

ชื่อเรื่อง : สภามการณ และแนวคิด หลักการ ยุทธศาสตร์
อนามัยสิ่งแวดล้อมไทย เพื่อการควบคุมป้องกันโรค
และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ

ISBN : 978-974-299-138-8

ผู้เรียบเรียง : ศุภมล ศรีสุขวัฒนา

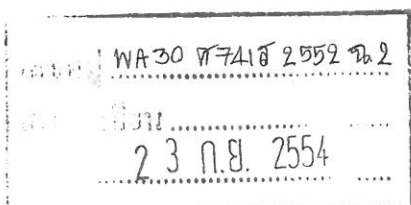
จัดพิมพ์โดย : สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกัน
สุขภาพไทย

องค์กรสนับสนุน : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

พิมพ์เมื่อ : พ.ศ. 2552

จำนวน : 2,000 เล่ม

ออกแบบปกและรูปเล่ม : Cyber Rock Agency Group Co., Ltd.



คำนำ

ในการจัดทำร่างธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47 สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติขึ้น และคณะกรรมการฯดังกล่าวได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้นอีก 7 คณะ โดยคณะที่ 2 คือ คณะอนุกรรมการร่างสาระสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47 (4) (5) (6) (12) ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ (4) การสร้างเสริมสุขภาพ (5) การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ (6) การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ และ (12) การเงินการคลังด้านสุขภาพ ซึ่งในการดำเนินการของคณะอนุกรรมการฯ ได้แต่งตั้ง “คณะทำงาน” อีก 4 คณะ โดยให้คณะทำงานคณะที่ 1 และ 2 พิจารณายกร่างสาระทั้ง (4) และ (5) ไปพร้อมกัน ทั้งนี้ให้คณะทำงานที่ 1 พิจารณาในระดับ “บุคคล” และคณะทำงานที่ 2 พิจารณาประเด็นด้าน “สิ่งแวดล้อม” ทางกายภาพแล้วจัดทำเนื้อหาสาระเชิงวิชาการ ข้อมูลเชิงประจักษ์ รวมทั้งความคิดเห็น เพื่อสรุปเป็นประเด็นเสนอในการจัดทำร่างธรรมนูญสุขภาพใน (4) และ (5) ต่อไป ส่วน (6) และ (12) ให้อยู่ในความรับผิดชอบของคณะทำงานที่ 3 และ 4 ตามลำดับ

คำนำ

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้น เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ที่ต้องการทราบที่มาของแนวคิด หลักการ ยุทธศาสตร์ ที่รองรับการจัดทำสาระในร่างธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติตามมาตรา 47 (4) การสร้างเสริมสุขภาพ และ (5) การควบคุมและป้องกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ซึ่งอาจต้องศึกษาจากเอกสารเรื่อง การสร้างเสริม สุขภาพ : แนวคิด หลักการ และยุทธศาสตร์ ที่ ทพญ.เพ็ญแข ลามยิ่ง เรียบเรียงประกอบด้วย เนื่องจากเนื้อสาระจะมีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน และโดยที่คณะทำงานฯ มีภูมิหลังและความชำนาญหลากหลาย จึงมีมุมมองต่อ “สุขภาพ” ในมิติที่กว้างกว่าแนวคิดชีวการแพทย์ (Biomedical approach) หรือสาธารณสุข ดังนั้น ข้อเสนอจึงมีขอบเขตที่กว้างขวาง เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนทุกระดับ อย่างไรก็ตาม ด้วยกระบวนการที่มีการเปิดเวทีให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะแก้ไขและปรับปรุงได้ รวมทั้งมีคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นผู้พิจารณาสาระในขั้นสุดท้าย จึงทำให้ข้อเสนอด้านยุทธศาสตร์และมาตรการที่เสนอในเอกสารนี้มีการปรับเปลี่ยนไปบ้างเมื่อเป็นธรรมนูญสุขภาพในที่สุด จึงหวังว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจในการศึกษาและพัฒนาข้อเสนอในโอกาสต่อไป

ศุภมล ศรีสุขวัฒนา

สิงหาคม พ.ศ. 2552

กิตติกรรมประกาศ

ในฐานะเลขานุการคณะทำงานฯ และผู้จัดทำเอกสารชุดนี้ ขอขอบพระคุณ ดร.นพ.สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.) ที่สนับสนุนด้านการจัดการ ขอขอบพระคุณสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ที่สนับสนุนด้านงบประมาณ และกรมอนามัย (สำนักงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กองสุขภาพอาหารและน้ำ กองสุขภาพชุมชนและประเพณีผลกระทบต่อสุขภาพ และกองทันตสาธารณสุข) ที่สนับสนุนด้านข้อมูล

นอกจากนี้ ใคร่ขอขอบพระคุณ “คณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพด้านสภาพแวดล้อม” ดังรายนามในคำสั่ง ที่ได้เสียสละเวลาเข้าร่วมประชุมเพื่อให้ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ จนฝ่ายเลขานุการสามารถดำเนินงานที่ได้รับมอบหมายสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ศุภมล ศรีสุขวัฒนา

เลขานุการคณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ
ด้านสภาพแวดล้อม

คำสั่งคณะกรรมการยกร่างสภาร่างรัฐธรรมนูญ
ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
มาตรา 47 (4) (5) (6) (12)
ที่ 2/2551

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ
การป้องกันและควบคุมโรค
และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อม

ตามที่ได้มีคำสั่งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่ 1/2551 ลงวันที่ 24 มกราคม 2551 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ โดยประกอบด้วยคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 5 คณะ นั้น

เพื่อให้การดำเนินการยกร่างเนื้อหาสาระของธรรมนูญว่าระบบสุขภาพแห่งชาติ ตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มาตรา 47 (4) (5) (6) (12) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและคล่องตัว และอาศัยอำนาจตามคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ข้อ 4 จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพด้านสภาพแวดล้อม โดยมีองค์ประกอบ ตลอดจนอำนาจและหน้าที่ ดังนี้

องค์ประกอบ

- | | | |
|----------------|-------------|----------------|
| 1. นายศุภมล | ศรีสุขวัฒนา | ประธานคณะทำงาน |
| 2. นายเดชรัตน์ | สุขกำเนิด | คณะทำงาน |
| 3. นางบุษบงศ์ | ชวากัณฑ์ | คณะทำงาน |

- | | | |
|-------------------|---------------|---------------------|
| 4. นายประเชิญ | คนเทศ | คณะทำงาน |
| 5. รศ.สมพนธ์ | ทัศนียม | คณะทำงาน |
| 6. นางสาวฉันทนา | ผดุงทศ | คณะทำงาน |
| 7. นายพนัส | พฤษ์สุนันท์ | คณะทำงาน |
| 8. นายพิษณุ | แสนประเสริฐ | คณะทำงาน |
| 9. นายไชยยศ | บุญญากิจ | คณะทำงาน |
| 10. รศ.สุเทพ | ศิลปินันท์กุล | คณะทำงาน |
| 11. รศ.วิชัย | เอกพลากร | คณะทำงาน |
| 12. รศ.นิตยา | วัจนะภูมิ | คณะทำงาน |
| 13. นางสาวพรพิมล | เจริญส่ง | คณะทำงาน |
| 14. นายเอกชัย | ภาระนันท์ | คณะทำงาน |
| 15. นางสาวเพ็ญโฉม | แช่ตั้ง | คณะทำงาน |
| 16. นายอดุลย์ | บัณฑิตกุล | คณะทำงาน |
| 17. นายธีระศักดิ์ | พานิชวิทย์ | คณะทำงาน |
| 18. นางสาวพรพิศ | ศิลาขุภรท์ | คณะทำงาน |
| 19. นายวีระศักดิ์ | พุทธาศรี | คณะทำงาน |
| | | และเลขานุการ |
| 20. นางรัตนภรณ์ | วิเศษสังข์ | คณะทำงาน |
| | | และผู้ช่วยเลขานุการ |

อำนาจและหน้าที่

1. ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์งานวิชาการ ตลอดจนบริหารจัดการเพื่อให้ได้งานวิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกร่างเนื้อหาสาระสำคัญของธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ในประเด็นของการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ตามบทบัญญัติ ในมาตรา 47 (4) (5) ในมติของปัจจัยสิ่งแวดล้อม

2. จัดเวทีวิชาการเฉพาะประเด็น (หากจำเป็น) เพื่อระดมความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความครบถ้วน สมบูรณ์ด้านเนื้อหา
3. รายงานผลการยกร่างสาระสำคัญของธรรมนูญฯเป็นระยะๆ ต่อคณะอนุกรรมการยกร่างสาระสำคัญตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 47 (4) (5) (6) (12)
4. ปฏิบัติหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2551

(ลงชื่อ) 

(นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา)

ประธานคณะอนุกรรมการยกร่างสาระสำคัญ
ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
มาตรา 47 (4) (5) (6) (12)

สารบัญ

คำนำ

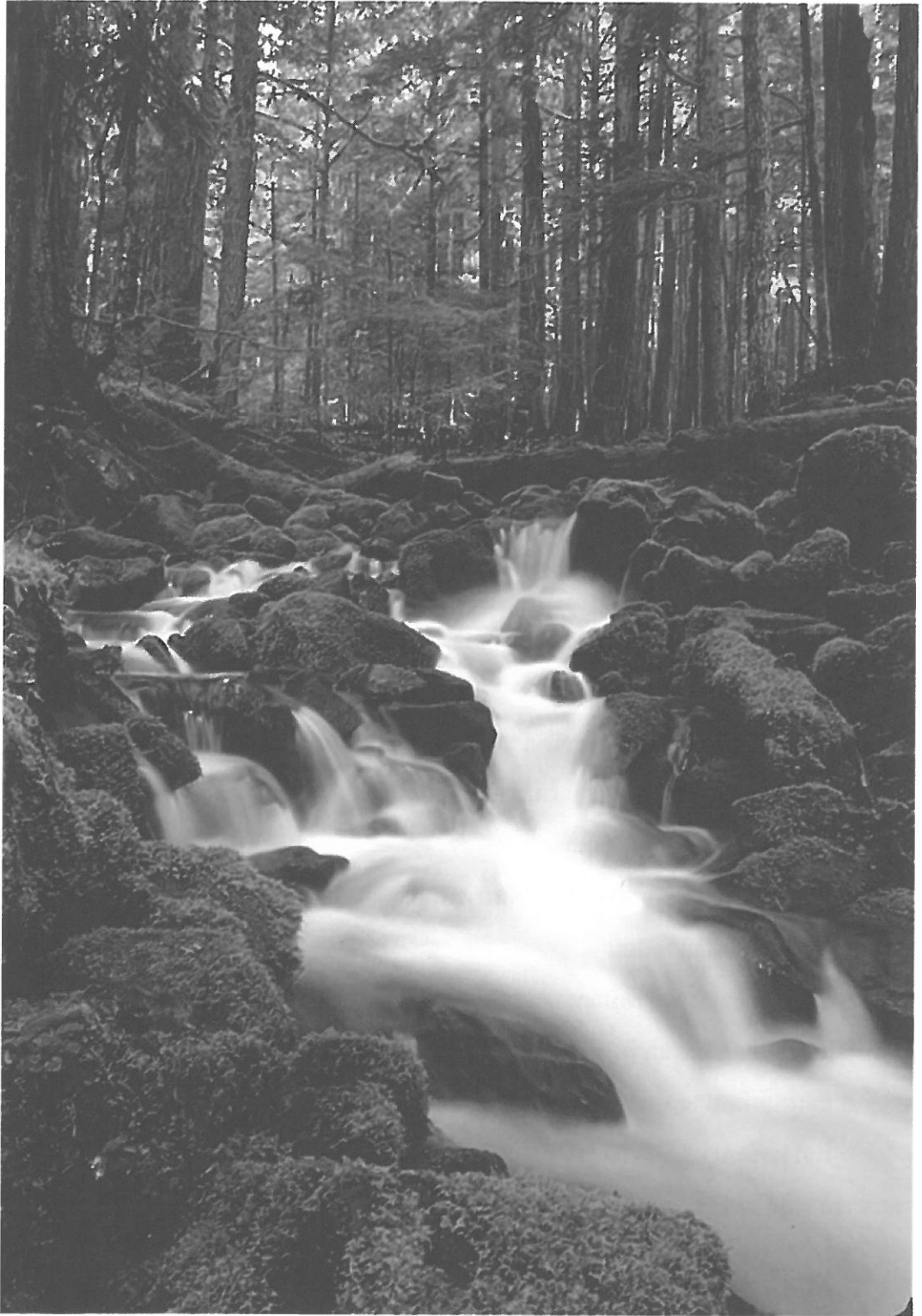
กิตติกรรมประกาศ

รายนามคณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน
และควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพด้านสภาพแวดล้อม

บทที่ 1 กรอบข้อเสนอด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	1
ความสัมพันธ์ของระบบเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กับปัญหาสุขภาพ	2
แนวคิดการจัดการเพื่อสุขภาพภายใต้เป้าหมายชีวิต “อยู่ดีมีสุข”	6
กรอบการวิเคราะห์และการนำเสนอประเด็นเรื่องอนามัย สิ่งแวดล้อม: ข้อเสนอสู่การจัดทำธรรมนูญสุขภาพ	8
บทที่ 2 สถานการณ์แนวโน้มด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	11
สถานการณ์ด้านน้ำ	12
สถานการณ์ด้านสุขภาพภิบาล	14
สถานการณ์มลภาวะทางอากาศ	20
สถานการณ์ด้านการใช้และความเป็นพิษจากสารเคมี	22
ผลกระทบจากภาวะโลกร้อน และการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ และการรองรับภาวะฉุกเฉิน	25
สภาวะด้านภัยพิบัติ/อุบัติเหตุ	27

สารบัญ

บทที่ 3 สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนที่เกี่ยวข้อง	
กับปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	29
สถานการณ์โรคติดต่อ	30
สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ	34
สถานการณ์โรคอุบัติใหม่	38
สถานการณ์มลภาวะสิ่งแวดล้อมที่ก่อผลกระทบต่อสุขภาพ เฉพาะพื้นที่	40
บทที่ 4 สถานการณ์ด้านการบริหารจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมไทย	43
การบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐ	45
การมีส่วนร่วมของภาคชุมชน	55
ระบบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	55
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์ สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อม และภัยคุกคามสุขภาพ	63
บทที่ 6 ข้อเสนอทิศทาง ยุทธศาสตร์ มาตรการและกลไก ในการพัฒนา	69
เอกสารอ้างอิง	80



บทที่ 1

กรอบข้อเสนอต้นอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ



1. ความสัมพันธ์ของระบบเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม กับปัญหาสุขภาพ

จากนิยามคำว่า “สุขภาพ”ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ที่หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล นัยของคำว่าสุขภาพของประชาชน จึงขยายครอบคลุมถึงมิติที่กว้างขวางมาก ไม่เพียงแต่ความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจที่ไม่เครียด ไม่เศร้าซึม มีภาวะอารมณ์ที่มั่นคง แต่หมายรวมถึงความสามารถในทางปัญญา คือ มีสติ มีวิสัยคิด มีปัญญาที่จะควบคุมอารมณ์ใฝ่ต่ำ และความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคม ซึ่งครอบคลุมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมและภาพแวดล้อมอื่นๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพด้วย

ดังนั้น กรอบความคิดในเชิงระบบที่จะมองผลกระทบต่อสุขภาพ จึงจำเป็นต้องวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างในบริบทของระบบเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ที่เชื่อมโยงไปสู่การส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ในความหมายของสุขภาพมิติใหม่ ซึ่งจากการวิเคราะห์ของ ทพญ.เพ็ญแข ลาภยิ่ง ในบทที่ 1 ของเอกสารเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพพอสรุปกรอบการวิเคราะห์ที่ได้ดังนี้

(1) ด้วยระบบจักรวรรดินิยมหรือทุนนิยมข้ามชาติที่เน้นการแสวงหาทรัพยากรจากต่างประเทศเพื่อเป็นวัตถุดิบในกระบวนการผลิต และการขยายตลาดการค้าไปสู่นานาประเทศแล้วต่อมาพัฒนาไปสู่การส่งออกโรงงานอุตสาหกรรมและเทคโนโลยีการผลิตที่ทันสมัยไปสู่ต่างประเทศ เพื่อให้ได้ค่าแรงงานถูกและไม่ต้องรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติของประเทศตน จึงส่งผลต่อการผลักดันมาตรการ “การผลิตแบบแยกส่วน” เพื่อให้แต่ละประเทศมีบริษัทข้ามชาติเข้าไปผลิตสินค้าและอุปกรณ์ภายใต้กรอบการผลิตของระบบทุนข้ามชาติ นอกจากนี้ยังมีการสร้างกระแส “บริโภคนิยม” เพื่อรองรับการตลาดของบริษัทข้ามชาติดังกล่าวด้วย

(2) เพื่อให้เป้าประสงค์ของระบบจักรวรรดินิยมหรือทุนนิยมข้ามชาติบรรลุผล ประกอบกับความก้าวหน้าในยุคดิจิทัล ที่ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเป็นไปอย่างก้าวกระโดดไร้พรมแดน เช่น ระบบ Internet ทำให้เกิด “กระแสโลกาภิวัตน์” ที่กลุ่มประเทศตะวันตกที่พัฒนาแล้วสามารถผลักดันและขยายวัฒนธรรม รูปแบบการดำเนินชีวิตโดยผ่านการศึกษา การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ รวมทั้งการท่องเที่ยว นอกจากนี้ ยังขยายไปถึงระบบเศรษฐกิจที่เรียกว่า ระเบียบเศรษฐกิจโลก ไม่ว่าจะเป็นข้อตกลงระหว่างประเทศทางการค้า หรือข้อตกลงการเปิดการค้าเสรี (Free Trade Agreement) หรือ ข้อตกลงทางการค้าเฉพาะคู่ค้า ซึ่งล้วนแต่มีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจการศึกษา วัฒนธรรม และสังคมของประเทศที่กำลังพัฒนาหรือประเทศด้อยพัฒนา

