysis) จึงเน้นการวิเคราะห์ด้านแข็ง (Hard Elements) เป็นสำคัญดังนี้

(๑) กลยุทธ์ (Strategy) เป็นการวางแผนและนโยบาย เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความสามารถ ทางการดูแลและอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และเพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กร

(๒) โครงสร้างองค์กร (Structure) เป็นวิถีทางที่องค์กรถูกวางความสัมพันธ์ ระหว่างอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบในรูปของผังองค์กร (Organization Chart) ขนาดการควบคุม การรวมอำนาจหรือการกระจายอำนาจของผู้บริหาร รวมทั้งการกำหนดลำดับของการรายงาน ในรูปของสายการบังคับบัญชา (Line of Command) และบทบาทหน้าที่ขององค์กร

(๓) ระบบ (System) เป็นกิจกรรมประจำวันและกระบวนการที่ผู้ปฏิบัติงานร่วมกันรับผิดชอบ ในการทำให้งานบรรลุความสำเร็จ กระบวนการและลำดับขั้นการปฏิบัติงานเหล่านี้ จะเป็นระบบที่ต่อเนื่องสอดคล้องประสานกันทุกระดับ ในที่นี้จะหมายถึง ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

สำหรับปัจจัยด้านอ่อน (Soft Elements) คือ รูปแบบการบริหารจัดการ (Style) บุคลากร (Staff) ทักษะเฉพาะและสมรรถนะของบุคลากร (Skill) ค่านิยมร่วม (Shared Value) จะเป็นสิ่งที่อธิบายได้ยากกว่า จับต้องได้น้อยกว่าปัจจัยด้านแข็ง และจะได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมองค์กรมากกว่า อย่างไรก็ตามในการพัฒนาองค์กรไปสู่ความสำเร็จนั้น ได้พิจารณาทั้งปัจจัยด้านแข็งและปัจจัยด้านอ่อน ที่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากันด้วย จึงยังไม่ลงรายละเอียดในการวิเคราะห์ครั้งนี้

นอกจากการวิเคราะห์ช่องว่างองค์กร (Gap Analysis) แล้วยังใช้การพิจารณาความสอดคล้องกับแผนงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระทรวงสาธารณสุข และผนวกผลการศึกษาความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อกระบวนการวางแผนปรับบทบาท ใช้เป็นกรอบในการพิจารณาการจัดทำกรอบการเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่ ฉบับนี้ด้วย

๓) ผลลัพท์ที่ประชาชน

ประชาชนจะมีแนวคิด จิตตระหนักรู้การส่งเสริมสุขภาพในตัวเอง(Health Promotion Mind/Concept) และความสามารถในด้านสุขภาพ (Health Literacy) ๖ ประการ คือ

๑. ความสามารถในการเข้าถึงซึ่งแหล่งความรู้ หรือการได้มาซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ (Access)
๒. คือการมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน (Cognitive)
๓. คือความสามารถในการนำความรู้ความเข้าใจมาสื่อสารแลกเปลี่ยนกันระหว่างกลุ่มเพื่อร่วมกันวิเคราะห์เปรียบเทียบและประเมินก่อนที่จะตัดสินใจ (Communication Skill)
๔. ความสามารถในการตัดสินใจเลือกที่จะกระทำหรือไม่กระทำใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ (Decision Skill)
๕. การดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวและชุมชน (Self-Management)
๖. การรู้เท่าทันสื่อเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดี (Media Literacy)

๔)ระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ จะไปเพิ่มความสามารถ (Enabling) ให้กับแต่ละปัจเจกชน/ชุมชน เพื่อให้สามารถควบคุมหรือยกระดับสุขภาพของตน/ชุมชน รวมถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Determinants of Health) ได้ เพราะฉะนั้นธรรมชาติของระบบการส่งเสริมสุขภาพ จึงต้องมีหลายภาคีเครือข่าย ทั้ง Health & Non Health Sectors เข้ามาร่วมในการดำเนินงาน และระบบส่งเสริมสุขภาพ จะต้องสัมพันธ์กับระบบการควบคุมโรค ระบบการคุ้มครองผู้บริโภค และระบบบริการสุขภาพ และสามารถที่จะตอบสนองปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศในปัจจุบันนอกจากการยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ(Determinants of Health) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ (Socioeconomic Determinants) นั้นจำเป็นต้องมีกระบวนการเพื่อที่จะ