(3) สำหรับสังคมไทยก็อยู่ภายใต้ระบบเศรษฐกิจแบบจักรวรรดินิยมหรือทุนนิยมข้ามชาติเช่นเดียวกัน ประเทศไทยจึงถูกผลักดันให้มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงจากสังคมและเศรษฐกิจแบบเกษตรกรรม เป็นสังคมและเศรษฐกิจแบบอุตสาหกรรมมากขึ้น กล่าวคือ 1) เน้นการผลิตทางการเกษตรเพื่อการส่งออก ซึ่งนำไปสู่การผลิตทางการเกษตรแบบพืชเชิงเดี่ยวมากขึ้น มีการใช้สารเคมีและปุ๋ยเคมีอย่างกว้างขวาง เพื่อเพิ่มผลผลิตให้มากขึ้น 2) ในด้านอุตสาหกรรมก็มีการส่งเสริมพัฒนาอุตสาหกรรมภาคต่างๆ ทั้งภาคการผลิต การบริการ การขนส่ง โดยมีการส่งเสริมการลงทุนด้วยระบบ BOI มีการจัดตั้งเขตนิคมอุตสาหกรรม หรือ พื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมพิเศษ เช่น Eastern Sea Board เป็นต้น 3) ส่วนระบบการศึกษา ก็ถูกพัฒนาให้เน้นการศึกษาทางวิทยาศาสตร์แบบแยกส่วน เพื่อรับใช้การผลิตภาคเกษตรและอุตสาหกรรม



เป็นเรื่องๆ หรือการศึกษาที่แยกจากวิถีชีวิตจริงของสังคมไทย 4) ในด้านสังคมก็เกิดภาวะของการขาดภูมิคุ้มกัน ที่ไม่สามารถรู้เท่าทันต่อการขับเคลื่อนของระบบทุนนิยมในเรื่อง “บริโภคนิยม” นำไปสู่การถูกรวบอำนาจของวิถีชีวิตประจำวันของคนในสังคมไทย

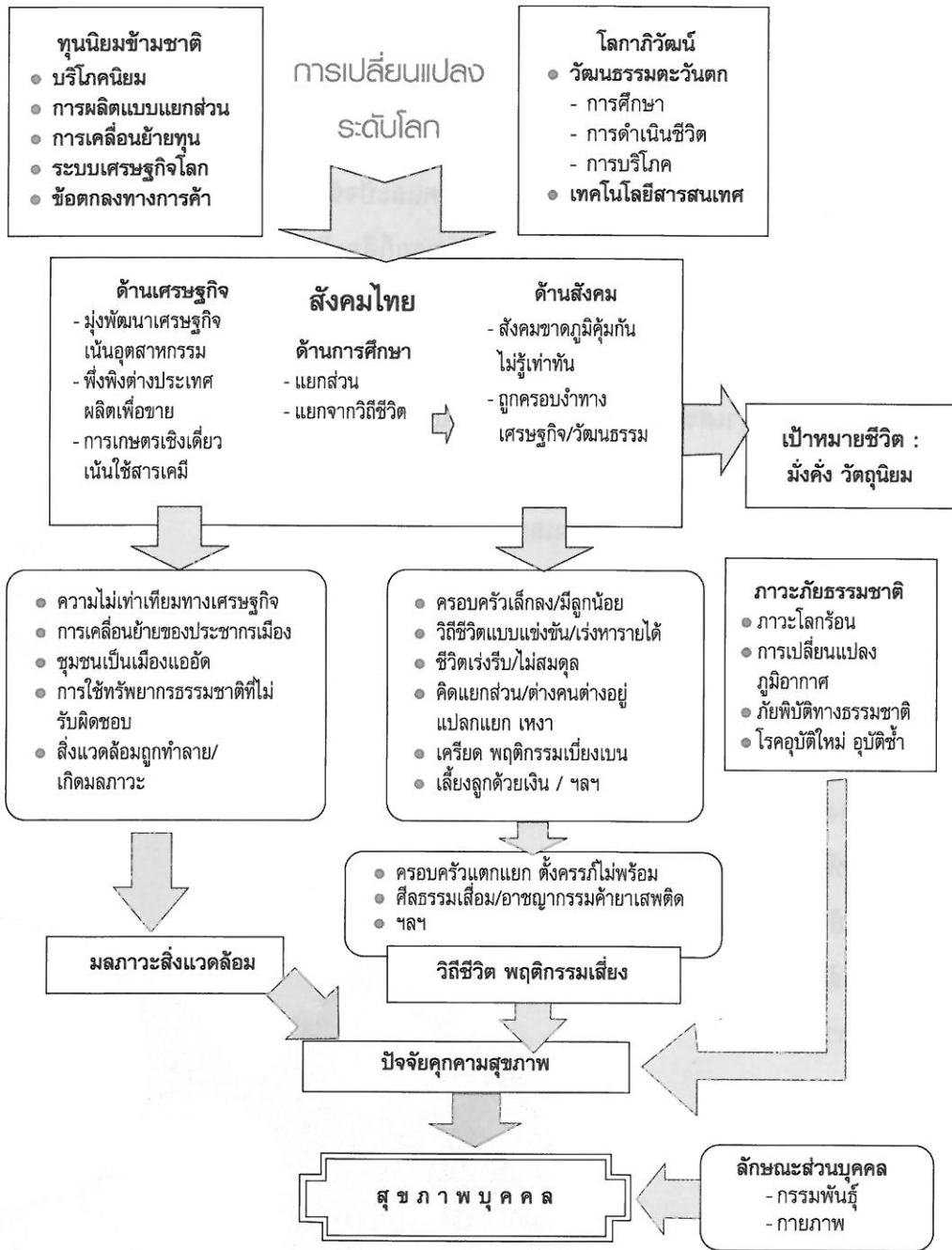
(4) จากภาวะการฉ้อฉลข้างต้น ได้ทำให้คนในสังคมไทย มีเป้าหมายชีวิต : เพื่อความมั่งคั่ง และเน้นวัตถุนิยม ซึ่งนำไปสู่วิถีชีวิตที่เน้นการแข่งขัน ชีวิตเร่งรีบไม่สมดุล มีความคิดแยกส่วน อยู่ในสภาพที่ต่างคนต่างอยู่ เป็นโสดมากขึ้น ลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว มีลูกน้อย ครอบครัวเล็กง และมีความเครียดสูงด้วยเงินมากขึ้น ทำให้คนในสังคมเกิดความแปลกแยก ขาดความเอื้ออาทร เหวง เครียด มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เกิดปัญหาทางสังคมในเรื่องครอบครัวแตกแยก การติดสารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น การตั้งครุฑและการมีลูกโดยไม่พร้อม ซึ่งจะนำไปสู่สังคมที่ศีลธรรมเสื่อม ขาดความรับผิดชอบ และการเกิดอาชญากรรม ซึ่งในที่สุดก็นำไปสู่วิถีชีวิตและพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อ “สุขภาพ” ของคนในสังคมนั่นเอง จึงถือได้ว่าเป็น “ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ” ประการหนึ่ง

(5) ภายใต้เป้าหมายชีวิต : เพื่อความมั่งคั่งและเน้นวัตถุนิยม ยังทำให้สังคมเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมเกษตรเชิงเดี่ยว การพึ่งพิงทุนต่างชาติ จึงส่งผลให้เกิดการความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจ เกิดการเคลื่อนย้ายของประชากร และนำไปสู่ภาวะของชุมชนเมืองที่แออัด มีการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างหลกหลายบนพื้นฐานของการแย่งชิงอย่างไม่รับผิดชอบ ภาวะสิ่งแวดล้อมถูกทำลาย และกระบวนการผลิตทางอุตสาหกรรมและการเกษตรจะก่อให้เกิดมลภาวะทางด้านสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อ “สุขภาพ” อย่างรุนแรงได้ โดยเฉพาะในมิติทางด้านกายภาพ จึงถือได้ว่าเป็น “ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ” อีกประการหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม นอกจากปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งเกิดจากมนุษย์ข้างต้นแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกิดจากภาวะภัยทางธรรมชาติด้วย เช่น โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ อุบัติภัยจากน้ำท่วม ไฟป่า แผ่นดินไหว เป็นต้น รวมทั้งภัยจากภาวะโลกร้อนและการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศของโลก

นอกจากนี้ ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล อันได้แก่ ภาวะกรรมพันธุ์ของคุณบุคคล ภาวะร่างกายของคุณบุคคล เช่น เพศ อายุ ความสูง เป็นต้น ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจมีผลต่อสุขภาพของคุณบุคคลได้ ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายในของคุณบุคคล จึงไม่ถือว่าเป็น “ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ”

แผนภาพที่ 1.1 ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างบริบททางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและ
ปัญหาสุขภาพของบุคคล

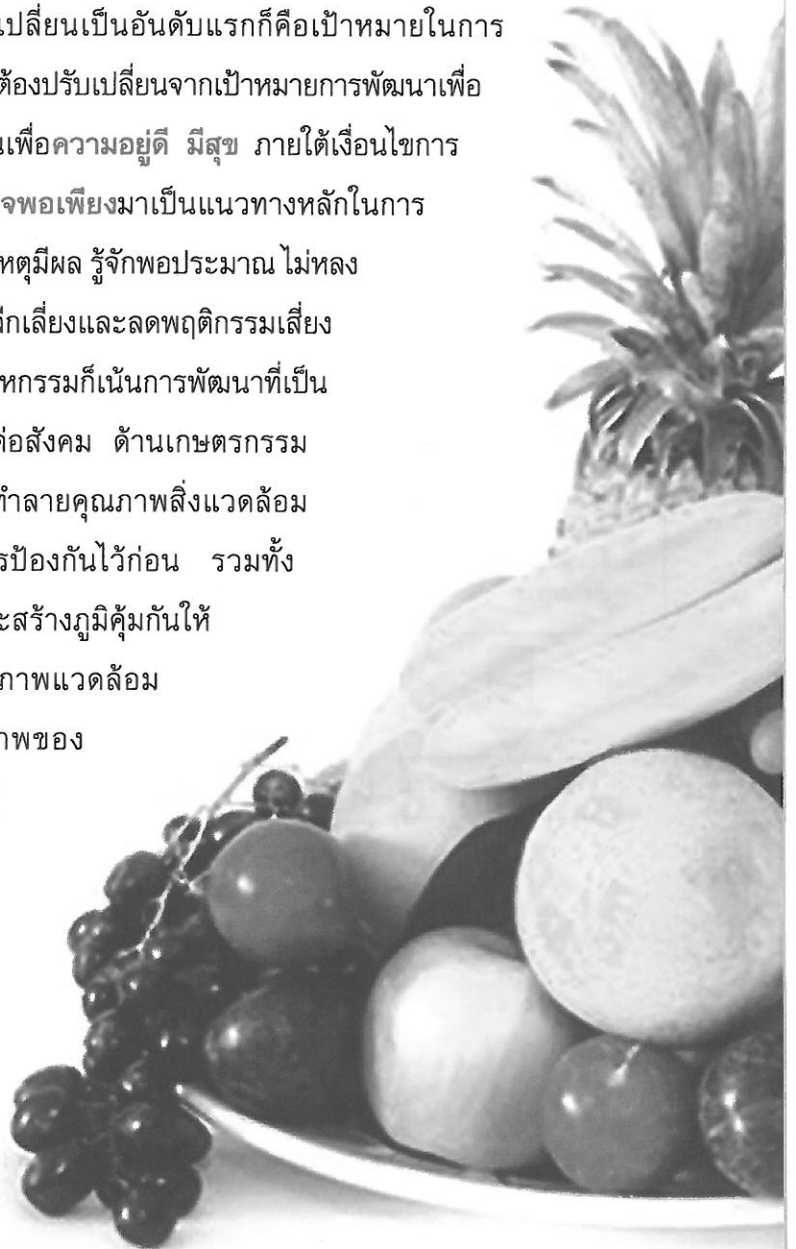


ที่มา : คณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ. 2551.

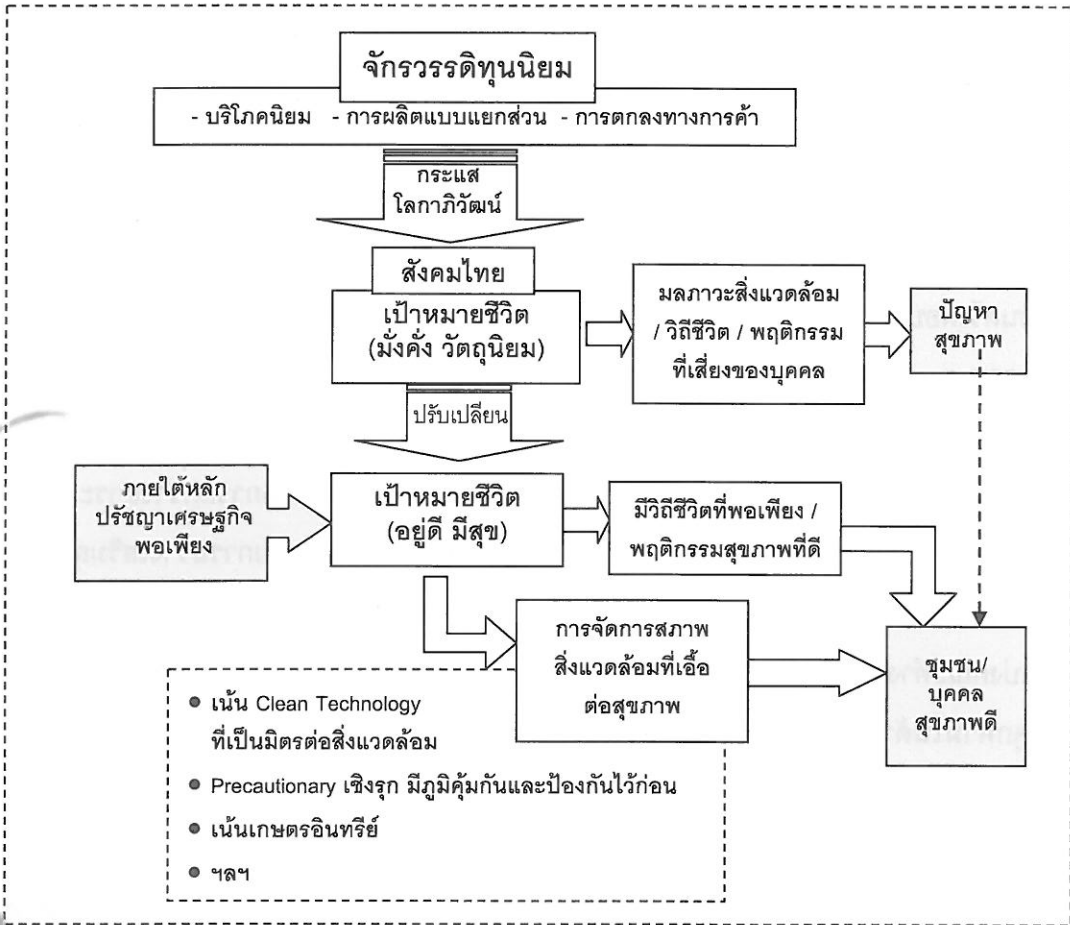


2. แนวคิดการจัดการเพื่อสุขภาพ ภายใต้เป้าหมายชีวิต”อยู่ดีมีสุข”

จากความสัมพันธ์ของระบบเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม กับปัญหาสุขภาพข้างต้น ทำให้เราสามารถสรุปได้ว่า ปัจจัยทางด้านวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล มลภาวะด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งภาวะภัยทางธรรมชาติ ล้วนแต่เป็น “ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ” ที่จำเป็นต้องมีการจัดการ เพื่อการควบคุมป้องกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ซึ่งประเด็นสำคัญที่พึงต้องปรับเปลี่ยนเป็นอันดับแรกก็คือเป้าหมายในการพัฒนาประเทศหรือสังคมไทย คือ ต้องปรับเปลี่ยนจากเป้าหมายการพัฒนาเพื่อความมั่งคั่งและวัตถุนิยม มาเป็นเพื่อความอยู่ดี มีสุข ภายใต้เงื่อนไขการน้อมนำเอาหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวทางหลักในการพัฒนา เพื่อเสริมสร้างวิถีชีวิตที่มีเหตุมีผล รู้จักพอประมาณ ไม่หลงไปตามกระแสการบริโภคนิยม หลีกเลียงและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ส่วนการพัฒนาอุตสาหกรรมก็เน้นการพัฒนาที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม รับผิดชอบต่อสังคม ด้านเกษตรกรรมก็เน้นพัฒนาเกษตรอินทรีย์ที่ไม่ทำลายคุณภาพสิ่งแวดล้อม โดยเน้นมาตรการเชิงรุกที่ใช้การป้องกันไว้ก่อน รวมทั้งการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและสร้างภูมิคุ้มกันให้กับชุมชน ให้สามารถจัดการสภาพแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของชุมชนเองได้ด้วย เพื่อนำไปสู่ชุมชนที่มีสุขภาพ



แผนภาพที่ 1.2 แนวความคิดในการจัดการเพื่อสุขภาพภายใต้เป้าหมายชีวิตที่ดีมีสุข



3. กรอบการวิเคราะห์และการนำเสนอประเด็นเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อม : ข้อเสนอสู่การจัดทำธรรมนูญสุขภาพ

สืบเนื่องจากกฎหมายสุขภาพแห่งชาติมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2550 ประกอบกับคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติได้แต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ เพื่อเตรียมการยกร่างธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติตามกรอบมาตรา 47 เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของสมาชิกแห่งชาติ ก่อนนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อประกาศใช้ต่อไป ซึ่งคณะกรรมการฯได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้น 7 คณะ เพื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละหมวดเรื่องรวม 5 คณะ รวมทั้งคณะอนุกรรมการสื่อสารฯ และสนับสนุนทางวิชาการอีก 2 คณะ

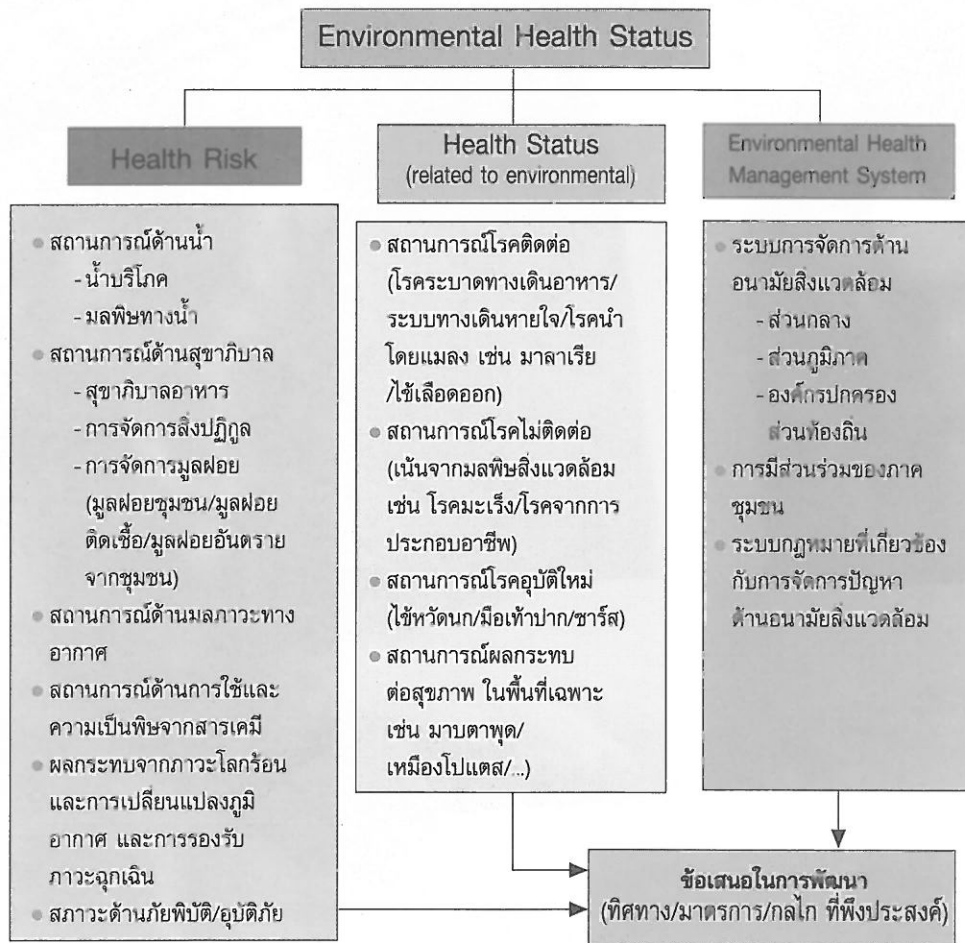
ในส่วนของคณะอนุกรรมการคณะที่ 2 คือ คณะอนุกรรมการยกร่างสาระสำคัญของตามมาตรา 47(4) (5) (6) และ (12) ซึ่งรับผิดชอบดำเนินการเรื่องระบบการสร้างเสริมสุขภาพ ระบบการป้องกันภัยคุกคามสุขภาพ ระบบการบริการสุขภาพ และระบบการเงินการคลัง ได้แบ่งคณะทำงานออกเป็น 4 คณะ โดยคณะที่ 1 พิจารณาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและภัยคุกคามในด้านพฤติกรรมบุคคล คณะที่ 2 พิจารณาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและภัยคุกคามด้านสิ่งแวดล้อม คณะที่ 3 พิจารณาระบบการบริการสุขภาพ และคณะที่ 4 พิจารณาระบบการเงินการคลัง

ในที่นี้ จึงเป็นการนำเสนอของคณะที่ 2 ที่ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ และการควบคุมป้องกันโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ โดยการวิเคราะห์ปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจะประกอบด้วยปัจจัยทางด้านวิถีชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล มลภาวะด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งภาวะภัยทางธรรมชาติ ซึ่งในเอกสารของ ทพญ.เพ็ญแข ฯ จะเน้นเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในด้านพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สำหรับเอกสารเล่มนี้ จะเน้นการเสนอประเด็นเรื่องเกี่ยวกับปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเป็นสำคัญ พร้อมนำเสนอทิศทางและมาตรการในการพัฒนาในกรอบของระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันภัยคุกคามสุขภาพด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพในภาพรวม ซึ่งตามความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) การอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) หมายถึง การควบคุมกระบวนการ อิทธิพล และปัจจัยต่างๆ ด้านกายภาพ

เคมีและชีวภาพ ที่กระทำหรืออาจกระทำให้เกิดผลเสียทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีพอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

ในการนำเสนอนี้ จะประกอบด้วย 1) สถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 2) สถานการณ์ของโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม และ 3) ระบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในบริบทของสังคมไทย เพื่อนำไปสู่การสังเคราะห์เป็นข้อเสนอในการพัฒนาระบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของไทยในร่างธรรมนูญระบบสุขภาพในส่วนที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และการควบคุมและป้องกันโรคและปัจจัยคุกคามสุขภาพ ตามมาตรา 47(4) และ (5) ทั้งนี้โดยมีกรอบการวิเคราะห์ ดังแผนภูมิต่อไปนี้

ภาพที่ 1.3 กรอบความคิดในการจัดทำสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม





บทที่ 2

สถานการณ์แนวโน้มด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

1. สถานการณ์ด้านน้ำ

1.1 น้ำบริโภค

ปัญหาการขาดแคลนน้ำสะอาดเพื่อการบริโภค นับว่าประเทศไทยมีปัญหาน้อยมาก กล่าวคือ ปัจจุบันมีความครอบคลุมของน้ำสะอาดในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ร้อยละ 95 ของประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ (การประปานครหลวง, 2549) จากข้อมูลสำมะโนประชากร และเคหะของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2548 พื้นที่ในชนบทมีน้ำบริโภคครอบคลุม คิดเป็นร้อยละ 97.2 ของจำนวนครัวเรือนทั้งหมด ซึ่งกระทรวงมหาดไทยมีแผนการดำเนินการให้ทุกหมู่บ้าน ทุกแหล่งท่องเที่ยว ทุกนิคมอุตสาหกรรมมีระบบประปา โดยการซ่อมแซมประปาเก่า และสร้างประปาใหม่ในหมู่บ้านที่ไม่มีประปาให้เสร็จในปี 2555

แต่จากการตรวจสอบด้านคุณภาพน้ำฝนจากภาชนะเก็บกักทั่วประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2534 - 2543 ของกรมอนามัย จำนวน 1,654 ตัวอย่าง พบว่า ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 54.6 โดยส่วนใหญ่ไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานด้านแบคทีเรีย ปัญหาด้านเคมีและกายภาพมีไม่มาก และในระหว่าง ปี พ.ศ. 2544-2546 กรมอนามัยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้ดำเนินการสุ่มตรวจสอบคุณภาพน้ำจากแหล่งน้ำบริโภคของครัวเรือนในเขตชนบท ได้แก่ น้ำประปา น้ำบ่อบาดาล น้ำบ่อตื้น และน้ำฝน โดยเปรียบเทียบเกณฑ์เสนอแนะคุณภาพน้ำบริโภคขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2527 และเกณฑ์คุณภาพน้ำประปากรมอนามัย พ.ศ. 2543 พบว่า น้ำประปา ส่วนใหญ่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ยกเว้นน้ำประปาซึ่งบริการโดยการประปานครหลวง และการประปาส่วนภูมิภาค พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ทั้งนี้เนื่องจากการดำเนินงานโครงการน้ำประปาดื่มได้ ร่วมกันระหว่างกรมอนามัยกับการประปานครหลวงและการประปาส่วนภูมิภาค (ซึ่งได้มีการรับรองเป็นพื้นที่น้ำประปาดื่มได้แล้ว จำนวน 97 แห่ง จากจำนวนประปา 227 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 42.7) ทำให้คุณภาพน้ำประปามีแนวโน้มดีขึ้น สำหรับในชนบทคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานค่อนข้างต่ำ เนื่องจากการดำเนินโครงการน้ำประปาหมู่บ้านดื่มได้ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2539-2546 มีระบบประปาหมู่บ้านผ่านการรับรองเป็นน้ำประปาดื่มได้เพียงจำนวน 586 แห่ง จากจำนวนหมู่บ้านที่มีระบบประปา ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 50,459 แห่ง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 1.2 ส่วนน้ำฝน น้ำบ่อบาดาล และบ่อน้ำตื้น พบว่า ส่วนใหญ่คุณภาพน้ำไม่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานเช่นกัน

ปัญหาสำคัญเนื่องจากเกิดการปนเปื้อนทางแบคทีเรียสูงและมีการปนเปื้อนทางเคมีได้แก่ สังกะสี ตะกั่ว แมงกานีส เหล็ก และมีปัญหาทางกายภาพไม่เหมาะสม คือ ความขุ่น และสี เกินเกณฑ์มาตรฐาน

สำหรับปัญหาฟลูออไรด์ปนเปื้อนในน้ำบริโภค จากข้อมูล ปี พ.ศ. 2548 บ่อบาดาลที่ขุดเจาะโดยกรมทรัพยากรน้ำบาดาลจำนวน 61,344 บ่อพบมีฟลูออไรด์สูงเกินมาตรฐานกรมอนามัย (ไม่เกิน 0.7 มก./ล) กระจายอยู่ในทุกจังหวัดถึงร้อยละ 13.9 ซึ่งการได้รับฟลูออไรด์สูงจะทำให้เกิดฟันตกกระ และอาจเกิดความผิดปกติที่กระดูก ในรายที่รุนแรงมีอาการเจ็บปวดตามข้อ เคลื่อนไหว ลำบากถึงขั้นพิการ ปัจจุบันแนวโน้มปัญหาฟันตกกระมีมากขึ้น โดยพบเด็กมีฟันตกกระตั้งแต่ร้อยละ 30-80 ในชุมชนที่บริโภคน้ำจากบ่อบาดาล ที่มีฟลูออไรด์สูง

1.2 มลพิษทางน้ำ

จากการติดตามตรวจสอบคุณภาพน้ำในแม่น้ำสายสำคัญของกรมควบคุมมลพิษ จำนวน 49 สาย และแหล่งน้ำนิ่ง 4 แหล่ง (กว๊านพะเยา บึงบอระเพ็ด หนองหาน และ ทะเลสาบสงขลา) ในปี 2550 และประเมินสถานการณ์โดยใช้ดัชนีคุณภาพน้ำทั่วไป (WQI) พบว่า คุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์ดีร้อยละ 19 พอใช้ร้อยละ 34 เลื่อมโทมร้อยละ 45 และเลื่อมโทมมากร้อยละ 2 เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพน้ำ 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2548 - 2550 พบว่า คุณภาพน้ำโดยรวมมีแนวโน้มเลื่อมโทมลง โดยพิจารณาจากจำนวนแหล่งน้ำที่อยู่ในเกณฑ์เลื่อมโทมเพิ่มขึ้น และแหล่งน้ำที่อยู่ในเกณฑ์ดีลดลง พารามิเตอร์สำคัญที่ทำให้แหล่งน้ำเลื่อมโทม คือ ความสกปรกในรูปสารอินทรีย์ (BOD) โดยมีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 46 การปนเปื้อนของแบคทีเรีย กลุ่มฟีคอลโคลิฟอร์ม (FCB) แบคทีเรียโคลิฟอร์มทั้งหมด (TCB) และแอมโมเนียอย่างละร้อยละ 14 ออกซิเจนละลายต่ำ (DO) ร้อยละ 12

ทั้งนี้ แหล่งน้ำที่มีคุณภาพน้ำอยู่ในเกณฑ์พอใช้ในปี 2549 และคุณภาพน้ำลดลง เป็นเลื่อมโทมในปี 2550 ได้แก่ แม่น้ำท่าจีนตอนบน กุยบุรี มูล ลำชี เสียว เลย นครนายก ระยอง บางปะกง ปราชินบุรี ปากพนัง ทะเลน้อย ทะเลหลวง และตรัง โดยพารามิเตอร์สำคัญที่ทำให้คุณภาพน้ำของแหล่งน้ำต่ำลงอยู่ในเกณฑ์เลื่อมโทม คือ ค่าความสกปรกในรูปสารอินทรีย์ ส่วนแม่น้ำลำตะคองตอนล่าง บริเวณอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา คุณภาพน้ำยังคงอยู่ใน



เกณฑ์เสื่อมโทรมมากเช่นปีที่ผ่านมา สาเหตุที่ทำให้คุณภาพน้ำของประเทศเสื่อมโทรม พบว่ามาจากน้ำเสียชุมชน ร่องลงมาเป็นน้ำเสียอุตสาหกรรม และเกษตรกรรม ตามลำดับ

ปัญหาคุณภาพน้ำใต้ดินที่เกิดจากการทำเหมืองแร่หรือแหล่งแร่ที่เกิดอยู่ตามธรรมชาติ โดยเฉพาะพื้นที่ภาคใต้ ทำให้มีการปนเปื้อนสารพิษ เช่น สารหนู ที่อำเภอร้อนพินุลย์ จังหวัด นครศรีธรรมราช เป็นต้น ในเมืองใหญ่ๆ จะมีปัญหาการปนเปื้อนจากน้ำเสียหรือของเสียจาก บ้านเรือนและโรงงานอุตสาหกรรม ตลอดจนการทิ้งขยะหรือการฝังกลบขยะและกากของเสีย จากบ้านเรือนและโรงงานอุตสาหกรรม เช่น ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าน้ำใต้ดินมี ปริมาณไนเตรทสูง

2. สถานการณ์ด้านสุขภาพ

2.1 สุขภาพอาหาร

การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ความเป็นเมือง และการพัฒนาไปสู่ประเทศ อุตสาหกรรมใหม่ของประเทศไทย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชาชน วัฒนธรรม การบริโภคอาหารของประชาชนได้เปลี่ยนจากการปรุงประกอบอาหารที่บ้านไปเป็นการบริโภค อาหารนอกบ้าน อาหารปรุงสำเร็จ อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารพร้อมรับประทาน ดังนั้น ร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหาร ผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปหรือกึ่งสำเร็จรูปจึงมีบทบาทสำคัญต่อ สุขภาพของประชาชนในเมือง ซึ่งอาหารเหล่านี้จะมีการปรุงประกอบอาหารที่รวดเร็วใน ปริมาณที่มากเพื่อสนองความต้องการผู้บริโภคที่มากขึ้น จึงมักพบการปฏิบัติที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ของผู้สัมผัสอาหารและความไม่เหมาะสมของการใช้วัสดุ หรือภาชนะอุปกรณ์ ทำให้มีการปนเปื้อน เชื้อโรคในอาหาร นอกจากนี้ยังมีการนำเอาสารเคมีเข้ามาช่วยในกระบวนการผลิตในรูปของ สารปรุงแต่งอาหารซึ่งก็ยังมีข้อจำกัดในการใช้ มีการพบว่า บ่อยครั้งที่ผู้ผลิตมีการใช้สารเคมี เกินขนาด ใช้ผิดวัตถุประสงค์บ้าง หรือมีการใช้อย่างไม่ระมัดระวัง สิ่งเหล่านี้มักเป็นสาเหตุของ การทำให้เกิดโรคที่เกิดจากอาหารเป็นสื่อ

จากการศึกษาสถานการณ์สถานประกอบการด้านอาหารและสถานที่ผลิตและ สะสมอาหารทั่วประเทศ พบว่า โดยภาพรวมแนวโน้มของสถานประกอบการที่มีการปรับปรุงได้ มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนดมีเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 แสดงการปรับปรุงร้านอาหาร แผงลอยจำหน่ายอาหาร และตลาดประเภทที่ 1 ปี 2545 - 2550

ปี	ร้านอาหาร			แผงลอยจำหน่ายอาหาร			ตลาดประเภทที่ 1	
	จำนวน ทั้งหมด	ได้ มาตรฐาน ทองถิ่น	ได้ มาตรฐาน CFGT	จำนวน ทั้งหมด	ได้ มาตรฐาน ทองถิ่น	ได้ มาตรฐาน CFGT	จำนวน ทั้งหมด	ได้ มาตรฐาน ตลาดสด นำซื้อ
2545	53,261	14,999 (28.16%)	7,858 (14.75%)	53,524	17,958 (33.55%)	4,621 (8.63%)		
2546	60,411	24,009 (39.74%)	10,828 (17.92%)	64,241	25,149 (39.15%)	8,912 (13.87%)		
2547	60,409	33,040 (54.69%)	20,305 (33.61%)	62,962	39,906 (63.38%)	22,138 (35.16%)		
2548	61,104	42,881 (70.18%)	31,390 (51.37%)	81,130	64,867 (79.95%)	42,289 (52.12%)	1,614	767 (47.52%)
2549	62,140	47,701 (76.76%)	37,393 (60.18%)	87,075	77,748 (89.29%)	56,767 (65.19%)	1,557	928 (59.60%)
2550	64,113	49,981 (77.96%)	43,651 (68.08%)	102,985	86,994 (84.47%)	72,825 (70.71%)	1,523	1,044 (68.55%)

ในขณะที่ภาครัฐยังไม่มีมาตรการในการควบคุม กำกับและดูแลด้านมาตรฐานและคุณภาพอาหารในตลาดนัดและรถเร่ ผลการศึกษาสถานการณ์และระบบการจัดการความปลอดภัยด้านอาหารในผักและผลไม้ในตลาดนัดและรถเร่ของสถาบันคลังสมองซึ่งศึกษาในช่วงเดือนตุลาคม 2547 - พฤษภาคม 2548 พบว่า มีการปนเปื้อนของสารเคมีอันตรายค่อนข้างสูง โดยเฉพาะสารกันรา พบมากถึงร้อยละ 87.11 (พบ 277 ตัวอย่าง จาก 318 ตัวอย่าง) สารบอแรกซ์ ร้อยละ 55.88 (พบ 152 ตัวอย่าง จาก 272 ตัวอย่าง) และสารกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 3.58 ในขณะที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์ และเฝ้าระวังอาหารปลอดภัยโดยตรวจสอบอาหารสดในตลาดสดประเภทที่ 1 ซึ่งมีการพัฒนาให้เป็นตลาดสดนำซื้อ โดยเมื่อเปรียบเทียบผลการตรวจสารปนเปื้อน ในช่วงเดือนตุลาคม 2548 - กันยายน 2549 พบสารเคมีอันตรายปนเปื้อนเพียงร้อยละ 1.94 (พบ 3,101 ตัวอย่าง จากจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 159,792 ตัวอย่าง) และยังพบสารพิษฆ่าแมลงตกค้างในผัก อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 3.14 ซึ่งผลจากการศึกษา ได้ชี้ให้เห็นว่าประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องความปลอดภัยด้านอาหารและขาดความตระหนักถึงโทษและอันตรายของสารปนเปื้อนทั้งในมุมมองของผู้ผลิตและผู้บริโภค