บูรณาการเพื่อให้ทิศทางในการพัฒนา ทั้งสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม(Socioeconomic Determinants & Environment) สอดคล้องกับทิศทางการยกระดับสุขภาพ หรือการแก้ปัญหาสุขภาพที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศระบบการส่งเสริมสุขภาพ จึงประกอบไปด้วย ๓ กระบวนการหลัก ได้แก่

(๑) System Governance & Internal Process คือกระบวนการภายในกระทรวงสาธารณสุขที่จะจัดการระบบการส่งเสริมสุขภาพรวมถึงเรื่องธรรมาภิบาล (System Governance) ด้วย

(๒) Intersectoral Collaboration Process คือกระบวนการที่กระทรวงสาธารณสุข ที่เป็น National authority ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของประเทศ ที่จะประสานภาคีเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ (UN , WHO , Unicef ,UNFPA etc) ทั้ง Health Sectors และ Non Health Sectors รวมถึงหน่วยงาน ส. ต่างๆ ได้แก่ สปสช. สวรส สสส สช. เพื่อให้การขับเคลื่อนกระบวนการส่งเสริมสุขภาพของประเทศ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

(๓) Non Health Sectors Process คือกระบวนการที่กระทำโดยหน่วยงานอื่นที่เป็นภาคีเครือข่าย ที่เป็น Non Health Sectors ที่จะยกระดับของ Socioeconomic Determinants of Health และ Environment ที่สัมพันธ์กับ Health Promotion & Environmental Health Outcome หรือ Health Outcome มักเกิดหลัง Intersectoral process โดยเครื่องมือที่ใช้ได้แก่ MOU กฎหมายหรือธรรมนูญที่ผูกพันหน่วยงานอื่นต้องปฏิบัติ

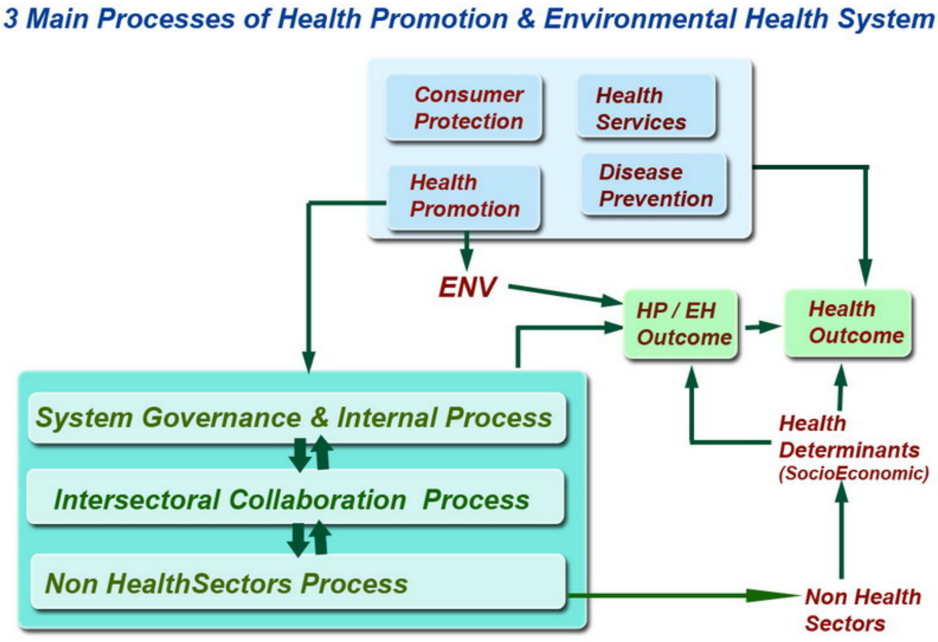
โดยเฉพาะภาคีในระบบที่สำคัญที่จะทำหน้าที่ให้บริการในอนาคตด้วยระบบการกระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้น ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้ถ่ายโอนสถานีอนามัย ๒๘ แห่งให้องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)และเทศบาลตำบล(ทต.)ขณะเดียวกันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามลำดับ ระบบส่งเสริมสุขภาพที่ดีต้องเป็นไปเพื่อให้

(๑) ท้องถิ่นสามารถรองรับพันธกิจตามกฎหมายการจัดตั้งองค์กรปกครองท้องถิ่นได้อย่างมีคุณภาพ

(๒) ความเพียงพอและศักยภาพของบุคลากรองค์กรปกครองท้องถิ่น

(๓) ระบบงานของท้องถิ่นมีประสิทธิภาพ

ดังภาพระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์



แผนภาพที่ ๔ แสดงระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ที่พึงประสงค์

ระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พึงประสงค์ จึงเป็นระบบ

(๑) เป็นระบบการนำในภาพรวมที่เป็นเอกภาพ เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ ได้อย่างเป็นรูปธรรม

(๒) ทุกหน่วยงานภายในและนอกกระทรวงสาธารณสุข และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าใจบทบาทหลัก ของระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อม และนำไปประยุกต์ใช้/บูรณาการแผนงาน/โครงการ เพื่อการพัฒนาหรือยกระดับสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพ และมีการพัฒนางานให้เกิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

(๓) มีระบบการเงินการคลังเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เพียงพอ ยั่งยืน เป็นธรรมและคุ้มค่า ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ มีความครอบคลุมและมีคุณภาพ

(๔) มีระบบการติดตามภาพรวมของสถานการณ์ การควบคุมกำกับ และการจัดการข้อมูลข่าวสารและสร้างองค์ความรู้ เพื่อสนับสนุนการกำหนดทิศทาง นโยบายและยุทธศาสตร์ การกระจายทรัพยากร รวมถึงการปรับปรุงระบบบริการ ที่มีประสิทธิภาพ

(๕) มีการบริหารจัดการแบบสหภาคี และมีระบบการสนับสนุน เพื่อให้ภาคีเครือข่าย รวมถึงหน่วยงานต่างๆทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข สามารถแสดงบทบาทหน้าที่ของตนในระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างเต็มศักยภาพ และมีประสิทธิภาพ

(๖) ประชาชนได้รับการคุ้มครอง โดยได้รับสิทธิตามกฎบัตร/กฎหมาย อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ผลิตภัณฑ์หรือบริการที่มีระบบการตรวจสอบความปลอดภัยและได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ รวมถึงมีการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อให้สามารถตัดสินเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบทและปฏิบัติตนได้อย่างรู้เท่าทันสุขภาพ

จึงสรุปได้ว่าระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ที่พึงประสงค์

๑.เป็นระบบที่มีการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

๒.เป็นระบบที่บูรณาการอย่างมีเอกภาพ

๓.เป็นระบบที่ตอบสนองต่อการดำเนินงานบนหลักการกระจายอำนาจ

๔.เป็นระบบที่ยึดหลักการบริหารธรรมาภิบาล

๕.เป็นระบบทีอำนวยความยุติธรรม

๖.เป็นระบบที่เชื่อมโยงในระดับสากล

ผลที่ประชาชนจะได้รับจากระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ

(๑) ประชาชนได้รับการคุ้มครองทั้งทางด้านสุขภาพ และสิทธิพลเมือง ตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญหรือกฎหมายต่างๆ

(๒) ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้ทางสุขภาพ การแจ้งเตือนความเสี่ยง (Risk Communication) ได้รับการเสริมพลังจนรู้เท่าทันสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งถือเป็นภูมิคุ้มกันตนเองจากภัยคุกคามสุขภาพ รวมถึงทราบวิธีการปฏิบัติที่จะทำให้สุขภาพดีขึ้น คงสภาพ คืนสภาพ (Improve, Maintain, Restore Health)

(๓) ประชาชนอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (healthy Setting & Environment) ทั้งที่บ้าน ในชุมชน (Healthy City) ในที่ทำงาน (Healthy Work place)

(๔) ประชาชนเข้าถึงบริการสาธารณะที่ปลอดภัย ได้แก่ Healthy Market, Healthy Toilet, Clean Food Good Taste ฯลฯ

(๕) ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพจากระบบบริการอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม มีคุณภาพครบทุกกลุ่มวัยอย่างน้อยตามที่กำหนดไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

(๖) ประชาชนเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและ ระดับชุมชน อย่างครอบคลุม มีคุณภาพและเป็นธรรม และมีระบบประกันคุณภาพ (Quality Assurance) ของผลิตภัณฑ์และบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