2.2 การจัดการสิ่งปฏิกูล

กรมอนามัย ได้สำรวจสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลของท้องถิ่น จากการวิเคราะห์แบบสอบถาม (เทศบาล 57 แห่ง อบต. 62 แห่ง รวม 119 แห่ง) พบว่า ร้อยละ 77.19 ของเทศบาล ไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล และ อบต. ส่วนใหญ่ร้อยละ 95.16 ไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ในเรื่องการจัดบริการสุขสิ่งปฏิกูลตามบ้านเรือน พบว่า ร้อยละ 24.62 และ 64.58 ของเทศบาล และ อบต. มีรถสุขสิ่งปฏิกูลที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย รถสุขสิ่งปฏิกูลของท้องถิ่นที่ไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลส่วนใหญ่จะนำสิ่งปฏิกูลไปทิ้งตามสวนไร่นา และที่สาธารณะก่อให้เกิดปัญหาการแพร่กระจายของโรคระบบทางเดินอาหาร และโรคพยาธิ (ลินจง บ่อศิริวัฒน์. 2545)

สำหรับสถานการณ์สิ่งแวดล้อมสาธาณณะนั้น ข้อมูลจากโครงการสำรวจ สถานการณ์สิ่งแวดล้อมสาธาณณะตามเกณฑ์มาตรฐานระดับประเทศ (สุรพล แสงรัตนชัย และคณะ. 2549) ศึกษาเชิงสำรวจสิ่งแวดล้อมสาธาณณะในประเด็นความสะอาด ความเพียงพอ และความปลอดภัย ใน setting ของ 11 สถานประกอบการ ได้แก่ ศาสนสถาน สวนสาธาณณะ สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิง ตลาดสด สถานีขนส่ง สถานีราชการ โรงพยาบาล โรงเรียน แหล่งท่องเที่ยว ร้านจำหน่ายอาหาร และร่วมในพื้นที่ความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร่วมริมทางเท้า) ใน 12 จังหวัด รวมกลุ่มตัวอย่างสิ่งแวดล้อมสาธาณณะที่สำรวจทั้งสิ้น 6,149 แห่ง และกลุ่มตัวอย่างการสำรวจพฤติกรรมการใช้ส้วมของประชาชน ทั้งสิ้น 12,895 คน พบว่าในภาพรวมของเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 3 เกณฑ์ มีส้วมที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 156 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.5 และเมื่อพิจารณาในแต่ละประเด็น พบว่า มีประเด็นที่ไม่ผ่าน ได้แก่

- ความสะอาด ร้อยละ 90.3 ปัญหาที่พบมากที่สุด ได้แก่ ถึงขยะไม่ถูกสุขลักษณะ ร้อยละ 74.3 ไม่มีกระดาษชำระหรือสายฉีดน้ำร้อยละ 71.5 และไม่มีสบู่ล้างมือร้อยละ 63.8
- ความพอเพียงร้อยละ 75.7 ปัญหาที่พบ ได้แก่ การไม่มีส้วมสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ และสตรีมีครรภ์ร้อยละ 75.5 และมีปัญหาส้วมไม่เปิดให้บริการ ร้อยละ 10.4
- ความปลอดภัย ร้อยละ 68.9 ปัญหาที่พบ ได้แก่ ไม่มีการแยกส้วมชาย - หญิง ร้อยละ 40.1 พื้นไม่แห้งร้อยละ 26.2 และส้วมตั้งอยู่ในที่เปลี่ยวร้อยละ 23.8

2.3 การจัดการมูลฝอย

อัตราการเกิดขยะมูลฝอย พบว่า อัตราการเกิดขยะมูลฝอยเฉลี่ยทั่วประเทศ ประมาณ 0.6 กิโลกรัมต่อคนต่อวัน โดยในเขตกรุงเทพมหานคร เขตเทศบาลรวมเมืองพัทยา และนอกเขตเทศบาล มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอยประมาณ 1.5 1.0 และ 0.4 กิโลกรัมต่อคนต่อวันตามลำดับ และปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นในเขตเทศบาลแต่ละภูมิภาคมีสัดส่วนองค์ประกอบทางกายภาพที่ใกล้เคียงกัน โดยมีสัดส่วนองค์ประกอบของเศษอาหารและอินทรีย์สารมากที่สุดคือร้อยละ 63.57 รองลงมาได้แก่ พลาสติก กระดาษ แก้ว โลหะ ฝ้าย ไม้ ยาง/หนัง ตามลำดับ ส่วนที่เหลือเป็นขยะมูลฝอยอื่นๆ

ปริมาณขยะมูลฝอยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรและการขยายตัวของชุมชน ตลอดจนการขยายตัวทางเศรษฐกิจ จากการคาดการณ์ปริมาณขยะมูลฝอยที่จะเกิดขึ้นในอีกสิบปีข้างหน้า หากขยะมูลฝอยมีอัตราเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 2 ต่อปี ปริมาณขยะมูลฝอยจะเพิ่มขึ้นจากวันละ 40,000 ตันโดยประมาณในปี 2549 เป็นวันละ 49,000 ตันโดยประมาณในปี 2558

จากปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้นทั้งหมด มีเพียงร้อยละ 22 ของปริมาณที่เกิดขึ้นเท่านั้น ที่มี การนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ ได้แก่ ขยะรีไซเคิลประเภทเศษเหล็ก กระดาษ แก้ว พลาสติกและอลูมิเนียม ผ่านกิจกรรมในชุมชน เช่น ร้านรับซื้อของเก่า โครงการผ้าป่ารีไซเคิล ธนาคารขยะในโรงเรียน ตลาดนัดวัสดุรีไซเคิล ศูนย์วัสดุรีไซเคิลชุมชน ขยะแลกข้าวสาร เป็นต้น ประมาณร้อยละ 94 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่นำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่ ส่วนที่เหลือเป็น การนำขยะอินทรีย์มาทำปุ๋ยอินทรีย์และปุ๋ยน้ำชีวภาพ

จากปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นทั้งหมดในปี 2549 จำนวน 14.6 ล้านตัน ประกอบด้วยของเสียอันตรายจากชุมชน รวมอยู่ประมาณ 408,500 ตัน หรือประมาณร้อยละ 3 ของปริมาณขยะมูลฝอยชุมชนที่เกิดขึ้น ซึ่งรวมถึงปริมาณ มูลฝอยติดเชื้อ อีกประมาณ 23,725 ตัน หรือ 65 ตันต่อวัน ของเสียอันตรายชุมชนส่วนใหญ่ประกอบด้วย น้ำมันหล่อลื่นใช้แล้ว แบตเตอรี่รถยนต์ ถ่านไฟฉาย และหลอดฟลูออเรสเซนต์ ซึ่งมีแหล่งกำเนิดที่สำคัญได้แก่ อู่ซ่อมรถ บ้านเรือน และสถานบริการน้ำมัน นอกจากนี้ โรงงานอุตสาหกรรมยังเป็นแหล่งกำเนิดของเสียอันตรายขนาดใหญ่ ซึ่งในปี 2549 มีของเสียอันตรายจากภาคอุตสาหกรรมเกิดขึ้นประมาณ



1.424 ล้านตัน โดยร้อยละ 65 ของปริมาณของเสียอันตรายที่เกิดขึ้นทั้งหมด ยังคงเกิดขึ้นใน กรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ที่ผ่านมาองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งมีการจัดตั้งงบประมาณและดำเนินการออกแบบเพื่อก่อสร้างระบบกำจัดมูลฝอยรองรับการกำจัดมูลฝอยของแต่ละท้องถิ่นเป็นหลัก ในขณะที่ท้องถิ่นระดับเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ยังไม่มีระบบจัดการขยะมูลฝอยที่ดี เป็นผลให้มีขยะมูลฝอยตกค้างตามสถานที่ต่างๆ การนำขยะมูลฝอยกลับมาใช้ประโยชน์ในรูปปุ๋ยอินทรีย์ และวัสดุรีไซเคิลยังมีไม่แพร่หลาย นอกจากนี้ยังขาดระบบการจัดการของเสียอันตรายจากชุมชนอย่างถูกหลักวิชาการ จึงมีการจัดการรวมไปกับขยะมูลฝอยชุมชน ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการปนเปื้อนสู่สิ่งแวดล้อม และมีความเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน

ในปี 2549 มีขยะมูลฝอยที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการประมาณร้อยละ 36 ของปริมาณที่เกิดขึ้นทั่วประเทศ โดยกรุงเทพมหานครได้ว่าจ้างบริษัทเอกชนเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ในเขตเทศบาลและเมืองพัทยาสามารถกำจัดขยะมูลฝอยได้ร้อยละ 37 ของปริมาณที่เกิดขึ้น โดยสถานที่จัดการขยะมูลฝอยที่ได้รับงบประมาณได้ออกแบบก่อสร้างและสามารถเดินระบบได้แล้วจำนวน 96 แห่ง จากทั้งหมด 113 แห่ง แบ่งเป็น ระบบฝังกลบอย่างถูกหลักสุขาภิบาล 90 แห่ง ระบบผสมผสาน 3 แห่ง (เทศบาลตำบลเวียงฝาง จังหวัดเชียงใหม่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดชลบุรี และเทศบาลนครระยอง) และระบบเตาเผา 3 แห่ง (เทศบาลเมืองลำพูน เทศบาลนครภูเก็ต และเทศบาลตำบลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี) สำหรับขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นนอกเขตเทศบาล มีเพียงองค์การบริหารส่วนตำบลประมาณ 300 แห่ง จากทั้งหมด 6,617 แห่ง ที่นำขยะมูลฝอยไปกำจัดอย่างถูกหลักสุขาภิบาลร่วมกับเทศบาลที่มีระบบกำจัดดังกล่าว โดยสามารถกำจัดขยะมูลฝอยอย่างถูกหลักสุขาภิบาลได้เพียงประมาณร้อยละ 6 ของปริมาณที่เกิดขึ้นนอกเขตเทศบาล ส่วนที่เหลือยังคงได้รับการกำจัดที่ไม่ถูกต้อง เช่น การเผากลางแจ้ง หรือซุดหลุมฝังหรือกองทิ้งไว้บนพื้นที่ว่างต่างๆ อย่างไรก็ตาม สถานที่จัดการขยะมูลฝอยที่ถูกหลักวิชาการส่วนใหญ่ยังคงประสบปัญหาการเดินระบบและการบำรุงรักษาที่ไม่ถูกต้อง เพราะขาดบุคลากรและงบประมาณในการดูแลและเดินระบบ ทำให้สถานที่จัดการขยะมูลฝอยที่ได้รับการออกแบบก่อสร้างอย่างถูกหลักวิชาการนั้น ขาดประสิทธิภาพในการจัดการ

ของเสียอันตรายจากชุมชน ส่วนใหญ่ยังไม่ได้มีการจัดการอย่างถูกต้อง เนื่องจากหน่วยงานท้องถิ่นที่รับผิดชอบด้านการจัดการขยะมูลฝอยไม่มีสถานที่จัดการของเสียอันตรายจากชุมชนโดยเฉพาะ ประชาชนจึงเก็บของเสียอันตรายบางส่วนไว้ภายในที่พัก เช่น ซากถ่านไฟฉาย ซากหลอดฟลูออเรสเซนต์ สำหรับของเสียอันตรายบางชนิดที่สามารถนำกลับมาใช้ประโยชน์ได้ เช่น ซากแบตเตอรี่รถยนต์ น้ำมันเครื่องใช้แล้ว จะมีผู้ประกอบการรับซื้อของเก่ามารับซื้อและนำไปขายต่อให้สถานที่หรือโรงงานที่รับซื้อของเสียเหล่านี้ (กรมควบคุมมลพิษ 2549)

ในส่วนของมูลฝอยติดเชื้อนั้น ปัจจุบันมีสถานบริการสาธารณสุขที่เป็นแหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อมากกว่า 27,000 แห่ง โดยแบ่งออกเป็นสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 883 แห่ง หรือ 88,577 เตียง ซึ่งผลิตมูลฝอยติดเชื้อวันละประมาณ 36 ตัน สถานพยาบาลนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 24,431 เตียง ผลิตมูลฝอยติดเชื้อวันละประมาณ 8 ตัน สถานบริการสาธารณสุขเอกชนจำนวน 472 แห่ง หรือ 41,015 เตียง ผลิตมูลฝอยติดเชื้อวันละประมาณ 21 ตัน

มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากสถานบริการสาธารณสุขจำนวน 820 แห่ง ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง โดยสถานพยาบาลส่วนใหญ่จัดการโดยการเผาในเตาเผามูลฝอยติดเชื้อที่มีอยู่ในสถานพยาบาลเอง ซึ่งยังคงเดินระบบได้อยู่เพียง 568 แห่ง จากทั้งหมด 730 แห่ง ส่วนที่เหลือมีการส่งกำจัดในเตาเผาของสถานพยาบาลอื่น เตาเผามูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอยู่ 10 แห่งทั่วประเทศ และเตาเผามูลฝอยติดเชื้อของเอกชนที่มีอยู่ 1 แห่ง ซึ่งตั้งอยู่ที่นิคมอุตสาหกรรมบางปะอิน

ทั้งนี้ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อยังคงประสบปัญหาตั้งแต่แหล่งกำเนิด อันเนื่องมาจากความไม่สมบูรณ์ของระบบคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อภายในสถานพยาบาล และจากสภาพเตาเผาที่ชำรุด การร้องเรียนจากประชาชน และไม่มีการตรวจวัดมาตรฐานอากาศเสียจากปล่องควันตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตลอดจนราคาน้ำมันที่เพิ่มสูงขึ้นเป็นผลให้สถานพยาบาลมีแนวโน้มในการส่งมูลฝอยติดเชื้อให้เอกชนกำจัดนอกสถานพยาบาลมากขึ้น โดยไม่มีระบบเอกสารกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ และไม่มีการควบคุมคุณภาพของเอกชนที่มาให้บริการดังกล่าว สำหรับระบบกำจัดมูลฝอยติดเชื้อขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ยังไม่สามารถดำเนินการได้เต็มประสิทธิภาพของระบบ



สามารถขยายบริการเพื่อรองรับการจัดการให้กับองค์ปกครองส่วนท้องถิ่นในกลุ่มจังหวัดข้างเคียง อย่างไรก็ตามพบว่าบางกลุ่มจังหวัดยังขาดสถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐาน และเอกชนที่รับเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อมีการแข่งขันกันทางด้านราคาจนขาดคุณภาพในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งการแข่งขันดังกล่าวทำให้สถานพยาบาลต่าง ๆ มาใช้บริการของเอกชนที่รับเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อโดยไม่ใช้บริการเตาเผาขององค์ปกครองส่วนท้องถิ่น

ของเสียอันตรายจากภาคอุตสาหกรรม ที่เกิดขึ้นประมาณปีละ 1.4 ล้านตัน จะถูกนำไปกำจัดทั้งในและต่างประเทศ โดยปัจจุบันมีสถานที่รับกำจัดสิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว และจัดเป็นของเสียอันตรายที่ขึ้นทะเบียนกับกรมโรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 31 ราย แบ่งเป็นโรงงานรับกำจัดของเสียอันตรายและของเสียที่ไม่เป็นอันตรายด้วยวิธีฝังกลบจำนวน 3 ราย โรงงานที่กำจัดของเสียด้วยวิธีเผาในเตาเผาปูนซีเมนต์จำนวน 3 ราย และโรงงานคัดแยกและรีไซเคิลของเสียอันตรายจำนวน 25 ราย จากการรวบรวมข้อมูลจากกรมโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานกำกับดูแล และเอกชนผู้รับกำจัดกากของเสียจากอุตสาหกรรมจำนวน 17 ราย (จากทั้งหมด 31 ราย) พบว่าของเสียอันตรายจากภาคอุตสาหกรรมที่เกิดขึ้นในปี 2549 ได้รับความจัดการประมาณร้อยละ 37 ของปริมาณที่เกิดขึ้น (ไม่รวมปริมาณของเสียอันตรายที่ได้รับการจัดการภายในโรงงาน เช่น การนำกลับมาใช้ใหม่ การรีไซเคิลภายในโรงงาน หรือการส่งคืนผู้ผลิต เป็นต้น) นอกจากนี้ ยังมีการส่งของเสียอันตรายจากภาคอุตสาหกรรมเพื่อนำไปจัดการในต่างประเทศประมาณ 24,000 ตัน และมีการนำเข้าของเสียอันตรายจากต่างประเทศประมาณ 5,379 ตัน เพื่อนำมารีไซเคิลเป็นวัตถุดิบในภาคอุตสาหกรรม

3. สถานการณ์มลภาวะทางอากาศ

จากการติดตามตรวจสอบคุณภาพอากาศของกรมควบคุมมลพิษโดยสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศแบบอัตโนมัติอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และต่างจังหวัด จำนวน 53 สถานี จุดตรวจวัดคุณภาพอากาศแบบชั่วคราวบริเวณริมถนนในกรุงเทพมหานคร และหน่วยตรวจวัดคุณภาพอากาศแบบเคลื่อนที่ พบว่า ปัญหามลพิษทางอากาศที่สำคัญ ได้แก่ ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) และก๊าซโอโซน (O3) สำหรับสารมลพิษอื่นๆ ได้แก่ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์และสารตะกั่ว ส่วนใหญ่ยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน

นอกจากนี้ ยังพบแนวโน้มการเกิดปัญหาสารพิษในอากาศ (Air Toxic) เช่น สารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) ในบางพื้นที่ทั้งชุมชนเมืองและพื้นที่อุตสาหกรรม เช่น กรุงเทพมหานครและพื้นที่มาบตาพุด ทั้งนี้สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจะมีความแตกต่างกันขึ้นกับแหล่งกำเนิดในแต่ละพื้นที่

แนวโน้มสถานการณ์คุณภาพอากาศในกรุงเทพมหานครในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา สารมลพิษที่เป็นปัญหาหลัก คือ ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 100 ไมครอนหรือฝุ่นรวม (TSP) และก๊าซโอโซน (O3) โดยส่วนใหญ่ฝุ่นละอองจะเป็นปัญหาในบริเวณริมถนน ส่วนก๊าซโอโซนจะพบปัญหาในพื้นที่ทั่วไป

- PM10 ในกรุงเทพมหานครมีแหล่งกำเนิดสำคัญจากยานพาหนะ ปัจจุบันมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับ 10 ปีที่ผ่านมา แต่ยังคงเกินมาตรฐานในพื้นที่ริมถนนโดยเฉพาะเขตพื้นที่ชั้นในที่มีการจราจรหนาแน่น ส่วนบริเวณพื้นที่ทั่วไปพบปริมาณต่ำกว่าบริเวณริมถนน และมีแนวโน้มลดลงจนอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานตั้งแต่ ปี 2548 เป็นต้นมา
- TSP ส่วนใหญ่เป็นฝุ่นละอองที่เกิดจากกิจกรรมก่อสร้างและฝุ่นละอองทั่วไป บนถนนมีปัญหาน้อยกว่า PM10 พบว่าบริเวณริมถนนมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี 2539 แต่ยังคงเกินมาตรฐาน ส่วนบริเวณพื้นที่ทั่วไปมีปริมาณใกล้เคียงมาตรฐานตั้งแต่ปี 2541
- ก๊าซโอโซนส่วนใหญ่มีปัญหาในบริเวณพื้นที่ทั่วไป และพบเกินมาตรฐานในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะบริเวณชานเมือง อย่างไรก็ตาม แนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก ส่วนบริเวณริมถนนมีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่ปี 2544 เป็นต้นมา