(๗) ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม จากหลายภาคส่วนและหลายแหล่งงบประมาณ โดยมีทิศทางที่สอดประสานกันที่จะแก้ปัญหาสุขภาพ หรือยกระดับสุขภาพ / ปัจจัยกำหนดสุขภาพของพื้นที่

๕) แนวทางการปรับโครงสร้างและบทบาทการทำงานกระทรวงสาธารณสุข สู่บทบาทขององค์กรหลักด้านสุขภาพระดับประเทศ (National Health Authority : NHA)

การเปลี่ยนแปลงของบริบทในสังคมที่ส่งผลต่อระบบสุขภาพเกิดขึ้นมาโดยตลอด ไม่ว่าจะเป็นสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม โรคอุบัติใหม่ต่างๆ ระบบสุขภาพในระดับนานาชาติ หรือแม้แต่การเกิดขึ้นของหน่วยงานอิสระต่างๆ ในระบบสุขภาพ ทำให้กระทรวงสาธารณสุขในฐานะที่เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบด้านสาธารณสุขของประเทศ จำเป็นต้องทบทวนโครงสร้างและบทบาทการทำงาน เพื่อให้เกิดการทำงานที่บูรณาการกับทุกฝ่าย รวมทั้งปรับตัวไปสู่ระบบที่พึงประสงค์และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

ในการปฏิรูปเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรในระบบร่วมกันอย่างคุ้มค่า และลดค่าใช้จ่ายของประเทศนั้น จะเน้นการปรับแนวคิด (Re-Think) กับการปรับขบวนการทำงาน (Re-Process) เป็นหลัก โดยคำนึงถึงหลักการ ๓ ข้อ ได้แก่ ๑) การปรับบทบาท สอดคล้องกับบริบททางสังคมที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป ๒) การปรับบทบาท ยึดถือประโยชน์ของประชาชนและสังคมเป็นสำคัญ ๓) กระทรวงสาธารณสุขยังคงดำรงฐานะเป็นกลไกหลักของประเทศในการดูแลสุขภาพประชาชน ทำหน้าที่เป็นแกนเชื่อมประสานทุกฝ่ายในสังคม เข้าร่วมกันทำงานด้านสุขภาพ และลดบทบาทภารกิจ ในลักษณะที่เป็นผู้ดำเนินการเองลงให้เหลือเท่าที่จำเป็น เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพระบบงานสาธารณสุขของประเทศไทยให้บรรลุเป้าหมายระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ ในบทบาทขององค์กรหลักด้านสุขภาพระดับประเทศ (National Health

Authority: NHA) ที่ดูแลภาพรวมของระบบสุขภาพของประเทศ โดยได้มีการกำหนดบทบาทของกระทรวงสาธารณสุขให้ชัดเจนใน ๓ เรื่อง คือ

๑. การเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์มาตรฐานทางการแพทย์ (Regulator) ให้เป็นมาตรฐานเดียวของประเทศ โดยมีกรมวิชาการต่างๆ เป็นผู้รับผิดชอบ

๒. การเป็นผู้จัดบริการประชาชน (Provider) ภายใต้กองทุนสุขภาพต่างๆ ให้ประชาชนได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ ใกล้บ้าน ภายใต้มาตรฐานเดียวกันและมีคณะกรรมการบริการเขตสุขภาพ (Area Health Board)

๓. บทบาทผู้ซื้อบริการ (Purchaser) ได้แก่ กองทุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม และในอนาคตจะมีท้องถิ่นและกองทุนสุขภาพที่จะเกิดในอนาคต ซึ่งจะต้องมีระบบการประเมินตามตัวชี้วัดชัดเจนร่วมกันกับผู้ซื้อบริการ ลดการซื้อในลักษณะกองทุนย่อย

โดยจะมีการตั้งคณะกรรมการกลาง เพื่อกำหนดนโยบายสุขภาพของประเทศครอบคลุมบริการหลัก ๔ ด้าน ทั้งเรื่องการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ และในส่วนภูมิภาคจะมีคณะกรรมการเขตสุขภาพทั้ง ๑๒ เขต โดยให้ทุกฝ่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการเขตสุขภาพ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อดำเนินนโยบายเร่งด่วน เช่น ระบบข้อมูลสุขภาพ ระบบการบริหารยา ระบบการเงินการคลัง การบริหารบุคคล กฎหมายสุขภาพ การลดความแออัด เป็นต้น

สถานการณ์การทบทวนโครงสร้างและบทบาทการทำงานกระทรวงสาธารณสุข จึงเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการปรับบทบาทกรมอนามัย ด้วยบทบาทการเป็นผู้กำหนดกฎเกณฑ์มาตรฐานทางการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Regulator) ให้เป็นมาตรฐานเดียวของประเทศและสนับสนุนผู้จัดบริการประชาชน (Provider) ภายใต้มาตรฐานเดียวกัน ด้วยบทบาทขององค์กรหลักด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับประเทศ (National Health Authority: NHA) ๑๒ บทบาท คือ

๑) การกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์กลางของประเทศบนข้อมูลและพื้นฐานความรู้
๒) การสร้างและจัดการความรู้ด้านสุขภาพ
๓) การประเมินนโยบายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพ
๔) การกำหนดรับรองมาตรฐานบริการต่างๆ
๕) การพัฒนาระบบกลไกการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
๖) การพัฒนากลไกด้านกฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือพัฒนาและดูแลสุขภาพประชาชน
๗) การพัฒนางานสุขภาพโลกและความร่วมมือระหว่างประเทศ
๘) การกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลของภาครัฐ ท้องถิ่น และเอกชน
๙) การให้ข้อคิดเห็นต่อระบบการเงินการคลัง ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศ
๑๐) การพัฒนาข้อมูลข่าวสารให้เป็นระบบเดียว มีคุณภาพใช้งานได้
๑๑) การกำหนดนโยบายและจัดการกำลังคนด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
๑๒) และ ภารกิจกรมอนามัย ในเขตสุขภาพ

๑.๓.๒ แนวทางการศึกษาและวิธีการสังเคราะห์

กรมอนามัย ได้ดำเนินการกำหนดประเด็นการวิเคราะห์บทบาทเดิมของกรมอนามัย โดยการวิเคราะห์ ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่เป็นการเปลี่ยนแปลง ในระดับโลก ภูมิภาคและประเทศ การบริหารราชการแผ่นดิน กฎระเบียบ ข้อบังคับ และปัจจัยภายใน ได้แก่ นโยบายของหน่วยงาน บทบาท โครงสร้างและกลไกระบบการทำงาน ของการดำเนินการตามบทบาทเดิม การ "วิเคราะห์ช่องว่างองค์กร" หรือ Gap Analysis ที่ต้องพัฒนาและสังเคราะห์ เป็นข้อเสนอการพัฒนาบทบาทใหม่ของกรมอนามัยภายใต้บริบท และข้อจำกัดที่มีอยู่ ของกรมอนามัย ตรวจสอบและประเมินผลการสังเคราะห์ที่ได้ว่ามีความเป็นไปได้และสอดคล้องกับความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มากน้อยเพียงใด กรมอนามัยจึงได้จัดเวทีนำเสนอ (ร่าง) การพัฒนาบทบาทกรมอนามัย ต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กร และภาคประชาชน พร้อมทั้งนำข้อเสนอแนะที่ได้รับพร้อมกับวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยต่างๆ เพิ่มเติมมาปรับปรุงข้อเสนอ เพื่อการพัฒนากรมอนามัย และดำเนินการจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหาร และประกาศต่อสาธารณะ และสื่อสารให้เจ้าหน้าที่กรมอนามัยทราบและปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดการศึกษาดังนี้

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานรับผิดชอบ รวม ๑๒ คณะ เพื่อเป็นผู้แทนกรมเข้าร่วมประชุม และร่วมพัฒนางานระบบส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ในทุกบทบาทหลักของกระทรวงสาธารณสุข (๑๑ บทบาท และเขตสุขภาพ) และเป็นทีมหลักในการประสานงาน ในระดับกระทรวงและภายในกรม โดยให้เสนอผลการประชุม และการดำเนินงานต่อผู้บริหารกรม และให้มีคณะเลขานุการ เพื่อประสานข้อมูล เตรียมการประชุม สรุปและรวบรวมผลการดำเนินงาน เสนอต่อผู้บริหารกรมเป็นระยะ