สารมลพิษทางอากาศอื่น เช่น ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ซึ่งสามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจส่วนล่างก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์มากกว่าฝุ่นละอองที่มีขนาดใหญ่กว่าเป็นอีกปัญหาที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

ในเขตปริมณฑลมีปัญหา PM10 และ ก๊าซโอโซนเช่นเดียวกัน โดยจังหวัดสมุทรปราการ เป็นพื้นที่ที่มีปัญหา PM10 มากที่สุดอย่างต่อเนื่อง แม้ว่าพบแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2547 แต่ยังคงเกินมาตรฐาน ซึ่งแหล่งกำเนิดที่สำคัญมาจากอุตสาหกรรม นอกจากนี้ จังหวัดสมุทรสาคร ปทุมธานี และนนทบุรี พบปัญหาเล็กน้อยและแนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลง ส่วนก๊าซ



โอโซน ส่วนใหญ่พบเกินมาตรฐานที่จังหวัดปทุมธานี รองลงมา ได้แก่ นนทบุรี สมุทรสาคร และสมุทรปราการตามลำดับ

ในพื้นที่ต่างจังหวัด จะมีฝุ่นละอองเป็นปัญหาหลัก ซึ่งมีปริมาณเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในบางจังหวัด เช่น จังหวัดเชียงใหม่ ลำปาง พระนครศรีอยุธยา รวมทั้งบางพื้นที่ในจังหวัดชลบุรีและระยอง ส่วนพื้นที่หน้าพระลาน จังหวัดสระบุรี ซึ่งเคยพบปัญหาฝุ่นละอองจากอุตสาหกรรมไม่บัด และย่อยหิน เหมืองหิน และการขนส่งในพื้นที่ มีความรุนแรงลดลง ปัญหามลพิษจากการเผาในที่โล่งและไฟฟ้า ส่งผลกระทบต่อคุณภาพอากาศอย่างชัดเจน โดยพื้นที่ภาคเหนือตอนบนมีความรุนแรงในช่วงปลายปีและต้นปีซึ่งเป็นฤดูหนาว เนื่องจากสภาพอากาศนิ่ง ความกดอากาศสูง ไม่เอื้อต่อการกระจายของสารมลพิษทางอากาศ ส่วนภาคใต้ตอนล่าง พบปัญหารุนแรงในช่วงกลางปี จากปัญหาหมอกควันข้ามแดน ก๊าซโอโซน พบปัญหาในบางพื้นที่ เช่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา สระบุรี ชลบุรี ระยอง และราชบุรี ซึ่งพบเกินมาตรฐานเป็นครั้งคราว

4. สถานการณ์ด้านการใช้และความเป็นพิษจากสารเคมี

ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในปี พ.ศ. 2543 - 2548 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ.2543 มีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 51,344 ตัน โดยมีมูลค่าการนำเข้า 6,417.46 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2547 มีการนำเข้าสารเคมีเพิ่มสูงขึ้นถึง 99,829 ตัน คิดเป็นมูลค่าถึง 10,370.69 ล้านบาท และในปี 2548 มีการนำเข้าสารเคมีลดลงเหลือ 78,816 ตัน แต่มูลค่าสูงขึ้นเป็น 10,576.15 ล้านบาท จะเห็นได้ว่าในช่วงระยะเวลาดังกล่าว มีปริมาณการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากปี 2543 - 2548 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องถึง 1.5 เท่า

ปัญหาการปนเปื้อนสารกำจัดศัตรูพืชในภาคเกษตรกรรม กรมส่งเสริมการเกษตร ได้สุ่มเก็บตัวอย่างพืชผักในจังหวัดต่างๆ เพื่อตรวจสอบสารพิษตกค้างในผลผลิตการ พืชผักตกค้าง 1,667 ตัวอย่าง (ร้อยละ 42) โดยแบ่งระดับที่ปลอดภัยจำนวน 1,426 ตัวอย่าง หรือร้อยละ 86 ของจำนวนตัวอย่างที่พบสารพิษตกค้าง และระดับไม่ปลอดภัย จำนวน 241 ตัวอย่าง หรือร้อยละ 14 ของจำนวนตัวอย่างที่พบสารพิษตกค้าง บริเวณที่พบปัญหามากที่สุด คือ



บริเวณภาคเหนือตอนล่าง/ภาคกลางตอนบน เช่น จังหวัดกำแพงเพชร นครปฐม นครสวรรค์ เป็นต้น

ข้อมูล พ.ศ. 2548 ของสำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรมเรื่องการผลิตและการบริโภคสารเคมีในประเทศและส่งออกของสารเคมี 5 ประเภท ได้แก่ สบู่และเครื่องสำอางผิว ผงซักฟอก ยาสระผม น้ำยาล้างจาน และน้ำยาปรับผ้านุ่ม พบปริมาณการผลิตทั้งประเทศเฉลี่ย 528,990 ตันต่อปี โดยสินค้าที่มีปริมาณการผลิตมากที่สุดคือ ผงซักฟอก เฉลี่ย 227,970 ตันต่อปี รองลงมาได้แก่น้ำยาปรับผ้านุ่ม เฉลี่ย 97,600 ตันต่อปี สบู่และเครื่องสำอางผิว เฉลี่ย 52,650 ตันต่อปี และน้ำยาล้างจาน เฉลี่ย 49,077 ตันต่อปี

การนำเข้าสารพิษที่นำมาใช้ในอุตสาหกรรมมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 เป็นต้นมา การนำเข้าและส่งออกสารเคมีทางอุตสาหกรรม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สารเคมีที่นำเข้าสูงสุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ เคมีภัณฑ์อินทรีย์ เคมีภัณฑ์อนินทรีย์ เม็ดพลาสติก เคมีภัณฑ์อื่น ๆ สีทาวานิช และวัตถุแต่งสี ซึ่งถูกนำไปใช้ในกระบวนการผลิตทางอุตสาหกรรมที่แตกต่างกัน



ในปี 2549 มีการนำเข้าสารอันตรายในกลุ่มสารอินทรีย์และสารอนินทรีย์จากต่างประเทศประมาณ 6 ล้านตัน และมีการผลิตสารอันตรายในโรงงานอุตสาหกรรมประมาณ 27 ล้านตัน คิดเป็นสารอันตรายประมาณ 33 ล้านตัน ซึ่งสารอันตรายเหล่านี้ยังคงมีความเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยประชาชนทั้งที่เป็นแรงงานในภาคอุตสาหกรรมและภาคเกษตรกรรม

จากการรวบรวมสถิติข้อมูลผู้เจ็บป่วยและเสียชีวิตของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี 2548 มีผู้ป่วยเนื่องจากได้รับพิษจากสารอันตรายทางด้านอุตสาหกรรมรวมทั้งสิ้น 319 ราย ลดลงจากปี 2547 และไม่พบผู้เสียชีวิต โดยสารอันตรายที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย ได้แก่ พิษจากโลหะหนัก เช่น แมงกานีส พรอท และอาร์เซนิก เป็นต้น มีจำนวนผู้ป่วย 14 ราย พิษจากตะกั่วมีจำนวน 14 ราย พิษจากก๊าซและไอระเหย เช่น คาร์บอนไดออกไซด์ คาร์บอนมอนนอกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ คลอรีน และแอมโมเนีย ฯลฯ มีจำนวนผู้ป่วย 169 ราย และสารพิษจากปิโตรเลียม เช่น เบนซิน โทลูอีน และไซลีน ฯลฯ มีจำนวนผู้ป่วย 122 ราย ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากการได้รับสารอันตรายปี 2539 - 2548

(หน่วย: ราย)

สารพิษ	ปี	2539	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548
สารอันตราย ทางการเกษตร	ป่วย	3,175	2,844	4,305	4,171	3,109	2,653	2,571	2,342	1,864	1,321
	เสียชีวิต	32	29	18	33	21	15	11	9	9	-
สารอันตราย ทางอุตสาหกรรม	ป่วย	201	211	287	365	1,177	280	180	157	853	319
	เสียชีวิต	-	1	1	1	4	-	-	-	1	-
รวม	ป่วย	3,376	3,055	4,592	4,536	4,286	2,933	2,751	2,499	2,717	1,640
	เสียชีวิต	32	30	19	34	25	15	11	9	10	-





5. ผลกระทบจากภาวะโลกร้อน

และการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ และการรองรับภาวะฉุกเฉิน

การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ทำให้อุณหภูมิทั่วโลกสูงขึ้น จึงทำให้มีจำนวนวันที่อากาศร้อนเพิ่มขึ้น คลื่นความร้อนรุนแรงขึ้น เกิดภัยพิบัติที่สืบเนื่องจากภูมิอากาศแปรปรวน เช่น พายุ น้ำท่วมรุนแรง และบ่อยครั้ง ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ ทั้งผลกระทบทางตรง เช่น เกิดการเจ็บป่วยถึงเสียชีวิตจากคลื่นความร้อน น้ำท่วม เป็นต้น ส่วนผลกระทบทางอ้อม เช่น ทำให้ที่อยู่อาศัยของสัตว์ที่เป็นพาหะของโรคติดต่อเปลี่ยนแปลงไปในทางเสริมแรง การแพร่กระจายของยุงสู่แหล่งอาศัยใหม่ ทำให้พื้นที่เกิดการระบาดของโรคเปลี่ยนไปขยายตัวมากขึ้น โดยเฉพาะอากาศที่ร้อนขึ้นจะทำให้เพิ่มโอกาสและความรุนแรงในการเกิดโรค เช่น โรคที่มียุงเป็นพาหะ ได้แก่ มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้เหลือง และไข้สมองอักเสบ อากาศที่ร้อนยังมีผลทำให้เกิดมลพิษทางอากาศและทางน้ำสูงขึ้น ส่งผลให้มีผู้ป่วยด้วยโรคระบาดที่สัมพันธ์กับน้ำและอาหาร เช่น อหิวาตกโรค โรคบิด เพิ่มขึ้น



การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ที่ส่งผลให้มีอุณหภูมิเพิ่มขึ้น ยิ่งเร่งอันตรายจากมลภาวะทางอากาศในเมืองก่อให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพอนามัยของผู้อยู่อาศัยในเมืองเพิ่มขึ้น หากไม่มีการป้องกันและเฝ้าระวังอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ อุณหภูมิที่สูงขึ้นทำให้อากาศไอโซนที่บริเวณระดับต่ำ มีความเข้มข้นสูงขึ้น ซึ่งก๊าซไอโซนที่ระดับนี้เป็นสารมลพิษชนิดหนึ่ง มีฤทธิ์ทำลายเนื้อเยื่อปอด ก่อให้เกิดโรคหืดหอบและโรคเกี่ยวกับปอด ผู้ป่วยโรคเกี่ยวกับหัวใจ จะเสี่ยงต่อการเกิดหัวใจล้มเหลว เนื่องจากหัวใจจะทำงานหนักในสภาพอากาศที่ร้อนเพื่อปรับอุณหภูมิในร่างกายให้เย็นลง และการเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศยังทำให้อากาศที่จะเกิดคลื่นความร้อนมีสูงขึ้น โดยเฉพาะกับประชากรในประเทศเขตร้อน เช่น คลื่นความร้อนที่เกิดขึ้นในยุโรปเมื่อปี พ.ศ. 2546 มีรายงานว่า เป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรจำนวนมากถึง 35,000 คน

นอกจากนี้ ภัยธรรมชาติที่คาดการณ์ว่าจะรุนแรงขึ้น ได้แก่ ภาวะภัยแล้ง เช่น ในช่วงกลางปี พ.ศ 2533 ประเทศไทยต้องประสบกับความแห้งแล้งรุนแรงจากปรากฏการณ์เอลนีโญ ที่เชื่อกันว่าอาจจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศโลก ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างรุนแรงต่อผลผลิตทางการเกษตร ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะการขาดแคลนอาหารและความอดอยาก ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร และภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ โดยเฉพาะในเด็กและคนชรา นอกจากนี้ไฟป่าอาจจะเกิดบ่อยครั้งขึ้น และแนวโน้มของผลผลิตทางการเกษตรที่ลดลงจากภัยธรรมชาติ หรือจากภาวะภัยแล้ง การปรับตัวของมนุษย์ เช่น การย้ายถิ่นฐาน การแย่งชิงทรัพยากร หรือการได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากสภาพภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง อาจทำให้เกิดความเครียด และมีผลเสียต่อสุขภาพกายและจิตได้

6) สภาวะด้านภัยพิบัติ/อุบัติเหตุ

6.1) ภัยพิบัติจากแผ่นดินไหว

หลังจากแผ่นดินไหวครั้งใหญ่ที่ก่อให้เกิดคลื่นยักษ์(สึนามิ)ทำลายชีวิตและทรัพย์สินมนุษย์ไปกว่าแสนคน เมื่อเดือนธันวาคม 2547 ที่เกาะสุมาตรา ประเทศอินโดนีเซีย มีรายงานการเกิดแผ่นดินไหวในสถานที่ต่าง ๆ ทั่วโลกบ่อยมากขึ้น สำหรับประเทศไทยยังไม่มีแผ่นดินไหวโดยตรง แต่ก็ปรากฏแนวรอยเลื่อนที่มีศักยภาพในการเกิดแผ่นดินไหวที่สามารถส่งผลกระทบมาถึงได้ คือ แนวเลื่อนในมหาสมุทรอินเดีย อินโดนีเซีย จีนตอนใต้ ลาว และพม่า และมีบริเวณที่มีกิจกรรมซึ่งกระตุ้นให้เกิดแผ่นดินไหว คือ การทำเหมือง ขุดเจาะน้ำมัน ก๊าซธรรมชาติ และเขื่อนขนาดใหญ่

6.2) อุบัติภัยธรรมชาติจากสภาพภูมิอากาศแปรปรวน

ภาวะอากาศแปรปรวนเป็นผลมาจากสภาวะโลกร้อน ซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมการเผาไหม้ น้ำมันเชื้อเพลิง โดยในรอบ 40 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีอุณหภูมิสูงขึ้น 1 องศาเซลเซียส ขณะที่ในรอบ 100 ปีมานี้ ทุกส่วนของทวีปเอเชีย มีอุณหภูมิสูงขึ้น 1-3 องศาเซลเซียส ส่งผลต่อภาวะแปรปรวนของอากาศอย่างเห็นได้ชัดเจน กล่าวคือ

- ในช่วง 10 ปีหลัง พายุไต้ฝุ่นและพายุโซนร้อนเพิ่มจำนวนมากขึ้น เฉลี่ย 1-2 ลูกต่อปี และเกิดขึ้นทุกปี และพายุที่เกิดจะมีความรุนแรงมากขึ้น อาจที่มีความเร็วถึง 250 กิโลเมตร/ชั่วโมง
- เกิดภาวะฝนทิ้งช่วงยาวนานขึ้น และเมื่อมีฝนตก ฝนจะตกหนักมีฟ้าคะนอง (ฟ้าแลบฟ้าผ่า) และตกแรงมาก แต่จะตกในช่วงสั้นๆ มักทำให้เกิดภาวะน้ำท่วมฉับพลัน และเกิดดินถล่มในบางพื้นที่ที่สามารถเกิดได้ในทุกภาคของประเทศ จากข้อมูลในปี 2538-2548 มีอุทกภัยเกิดขึ้นทุกปี ปีละหลายครั้งรวม 112 ครั้ง แต่ที่รุนแรงที่สุดเกิดในเดือนพฤษภาคม 2549 เกิดฝนตกหนักติดต่อกัน 2-3 วัน จนเกิดเหตุการณ์น้ำท่วมฉับพลัน ดินถล่มใน 6 จังหวัดภาคเหนือ โดยอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ได้รับความเสียหายมากที่สุด บ้านเรือนถูกพัดหายไปกับกระแสน้ำภายในคืน



เดี่ยวกว่า 100 หลังคาเรือน ประชาชนตายและสูญหายกว่า 100 คน ทำให้ประชาชนบาดเจ็บ ไร้ที่อยู่และเดือดร้อนเกือบ 80,000 คน ทำความเสียหายนับพันล้านบาททั้งที่ทำกินและที่อยู่อาศัย

- นอกจากนี้ ในช่วงปี 2546 - 2548 ยังเกิดสถานการณ์ภัยแล้งอย่างหนัก และยาวนานส่งผลให้ปริมาณน้ำที่เก็บกักในเขื่อนและอ่างเก็บน้ำต่าง ๆ ลดลงจนเกือบแห้งขอด เกิดการขาดแคลนน้ำ ก่อปัญหาความขัดแย้ง การแย่งชิงน้ำ และเป็นสถานการณ์ที่เอื้อต่อการเจริญเติบโต และแพร่ขยายพันธุ์ของแมลงและสัตว์น้ำโรคต่างๆ
- ฤดูร้อนจะยาวขึ้น และฤดูหนาวจะหดสั้นลง ภัยจากไฟป่าจะมากขึ้น
- คลื่นในทะเลสูงขึ้น ส่งผลต่อชาวประมงและการท่องเที่ยวทางทะเล
- ปรากฏการณ์เอลนีโญอาจเกิดทุก 2 ปี และลานินญาจะเกิดขึ้นปีเว้นปี

6.3) อุบัติภัยจากสารเคมี

ในปี 2521- 2545 เกิดอุบัติเหตุสารเคมีรวม 122 ครั้ง เป็นการระเบิด 17% จากก๊าซไวไฟ/น้ำมัน 17% จากแอมโมเนียและต่างเข้มข้น 15% ในปี 2546 กรมควบคุมมลพิษ รายงานการเกิด 28 ครั้งแต่กรมโรงงานอุตสาหกรรมรายงานการสอบสวนอุบัติเหตุในโรงงาน 59 เหตุการณ์ เป็นเพลิงไหม้ 35 ครั้ง การระเบิด 8 ครั้ง และการรั่วไหลของสารเคมี หรือก๊าซ 5 ครั้ง ส่วนปี 2547 มีรายงานที่เผยแพร่ (ในโครงการฐานการจัดการความรู้ ความปลอดภัยด้านสารเคมี) จำนวน 28 ครั้ง เป็นอุบัติเหตุที่เกิดจากกระบวนการผลิตในโรงงานถึง 12 ครั้ง แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุสารเคมีน่าจะสูงกว่าในอดีต ซึ่งจะสูงขึ้นตามกิจกรรมและจำนวนโรงงานอุตสาหกรรมที่เพิ่มมากขึ้น โดยอาจเป็นการระเบิดของอุปกรณ์หรือสารเคมี การเกิดเพลิงไหม้และก๊าซ รวมถึงการรั่วไหลของสารกัมมันตรังสี

บทที่ 3

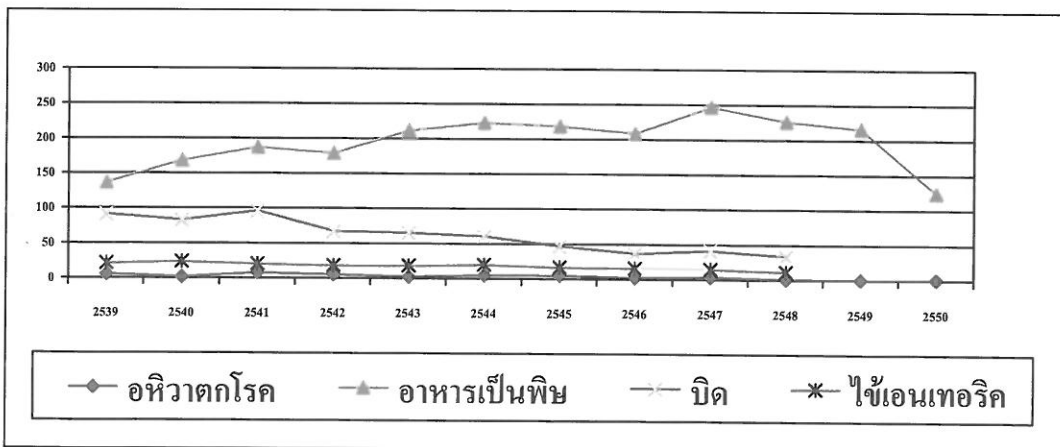
สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชน
ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผลจากการสำรวจภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนระหว่างปี พ.ศ. 2534-2549 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชาชนเจ็บป่วยด้วยภาวะของโรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ และโรคระบบทางเดินอาหารตามลำดับ และเมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน พบว่าภาวะการเจ็บป่วย ด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไทรอยด์ โรคภูมิแพ้ และโรคระบบประสาทจิตเวช มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจแยกเป็นกลุ่มโรคติดต่อและไม่ติดต่อ โรคอุบัติใหม่ รวมทั้งโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ได้ดังนี้

1. สถานการณ์โรคติดต่อ

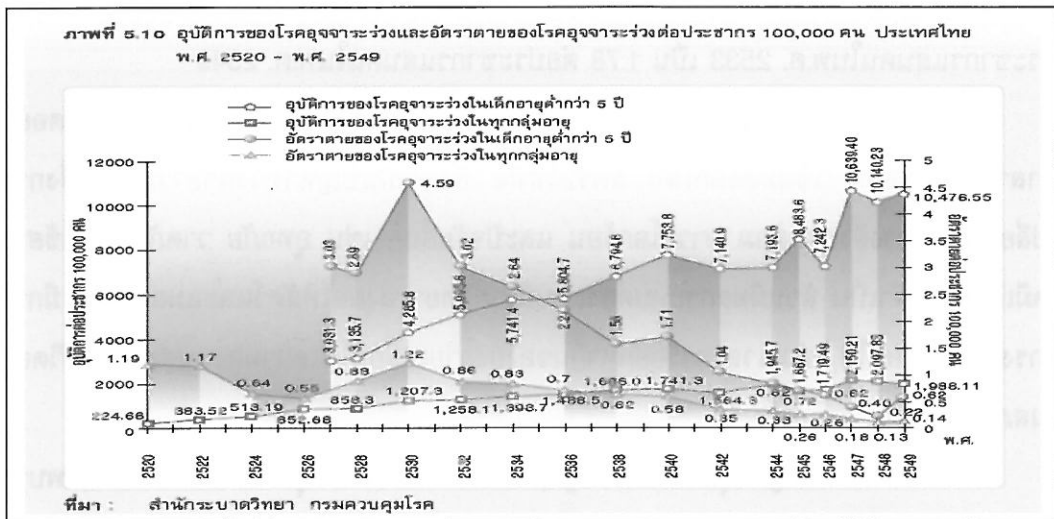
1.1 โรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและน้ำ เชื้อโรคหลายชนิด พยาธิและสารเคมี ที่ปนเปื้อนมากับอาหารและน้ำดื่มที่ใช้รับประทาน หรือแม้กระทั่งพืชพิษ ก็จะมีส่งผลทำให้ผู้บริโภคอาหารนั้นมีโอกาสรับเชื้อหรือสารพิษเข้าไปในร่างกาย และแสดงอาการของโรคนั้นได้ เช่น อหิวาตกโรค อูจจาระร่วงเฉียบพลัน อาหารเป็นพิษ บิด ไช้เอนเทอริค ตับอักเสบ พยาธิใบไม้ตับ ฝีในตับ มือ เท้าและปาก

ภาพแสดงอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและน้ำ ปี 2539-2550



จากปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (หนังสือการสาธารณสุขไทย 2548-2550) พบว่าโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยมีอุบัติการณ์ที่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนักทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยเฉพาะในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปีที่พบอุบัติการณ์สูงกว่าผู้ใหญ่ ซึ่งจากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยระดับจังหวัด พบว่าแนวโน้มการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเด็กลดลงในระยะ 5 ปี จากอัตราการป่วย 6.0 ครั้ง/คน/ปี ในพ.ศ.2538 เป็น 3.6 ครั้ง/คน/ปี ในพ.ศ.2544 แต่ก็ยังสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ให้เหลือไม่เกิน 1 ครั้ง/คน/ปี

ภาพแสดงอุบัติการณ์ของโรคอุจจาระร่วงและอัตราตายของโรคอุจจาระร่วงต่อประชากร 100,000 คน ประเทศไทย พ.ศ. 2520-2549



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

สำหรับผู้ป่วยโรคติดต่อระบบทางเดินอาหารและน้ำในกลุ่มผู้ใหญ่ พบว่าสาเหตุของการเกิดโรคเนื่องจากการเตรียมอาหารจำนวนมาก เช่น มังงานเลี้ยงในหมู่บ้าน งานแต่งงาน อาหารให้เด็กนักเรียน การรับประทานของดิบ เช่น เลือดสด เนื้อสัตว์ปรุงไม่สุก อาหารที่เตรียมไว้นานและไม่ได้นำมาอุ่นก่อนรับประทาน ดื่มน้ำที่ไม่ได้มาตรฐานน้ำดื่ม

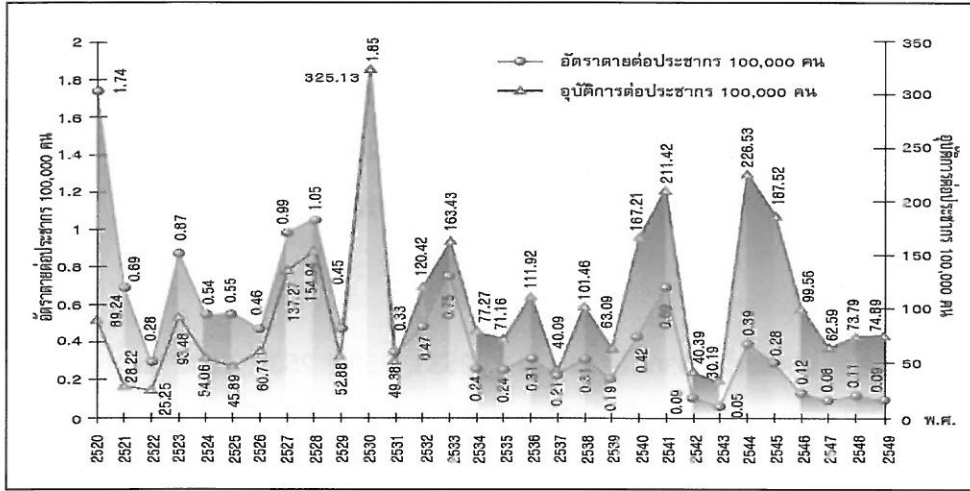
1.2 โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจ ในบางโอกาสอากาศที่หายใจ อาจมีเชื้อโรค บางชนิดบางชนิดปะปน เนื่องจากความสกปรกของอากาศด้วยพวกฝุ่นละออง ละอองไอน้ำ เชื้อโรค บางชนิดยังคงมีชีวิตอยู่ได้ เมื่อหายใจเอาอากาศสกปรกซึ่งมีการปนเปื้อนด้วยเชื้อโรคเข้าไป ก็อาจทำให้เกิดเป็นโรคขึ้นได้ เช่น โรคหวัด ไข้หวัดใหญ่ ปอดอักเสบ วัณโรค

จากปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (หนังสือการสาธารณสุขไทย 2548-2550) พบว่า ปัจจุบันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (ARI) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในประเทศไทย โดยพบว่า โรคปอดบวมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคติดเชื้อใน เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบอุบัติการณ์ของโรคปอดบวมในเด็กลดลงจากร้อยละ 5.2 ในพ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 1.85 ในพ.ศ. 2549 รวมทั้งอัตราการตาย ก็พบว่ามีแนวโน้มลดลงจาก 15.1 ต่อ ประชากรแสนคนในพ.ศ. 2533 เป็น 1.78 ต่อประชากรแสนคนในพ.ศ. 2549

1.3 โรคติดต่อที่นำโดยแมลง ปัจจุบันโรคติดต่อที่นำโดยแมลง เช่น ไข้เลือดออก มาลาเรีย ไข้ซิกา ไข้สมองอักเสบ สดรับไทฟัส ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ซึ่งการ เปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม ภาวะโลกร้อน และปัจจัยอื่นๆ เช่น อุทกภัย วาตภัย การใช้สาร เคมีเกินความจำเป็น ล้วนมีผลกระทบต่อระบบนิเวศวิทยา ส่งผลให้สัตว์และแมลงต่างๆ มีการ ดำรงชีพที่เปลี่ยนไป เช่น เวลาการออกหากินของยุงลายเปลี่ยนไป ความคงทนต่อการมีชีวิตอยู่ใน สภาพแวดล้อมต่างๆ เป็นต้น

จากปัญหาสุขภาพที่สำคัญ (หนังสือการสาธารณสุขไทย 2548-2550) พบว่า โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศตลอดระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา โดยยังไม่มีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะช่วง พ.ศ. 2540, 2541 และ พ.ศ. 2544, 2545 กลับมี แนวโน้มสูงขึ้น ลักษณะคล้ายมีการระบาด 2 ปี เว้น 2 ปี อย่างไรก็ตาม อัตราการป่วยตาย พบว่ามีแนวโน้มลดลง

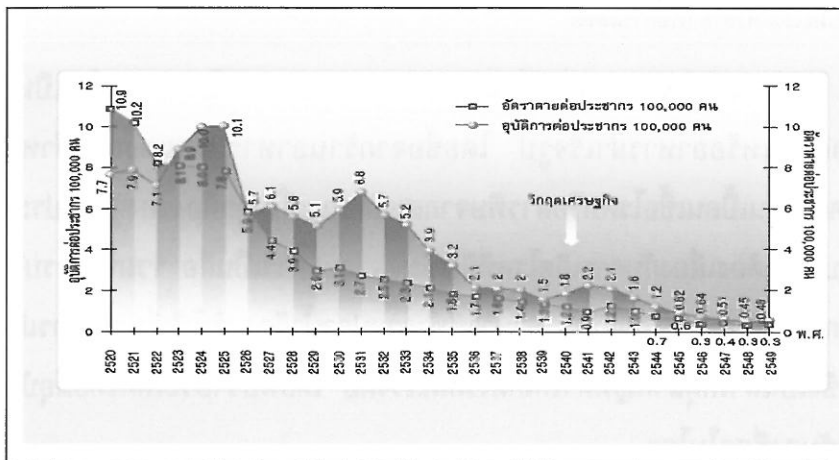
ภาพแสดงอัตราอุบัติการณ์และอัตราตาย (ต่อแสนประชากร)



ที่มา : สำนักโรคต้อตา

สำหรับไข้มาลาเรียประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการควบคุมระดับหนึ่ง ทำให้อุบัติการณ์และอัตราตายลดลง แต่ยังพบปัญหาในบางพื้นที่โดยเฉพาะบริเวณจังหวัดชายแดนไทย-พม่า และไทย-กัมพูชา รวมทั้งปัญหาเชื้อโรคดีดอยา สำหรับในช่วงปี 2540-2542 เป็นที่น่าสังเกตว่าอุบัติการณ์ของไข้มาลาเรียมีแนวโน้มสูงขึ้นเล็กน้อย แต่อัตราตายไม่เพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์นี้คาดว่าน่าจะเกี่ยวข้องกับการยกเลิกการใช้ดีดีทีตั้งแต่ปี 2538 และปรากฏการณ์ El NiNo อย่างไรก็ตามตั้งแต่ ปี 2543 อุบัติการณ์และอัตราตายของไข้มาลาเรียมีแนวโน้มลดลง

ภาพแสดงอุบัติการณ์และอัตราตายจากไข้มาลาเรีย ประเทศไทย ปี 2520 - ปี 2549



ที่มา : สำนักโรคติดต่ออันตราย โดยแมลง กรมควบคุมโรค สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ปัจจุบันโรคเท้าช้างในประเทศไทยมีอัตราความชุกของโรคลดลง จาก 8.46 ต่อประชากร 100,000 คนในปี 2535 เหลือ 0.35 ต่อประชากร 100,000 คนในปี 2549 แต่ก็ยังมีบางพื้นที่ที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ โดยเฉพาะในจังหวัดชายแดนระหว่างไทย-พม่า และไทย-มาเลเซีย ทั้งนี้เนื่องจากสภาพแวดล้อมเอื้อต่อการเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงพาหะและเป็นแหล่งที่ชาวต่างชาติ โดยเฉพาะพม่าเข้ามาประเทศไทยเพื่อขายแรงงาน

2. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อ

2.1 โรคมะเร็ง จากสถิติในปี พ.ศ. 2533, 2536, 2539, 2542 และ 2543 พบว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่พบมากในสตรีไทย 5 อันดับแรก คือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งรังไข่

ภาพแสดงอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งที่พบมากในสตรีไทย พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2543

		อัตราอุบัติการณ์ต่อประชากร 100,000 คน				
ลำดับ	ชนิด	พ.ศ. 2533	พ.ศ. 2536	พ.ศ. 2539	พ.ศ. 2542	พ.ศ. 2543
1	มะเร็งปากมดลูก	23.4	20.0	19.5	19.8	24.7
2	มะเร็งเต้านม	13.5	16.3	17.2	19.9	20.5
3	มะเร็งตับ	16.3	15.5	16.0	14.3	12.3
4	มะเร็งปอด	12.1	11.1	10.0	9.9	9.3
5	มะเร็งรังไข่	4.5	4.7	5.2	6.2	6.0

ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์

2.2 มะเร็งตับ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนการบริโภคอาหารไปเป็นการบริโภคอาหารนอกบ้านหรืออาหารสำเร็จรูป โดยซื้อจากร้านอาหารหรือแผงลอยจำหน่ายอาหาร อาจเกิดการปนเปื้อนเชื้อโรคหรือสารพิษจากสุขลักษณะที่ไม่ถูกต้องของผู้ปรุงประกอบอาหาร ซึ่งทำให้ผู้บริโภคต้องเสี่ยงกับการเกิดโรคที่มีสาเหตุจากอาหารเป็นสื่อ รวมทั้งการบริโภคอาหารที่ปรุงไม่สุกด้วยความร้อนโดยเฉพาะอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืด ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ โดยพบว่าประเทศไทยมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับสูงที่สุดในโลก

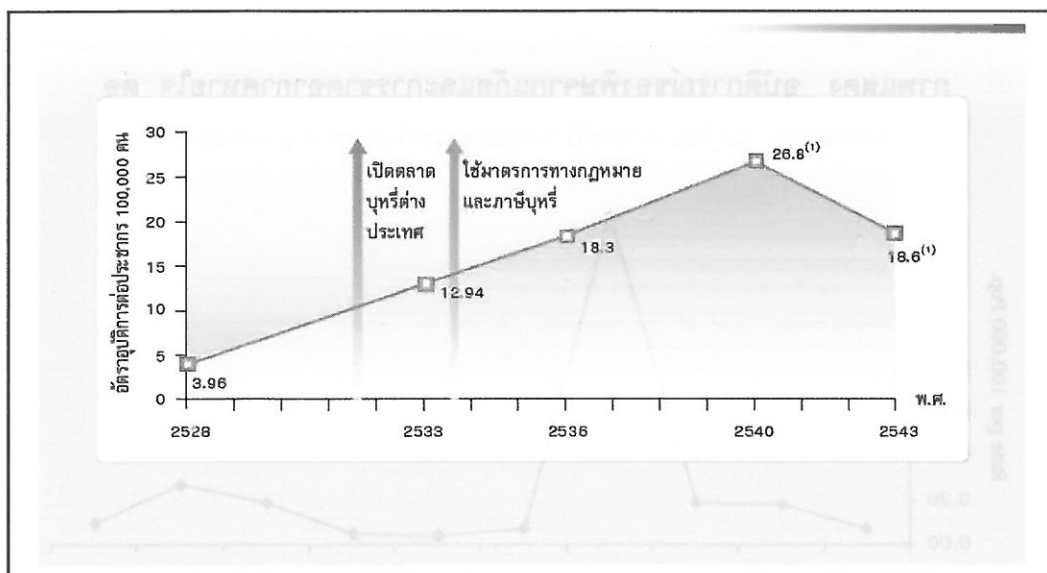
ภาพแสดงอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับต่อประชากร 100,000 คน ของประเทศไทย
พ.ศ. 2536, พ.ศ. 2539, พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2543

พ.ศ.	อุบัติการณ์ต่อประชากร 100,000 คน	
	เพศชาย	เพศหญิง
2536	37.4	15.5
2539	40.5	16.0
2542	38.6	14.3
2543	31.2	11.5