๒. คณะทำงาน ๑๒ คณะ รับผิดชอบการวิเคราะห์ ทบทวนบทบาท โครงสร้าง และจัดทำข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง ของกรมอนามัยที่สอดคล้องกับบทบาทใหม่ ของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสื่อสาร สนับสนุน และเตรียมความพร้อมของทุกหน่วยงานในสังกัดสู่การปฏิบัติ โดยการทบทวนเอกสาร (Document review) เช่น สถานการณ์สุขภาพ บทความ รายงาน กฎหมาย กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหาร นักวิชาการที่เกี่ยวข้อง

๓. จัดทำ (ร่าง) ข้อเสนอการปรับบทบาทกรมอนามัย

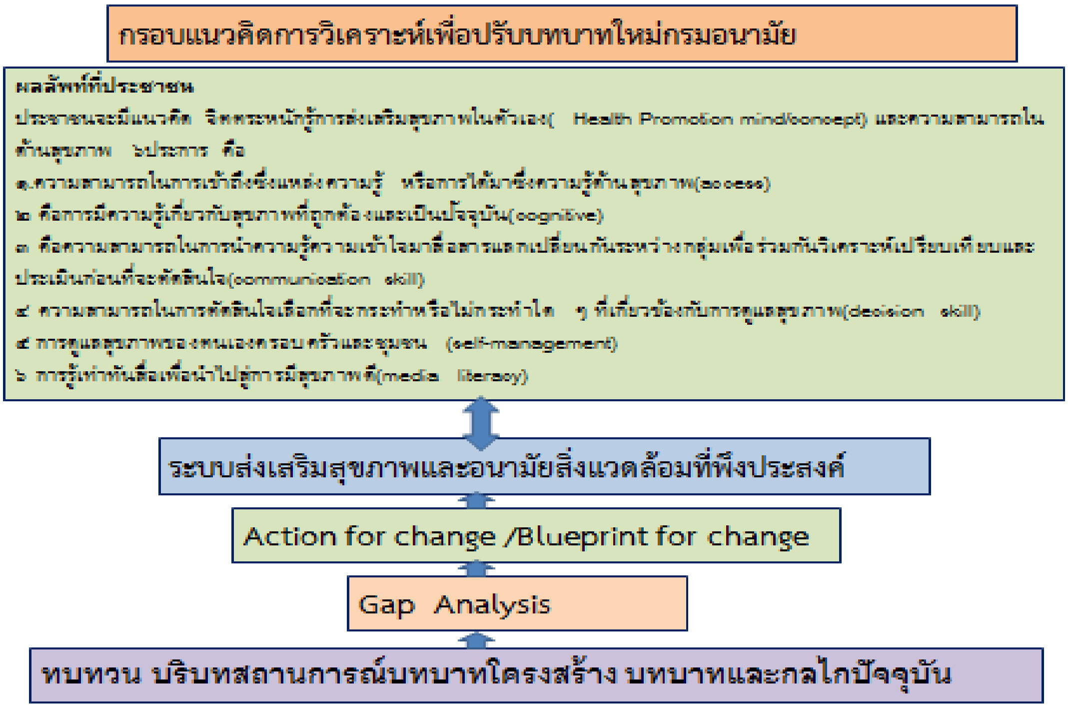
๔. จัดประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Hearing) ผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

๕. ปรับ (ร่าง) ข้อเสนอตามผลการจัดประชุมรับฟังความคิดเห็น (Public Hearing) ผู้ทรงคุณวุฒิ ภาคีเครือข่าย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

๖. จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Action Plan for Change)

๗. จัดทำเป็นรายงานข้อเสนอการพัฒนากรมอนามัย

๘. ถ่ายทอดสู่การทำความเข้าใจและยอมรับข้อเสนอการเปลี่ยนแปลง โดยการประชุมชี้แจงทำความเข้าใจ และสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับทราบเป็นระยะ

ดังภาพกรอบการการวิเคราะห์ "วิเคราะห์ช่องว่างองค์กร" หรือ Gap Analysis และการสังเคราะห์ข้อเสนอการเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่กรมอนามัยดังนี้

แผนภาพที่ ๕ แสดงกรอบแนวคิด การวิเคราะห์ เพื่อปรับบทบาทใหม่ กรมอนามัย