ที่มา : Cancer in Thailand, 1995-2000

2.3 มะเร็งปอด อุบัติการณ์ของมะเร็งปอดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นถึง 7 เท่า จาก 3.96 ต่อประชากร 100,000 คนในพ.ศ.2528 เพิ่มขึ้นเป็น 26.8 ต่อประชากร 100,000 คนในพ.ศ.2540 และลดลงเป็น 18.6 ต่อประชากร 100,000 คนในปี 2543 ซึ่งคาดว่าจะมีส่วนสัมพันธ์กับการบริโภคยาสูบและมลภาวะทางอากาศ

ภาพแสดงอัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอด ประเทศไทย พ.ศ. 2528 - พ.ศ. 2543



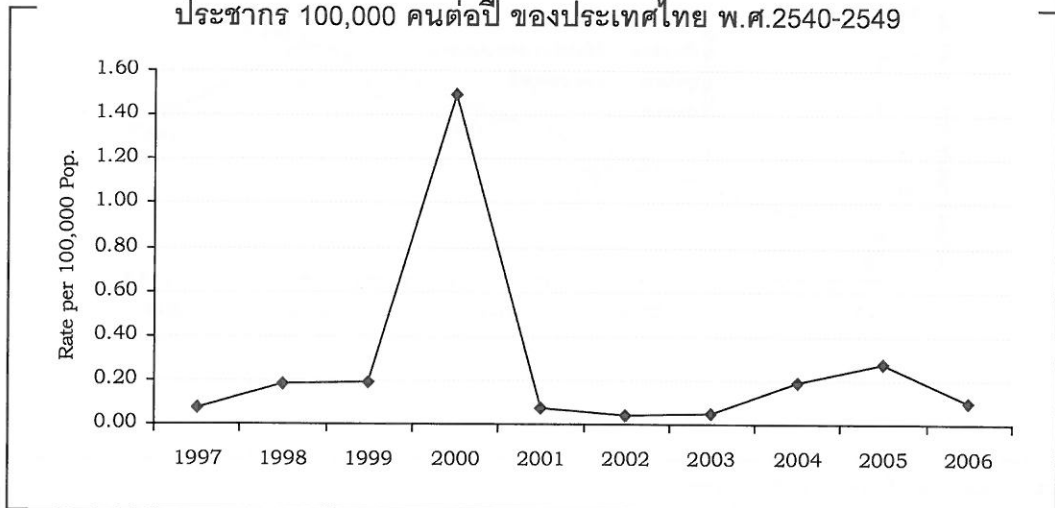
ที่มา : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
หมายเหตุ ⁽¹⁾ เป็นอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปอดในเพศชาย

2.4 โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

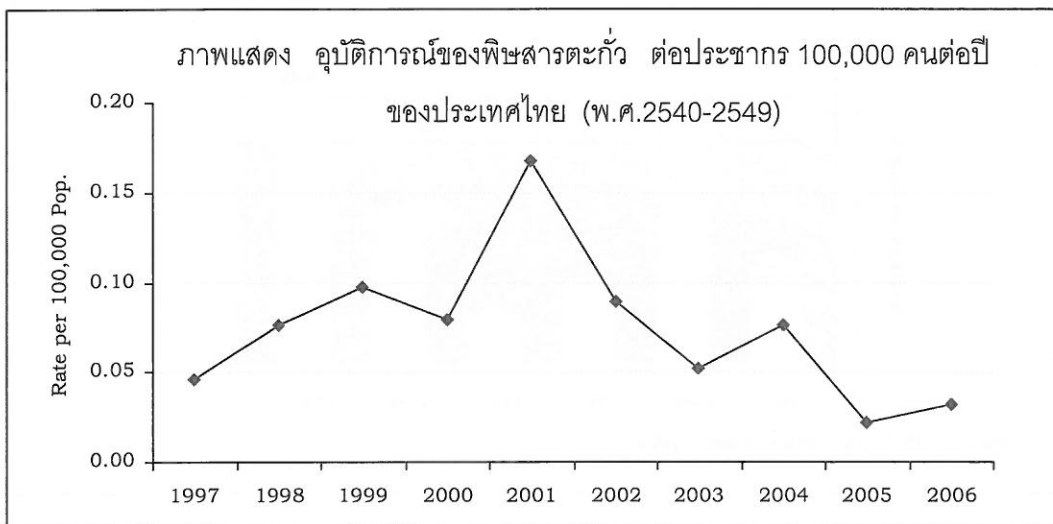
ปัจจุบันมีการนำสารเคมี สารโลหะหนัก สารระเหยและสารทำลายต่าง ๆ มาใช้ในกิจการอุตสาหกรรมจำนวนมาก ซึ่งบ่อยครั้งที่ผู้ประกอบการละเลยต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องทำให้เกิดสภาวะที่เสี่ยงอันตรายและอาจเกิดอุบัติเหตุได้ซึ่งจะมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในชุมชนทำให้ประชาชนที่อาศัยในชุมชนนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ เช่น

โรคพิษจากก๊าซและการขาดอากาศหายใจ (Toxic gas and asphyxia) สารเคมีที่ใช้ในงานอุตสาหกรรมที่มีคุณสมบัติเป็นก๊าซมีหลายชนิดที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และพบได้บ่อยได้แก่ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ แอมโมเนีย ไฮโดรเจนซัลไฟด์ เป็นต้น อันตรายที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงงานอุตสาหกรรม หรือขณะที่มีการขนส่ง ส่งผลให้เกิดอันตรายทั้งคนงานและคนในชุมชน สารเคมีที่อยู่ในรูปของก๊าซและสารระเหย จะเป็นอันตรายต่อระบบทางเดินหายใจ ผิวหนัง และเสียชีวิตได้หากได้รับปริมาณมากๆ จากรายงานของสำนักกระบวนาติวิทยาพบว่า มีผู้บาดเจ็บระหว่างปี 2540-2549 เฉลี่ยปีละ 164 ราย ในปี 2543 ได้รับรายงานสูงสุด 922 ราย เนื่องจากเกิดการรั่วไหลของก๊าซคาร์บอนิลคลอไรด์ ที่จังหวัดระยอง และการรั่วของก๊าซแอมโมเนียที่จังหวัดตรัง

ภาพแสดง อุบัติการณ์ของพิษจากแก๊สและการขาดอากาศหายใจ ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ของประเทศไทย พ.ศ.2540-2549



นอกจากนี้ ยังพบข่าวการรั่วไหลของก๊าซต่างๆ อย่างต่อเนื่อง แต่บางครั้งอาจไม่รุนแรงถึงขั้นบาดเจ็บหรือเสียชีวิต แต่อย่างไรก็ตามปัญหาอันตรายจากการสูดดมก๊าซพิษมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น ตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่มีการนำสารเคมีมาใช้กันอย่างมากมายในปัจจุบัน ดังนั้นการเฝ้าระวังอันตราย การเกิดพิษ หรือการสูดดมสารพิษ ตลอดจนการให้ความรู้ในการป้องกันตนเองแก่พนักงานและประชาชนในชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างมาก โรคพิษจากสารโลหะหนัก (Heavy metal) เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน เนื่องจากถูกนำมาใช้ประโยชน์ในทางอุตสาหกรรมและการเกษตร โดยทั่วไปสารโลหะหนักจะตกค้างและตรวจพบการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม เช่น แหล่งน้ำ ดิน อาหาร ภาชนะเครื่องใช้ต่าง ๆ เป็นต้น โดยโลหะหนักมักเข้าสู่ร่างกายได้ 2 ทาง คือ การหายใจและการกิน สำหรับผู้ป่วยพิษสารโลหะหนักที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข คือ โรคพิษสารตะกั่ว ซึ่งในช่วง 10 ปี ระหว่างปี 2540-2549 มีรายงานผู้ป่วย 459 ราย เฉลี่ยปีละ 45.9 ราย รายงานสูงสุดในปี 2544 จำนวน 104 ราย เนื่องจากการตรวจสุขภาพในโรงงานอุตสาหกรรมที่จังหวัดนครสวรรค์

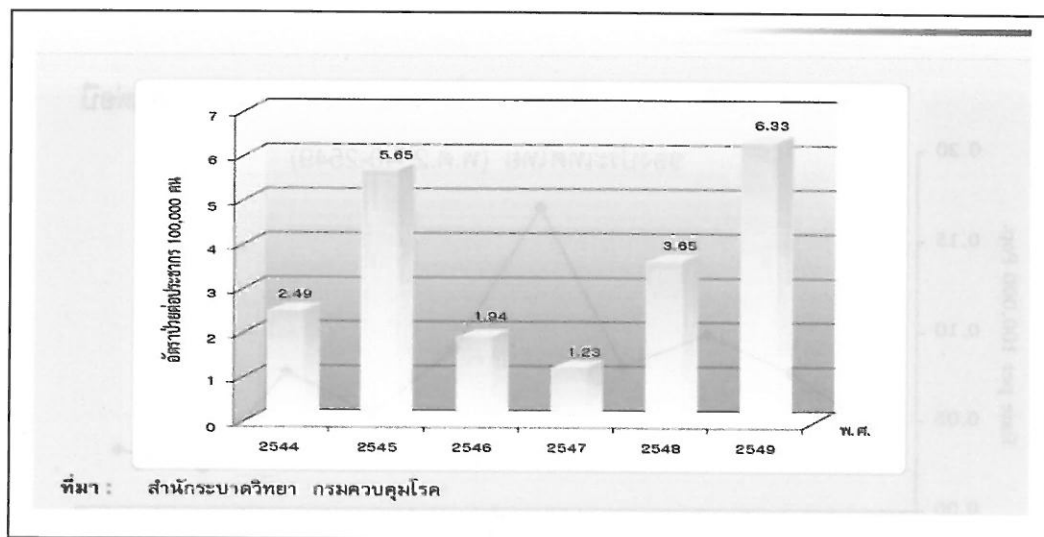


3. สถานการณ์โรคอุบัติใหม่

3.1 โรคไข้หวัดนก สถานการณ์โรคไข้หวัดนกทั่วโลกในปี 2549 พบว่ามีการขยายวงกว้างขึ้นทั้งในสัตว์ปีกและในคน กล่าวคือ ประเทศที่พบการติดเชื้อไวรัสไข้หวัดนก ทั้งในนกอพยพ นกธรรมชาติ และสัตว์ปีกพื้นบ้านที่เลี้ยงเป็นอาหาร เพิ่มขึ้นทั้งในทวีปเอเชีย ยุโรป แอฟริกา มากถึง 56 ประเทศ และมีรายงานผู้ป่วยยืนยันไข้หวัดนกสายพันธุ์ใหม่ที่ติดเชื้อจากสัตว์ปีก เกิดขึ้นใน 9 ประเทศ รวม 116 ราย เสียชีวิต 80 ราย (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 69) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วย 3 ราย เสียชีวิตทั้ง 3 ราย ทุกรายติดเชื้อมาจากสัตว์ปีกที่เลี้ยงในชุมชน จึงเป็นการเปิดโอกาสให้มีการแพร่ระบาดของเชื้อจากสัตว์เข้าสู่คนได้อีก

3.2 โรคมือ เท้า ปาก มีการระบาดในปี 2540 ที่ประเทศมาเลเซีย สำหรับในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยมาตั้งแต่ปี 2549 พบผู้ป่วยทั้งสิ้น 3961 ราย เสียชีวิต 7 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 6.33 ต่อประชากรแสนคน

ภาพแสดงอัตราป่วยโรคมือ เท้าและปาก พ.ศ. 2544 - พ.ศ. 2549





3.3 โรคซาร์ส ปัจจุบันผู้ติดเชื้อไวรัส SARS ทั่วโลกกว่า 1,200 คน และมีผู้เสียชีวิต 167 คน สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยที่มีอาการประมาณ 7 คน และเสียชีวิต 2 คน

3.4 โรคร้ายชนิดใหม่ ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคเว้าบ้า อีโบลา หรือ Malberg Disease ยังมีการค้นพบอยู่เป็นระยะ ในขณะที่โรคติดเชื้อเก่าก็มีการดื้อยา ทั้งแบคทีเรียต่าง ๆ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อวัณโรคที่ทวีความดื้อยา จากวัณโรคที่ดื้อยาหลายตัวยา (Multiple drug resistant TB) มาเป็นวัณโรคที่ดื้อยาอย่างรุนแรง (XDR TB, Extreme drug resistant TB) ที่กำลังเป็นข้อวิตกกังวลในระดับโลกปัจจุบัน

โรคเหล่านี้ยากที่จะประเมินสถานการณ์ ประกอบกับองค์ความรู้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคที่มีรหัสพันธุกรรมใหม่ในประเทศไทยยังไม่เพียงพอ และไม่สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ทำให้โรคเหล่านี้กลับมาระบาดและแพร่กระจายได้ง่ายและรวดเร็ว และกลายเป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อที่รุนแรงและบั่นทอนคุณภาพชีวิตของประชากรโลกและประชากรไทยหากยังปราศจากแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ครบวงจร

4. สถานการณ์มลภาวะสิ่งแวดล้อม

ที่ก่อผลกระทบต่อสุขภาพเฉพาะพื้นที่

มีเหตุการณ์หลายเหตุการณ์ที่แสดงถึงปัญหาด้านมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชน จนเกิดการเจ็บป่วยของประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่และบริเวณใกล้เคียง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากกระบวนการผลิตหรือรั่วไหลจากกระบวนการผลิตของมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรม อาทิเช่น

- ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน ซึ่งรุนแรงและต่อเนื่องยาวนานจากการทำเหมืองหิน การระเบิดหิน การไม่บดย่อยหิน รวมถึงการขนส่งหินในเขตจังหวัดสระบุรี ส่งผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจของคนงานและประชาชนทั่วไปที่พักอาศัยในบริเวณใกล้เคียง
- ปริมาณก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ไนโตรเจนไดออกไซด์และฝุ่นละออง PM10 จากกระบวนการเผาไหม้ถ่านหินลิกไนต์ เพื่อการผลิตไฟฟ้าในอำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ซึ่งมีปริมาณสูงเกินมาตรฐานความปลอดภัยต่อสุขภาพยาวนาน จนส่งต่อการเจ็บป่วยของประชาชนของระบบทางเดินหายใจที่อาศัยอยู่ในบริเวณใกล้เคียง รวมถึงฝนกรดที่ทำลายทรัพย์สินและพืชผลทางการเกษตรเสียหาย
- ปัญหาก๊าซไฮโดรเจนซัลไฟด์กระบวนการกลั่นและผลิตของกำมะถัน และสารเมอร์แคปแทนที่ใช้เติมผสมในก๊าซ LPG จากเขตอุตสาหกรรมที่มีโรงงานปิโตรเคมี ตำบลมาบตาพุด จังหวัดระยอง รั่วไหลออกมาส่งผลให้ครูและนักเรียน 40 คนมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องนำส่งโรงพยาบาล
- จากการตรวจสอบโรงงานอุตสาหกรรมในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด 21 โรง พบว่ามี 6 โรงงานที่มีการรั่วไหลของสารเคมีที่ใช้ในการผลิต จากการถ่ายเทวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์ รวมถึงจากระบบบำบัดน้ำเสียและการกำจัดกากอุตสาหกรรม
- การปนเปื้อนของสารตะกั่วในลำห้วยคลิตี้ อำเภอทองผาภูมิ จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเกิดจากตะกอนตะกั่ว จากน้ำเสียที่ปล่อยออกมาจากกระบวนการแต่งแร่ของโรงแต่งแร่สินแร่ตะกั่วทำให้พบปริมาณตะกั่วในลำห้วยน้ำและในพืชในบริเวณดังกล่าวสูงเกินกว่าระดับที่ปลอดภัย



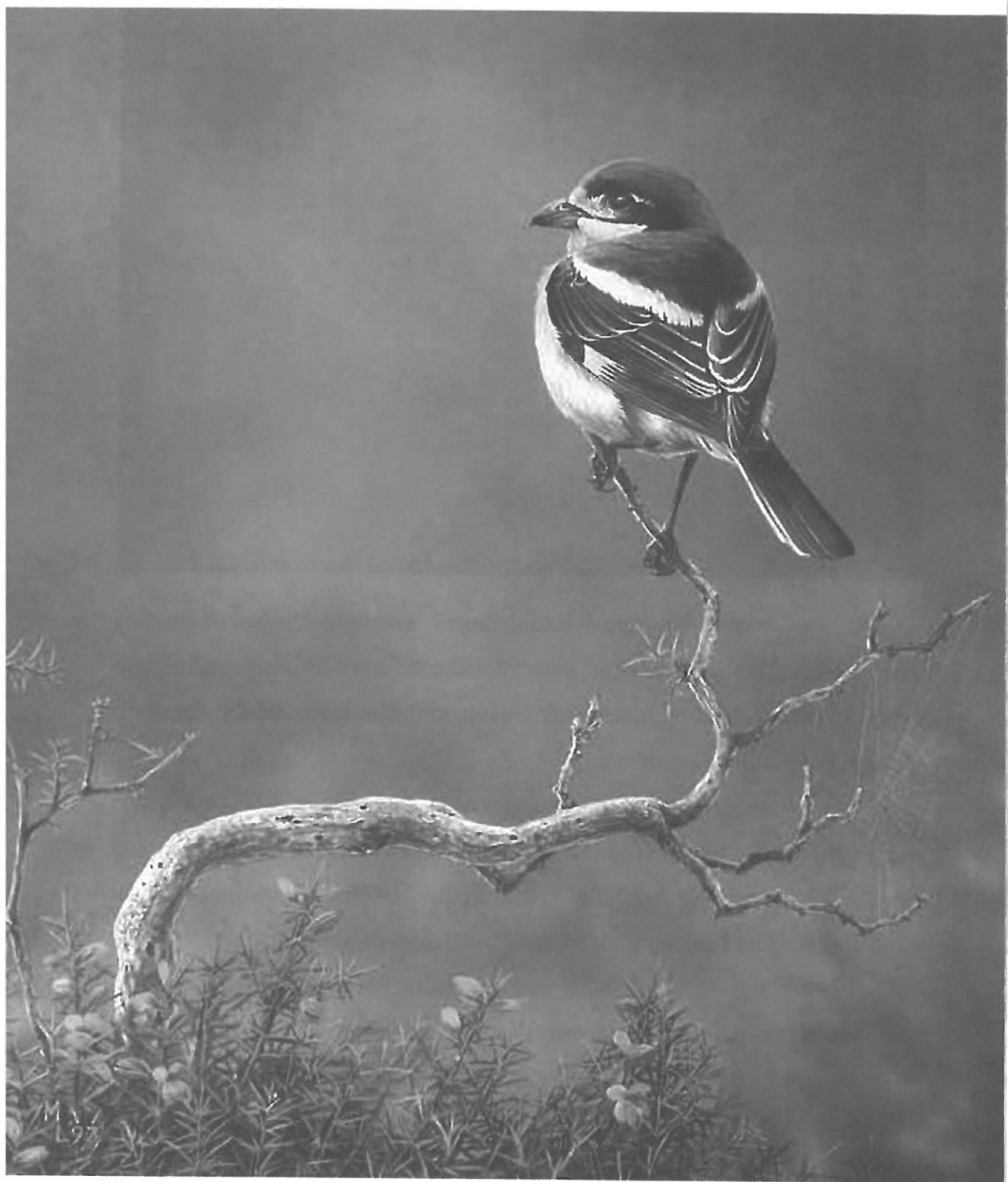
- การปนเปื้อนสารตะกั่วในแม่น้ำปัตตานี ซึ่งมาจากลำห้วยต้นน้ำที่เป็นเหมืองแร่ดีบุกเก่ามีการทิ้งกากแร่ไว้ริมลำห้วย นอกจากนี้ยังมีตะกั่วที่มาจากสีที่ใช้ในอุโมงค์เรือจังหวัดปัตตานี เมื่อตรวจระดับตะกั่วในเลือดของเด็กนักเรียน พบนักเรียนร้อยละ 98 มีระดับตะกั่วในเลือดสูงกว่า 10 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร

- พบแคดเมียมในดินที่อยู่ในลำน้ำแม่ตาบ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก สูงกว่าค่ามาตรฐาน EU ถึง 1,800 เท่า และร้อยละ 95 ของเมล็ดข้าวในบริเวณนั้นมีแคดเมียมที่อยู่ในระดับเดียวกับข้าวที่ทำให้เกิดโรคอิตา - อิตาในญี่ปุ่น โดยพบว่า การปนเปื้อนมาจากฝนชะหน้าดินที่มีแร่สังกะสีและแคดเมียม จากการทำเหมืองสังกะสีลงสู่ต้นน้ำ

- ตรวจพบร้อยละ 5-10 ของปลาทะเลในบริเวณแท่นขุดเจาะก๊าซธรรมชาติ มีความเข้มข้นของสารปรอทสูงเกินค่ามาตรฐานสำหรับการบริโภค

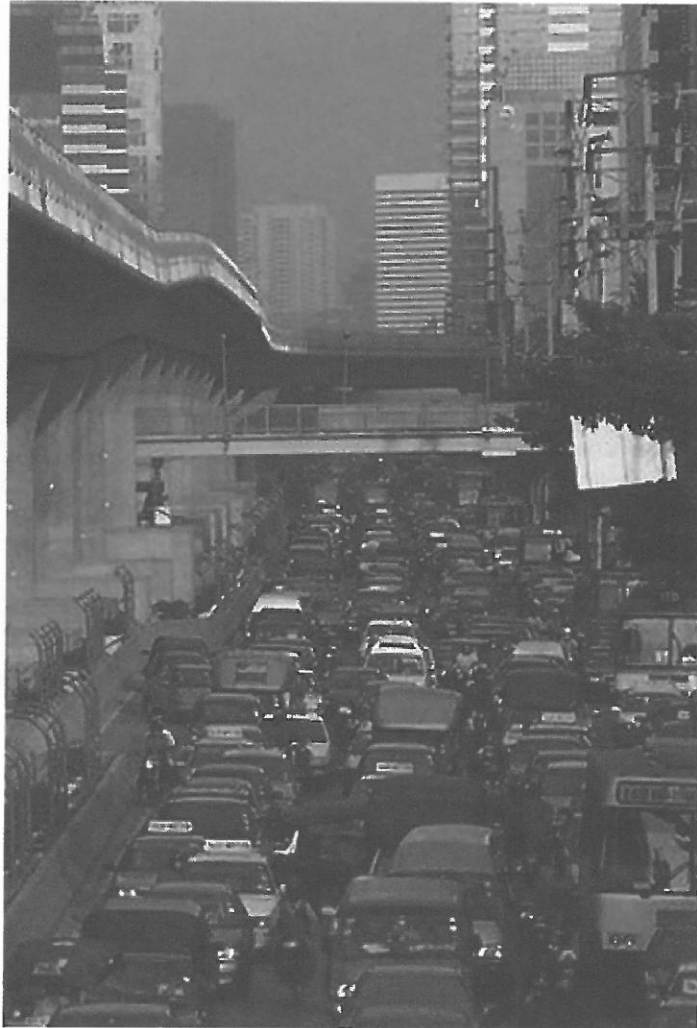
จากกรณีตัวอย่างเหตุการณ์ข้างต้น ทำให้แน่ใจได้ว่า จะต้องมีการรั่วไหลของมลพิษจากอุตสาหกรรมที่กระจายในนิคมอุตสาหกรรมและจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศออกมาก่อปัญหาสุขภาพหมู่ของประชาชนแน่นอน





บทที่ 4

สถานการณ์ด้านการบริหารจัดการ
อนามัยสิ่งแวดล้อมไทย



ด้วยเหตุที่ประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมครอบคลุมถึงปัจจัยแวดล้อมอย่างกว้างขวาง และเกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วนของสังคม เนื่องจากงานอนามัยสิ่งแวดล้อมหมายถึง การควบคุม กระบวนการ อธิพิพล และปัจจัยต่างๆ ด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพ ที่กระทำหรืออาจ กระทำให้เกิดผลเสียทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และการ ดำรงชีพอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข ดังนั้นการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคมของชุมชน ซึ่งในส่วนของภาครัฐจะประกอบด้วยกลไก ทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และ ส่วนท้องถิ่น



1. การบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐ

1.1 การจัดการในระดับส่วนกลาง

ราชการส่วนกลาง ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 กำหนดให้ราชการส่วนกลางอันได้แก่ กระทรวง ทบวง กรม มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ในเรื่องที่รับผิดชอบ วางมาตรฐานกลาง ติดตามกำกับและประเมินผล รวมทั้งการสนับสนุนและพัฒนาขีดความสามารถให้แก่บุคลากรระดับภูมิภาคและส่วนท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกระทรวง ทบวง กรมที่มีบทบาทอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

กระทรวง	กรม / ส่วนราชการ	อำนาจหน้าที่โดยหลัก
1) กระทรวง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	1.1) กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่าและพันธุ์พืช กรมทรัพยากรธรณี กรมทรัพยากรน้ำ กรมทรัพยากรน้ำบาดาล กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง 1.2) กรมควบคุมมลพิษ กรมส่งเสริมคุณภาพ สิ่งแวดล้อม และสำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	1.1) อนุรักษ์ สงวน และบำรุงรักษาพันธุ์พืช การใช้ประโยชน์ทรัพยากรธรรมชาติ ด้านสัตว์ป่าพันธุ์พืช ด้านธรณีวิทยา และด้านแหล่งน้ำธรรมชาติ 1.2) การกำหนดมาตรฐานด้านสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติ ด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมและควบคุมมลพิษในพื้นที่
2) กระทรวงเกษตรและสหกรณ์	2.1) กรมประมง กรมปศุสัตว์ กรมส่งเสริมการเกษตร สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ กรมวิชาการเกษตร 2.2) กรมป่าไม้ กรมพัฒนาที่ดิน กรมชลประทาน	2.1) ส่งเสริมและพัฒนากระบวนการผลิตสินค้าเกษตรกรรม การปศุสัตว์ การประมง และการใช้สารเคมีทางเกษตร 2.2) ส่งเสริมและพัฒนาทรัพยากรด้านป่าไม้ ที่ดิน และการชลประทาน
3) กระทรวงคมนาคม	3.1) กรมการขนส่งทางบก กรมขนส่งทางน้ำและพาณิชยนาวี กรมทางหลวง กรมทางหลวงชนบท	3.1) ดำเนินการด้านการขนส่ง ธุรกิจ การขนส่ง การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านคมนาคมทางบกทางน้ำ
4) กระทรวงอุตสาหกรรม	4.1) กรมโรงงานอุตสาหกรรม กรมส่งเสริมการอุตสาหกรรม กรมอุตสาหกรรมพื้นฐานและการเหมืองแร่ สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน การนิคมอุตสาหกรรม	4.1) ส่งเสริมและพัฒนาอุตสาหกรรม การส่งเสริมการลงทุน และการพัฒนาผู้ประกอบการอุตสาหกรรม

กระทรวง	กรม / ส่วนราชการ	อำนาจหน้าที่โดยหลัก
5) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	5.1) สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ	5.1) ส่งเสริมพัฒนาเกี่ยวกับสารกัมมันตรังสี
6) กระทรวงแรงงาน	6.1) กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักงานประกันสังคม กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน	6.1) บริหารและคุ้มครองแรงงาน พัฒนาฝีมือแรงงาน ปกครองท้องถิ่น
7) กระทรวงมหาดไทย	7.1) กรมการปกครอง กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น 7.2) กรมโยธาธิการและผังเมือง กรมป้องกันบรรเทาสาธารณภัย	7.1) การบำบัดทุกข์บำรุงสุข การรักษาความสงบเรียบร้อยของสังคม ส่งเสริมและพัฒนาการเมือง การปกครองส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น 7.2) การดูแลกิจการสาธารณภัย และการพัฒนาเมือง
8) กระทรวงสาธารณสุข	8.1) กรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหาร/ยา	8.1) การเสริมสร้างสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ และไม่ติดต่อของประชาชน

ซึ่งราชการส่วนกลางนอกจากจะมีอำนาจหน้าที่ข้างต้นแล้ว ยังมีกฎหมายเฉพาะอีกจำนวนหนึ่งที่กำหนดให้อำนาจหน้าที่แก่ราชการส่วนกลาง ในการควบคุมดูแลปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเฉพาะเรื่อง โดยการออกกฎเกณฑ์และบังคับใช้ในลักษณะกฎหมาย (ดูหัวข้อเรื่องระบบกฎหมาย)

1.2. การจัดการในระดับส่วนภูมิภาค

ราชการส่วนภูมิภาค ตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 ได้แก่ “จังหวัด” และ “อำเภอ” ซึ่งเดิมมิได้มีการกำหนดหน้าที่ที่ชัดเจน ในพระราชบัญญัติ

ระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2550 จึงได้กำหนดให้จังหวัดมีอำนาจหน้าที่ดังนี้ (1) นำภารกิจและนโยบายของรัฐบาลไปปฏิบัติให้เกิดผลสัมฤทธิ์ (2) ดูแลให้มีการปฏิบัติและบังคับการให้เป็นไปตามกฎหมาย ส่งเสริม อุดหนุนและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) มีขีดความสามารถในการดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ของ อปท. (3) จัดบริการภาครัฐ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างเสมอภาคและรวดเร็วมีคุณภาพ รวมทั้งส่งเสริมช่วยเหลือประชาชนและชุมชนที่ด้อยโอกาสให้ได้รับความเป็นธรรมทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม ในการดำรงชีวิตอย่างพอเพียง

เพื่อให้จังหวัดมีความสามารถที่จัดบริการให้กับประชาชนในจังหวัดได้โดยตรง จึงได้กำหนดให้ “จังหวัด” เป็นส่วนราชการตามกฎหมายว่าด้วยวิธีการงบประมาณ (มาตรา 52 วรรคสาม) ซึ่งมีผลให้ “จังหวัด” จัดทำค่าของงบประมาณได้โดยตรง และยังกำหนดให้จังหวัดต้องมีการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดที่สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นในจังหวัดด้วย (มาตรา 53/1 วรรคหนึ่ง) และในการจัดทำแผนต้องให้ส่วนราชการประจำจังหวัดและราชการส่วนท้องถิ่นในจังหวัด รวมทั้งผู้แทนภาคประชาสังคมและผู้แทนภาคธุรกิจเอกชน มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนด้วย (มาตรา 53/1 วรรคสาม) ซึ่งกฎหมายยังได้รองรับว่า เมื่อมีการประกาศใช้แผนพัฒนาจังหวัดแล้ว แผนพัฒนาท้องถิ่นของ อปท. และการดำเนินการของส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐ ทั้งปวงที่กระทำในพื้นที่จังหวัดต้องสอดคล้องกับแผนพัฒนาจังหวัดนี้ด้วย (มาตรา 53/1 วรรคสี่)

ในส่วนของ “อำเภอ” กฎหมายก็ได้กำหนดอำนาจหน้าที่ไว้เช่นเดียวกับจังหวัด แต่ได้เพิ่มให้มีบทบาทในการประสานงานกับ อปท. เพื่อให้ร่วมมือกับชุมชนในการดำเนินการให้มีแผนชุมชน เพื่อรองรับการสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. จังหวัด และ กระทรวง ทบวง กรม รวมทั้งบทบาทในการไกล่เกลี่ยหรือระงับข้อพิพาทเพื่อให้เกิดความสงบเรียบร้อยในสังคม โดยให้มีคณะบุคคลทำหน้าที่ดังกล่าว โดยเฉพาะคดีทางแพ่งเกี่ยวกับที่ดิน มรดก หรือข้อพิพาททางแพ่งที่มีทุนทรัพย์ไม่เกิน 200,000 บาท รวมทั้งคดีที่มีโทษทางอาญาที่ยอมความได้และมีใช้เป็นความผิดเกี่ยวกับเพศ ก็ให้ไกล่เกลี่ยระงับข้อพิพาทได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคูกรณีด้วย

นอกจากนี้ พระราชกฤษฎีกาซึ่งออกตามพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2550 ยังได้กำหนดให้ส่วนราชการระดับจังหวัดและระดับอำเภอของ

กระทรวง กรมต่างๆ อยู่ภายใต้การบริหารและการบังคับบัญชาของผู้ว่าราชการจังหวัดและ นายอำเภอแล้วแต่กรณีด้วย

ดังนั้น การบริหารราชการส่วนภูมิภาคในภาพรวมจึงสามารถดำเนินการจัดการ งานอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่ได้เองโดยการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัดที่สอดคล้องกับ นโยบายของราชการส่วนกลาง ขณะเดียวกันก็อาจดำเนินการและสนับสนุนการปฏิบัติการของ ราชการส่วนท้องถิ่นในกรอบนโยบาย ยุทธศาสตร์ของราชการส่วนกลางด้วย

1.3 การจัดการในระดับท้องถิ่น

นับแต่รัฐบาลได้ประกาศใช้พระราชบัญญัติสภาพตำบลและองค์การบริหาร ส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2537 และพระราชบัญญัติเปลี่ยนแปลงฐานะของสุขาภิบาลเป็นเทศบาล พ.ศ. 2542 ทำให้เกิดราชการส่วนท้องถิ่นในประเทศไทยเกิดการเปลี่ยนแปลงและขยายตัวอย่างมาก คือ จากเทศบาล 150 แห่ง สุขาภิบาล 800 แห่ง และองค์การบริหารส่วนจังหวัด 75 แห่ง กลายเป็นเทศบาล 1,156 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 6,628 แห่ง และองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด อีก 75 แห่ง (ข้อมูลกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น 2548) และได้มีการปรับปรุง บทบาทหน้าที่ของ อปท. ใหม่ ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งครอบคลุมทั้งด้านสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม สังคม และการพาณิชย์ของท้องถิ่น โดยกำหนดอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละ ประเภท (กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลและองค์การบริหาร ส่วนจังหวัด) ตามมาตรา 16 มาตรา 17 และมาตรา 18 ไว้ดังนี้



อำนาจหน้าที่ (เฉพาะด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม)	กทม.	อบจ.	เทศบาล/เมือง พัทยา/อบต.
• การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัว	☆	-	☆
• การรักษาพยาบาล	☆	☆	☆
• การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	☆	☆	-
• พัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส	☆	☆	☆
• ส่งเสริมการกีฬา จัดให้มี/บำรุงรักษาสถานที่ พักผ่อนหย่อนใจ (สวนสาธารณะ)	☆	-	☆
• ระบบกำจัดมูลฝอย สิ่งปฏิกูลและน้ำเสีย	☆	☆ (ระบบรวม)	☆ (แต่ละท้องถิ่น)
• ควบคุมการเลี้ยงสัตว์ การฆ่าสัตว์	☆	-	☆
• รักษาความปลอดภัยและการอนามัย โรงแรมที่พัก และสาธารณสุขสถานอื่นๆ	☆	-	☆
• ปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัดและจัดการ เกี่ยวกับที่อยู่อาศัย	☆	-	☆
• จัดให้มีและควบคุมตลาด	☆	☆ (ตลาดกลาง)	☆ (แต่ละท้องถิ่น)
• รักษาความสะอาดของบ้านเมือง	☆	-	☆
• จัดการสิ่งแวดล้อมและมลพิษต่างๆ	☆	☆	-
• การควบคุมสุสานฌาปนสถาน	☆	-	☆
• การสาธารณสุขโรค (การจัดหาน้ำอุปโภค /บริโภค)	☆	-	☆

อำนาจหน้าที่ (เฉพาะด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม)	กทม.	อบจ.	เทศบาล/เมือง พัทยา/อบต.
● การจัดให้มีและบำรุงรักษาทางบก ทางน้ำ และทางระบายน้ำ	☆	-	☆
● การจัดการและดูแลการขนส่งทั้งทางบก และทางน้ำ	☆	☆	-
● การส่งเสริมการท่องเที่ยวและการกีฬา	☆	☆	☆
● การพาณิชย์และการส่งเสริมการลงทุน	☆	☆	☆ (ฝึกอาชีพด้วย)
● การส่งเสริมศิลปะ จารีตประเพณี และวัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่น	☆	☆	☆ (บำรุงรักษา รวมทั้งภูมิปัญญา ท้องถิ่น)
● การขนส่งมวลชนและการวิศวกรรมจราจร	☆	☆	-
● การควบคุมอาคาร และการผังเมือง	☆	-	☆
● การจัดการศึกษา	☆	☆	☆
● การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการ พัฒนาท้องถิ่น และส่งเสริมประชาธิปไตย ความเสมอภาค และสิทธิเสรีภาพของ ประชาชน	☆	☆	☆
● ควบคุมดูแลกิจการที่กฎหมายอื่นกำหนด ให้เป็นหน้าที่ของราชการส่วนท้องถิ่น	☆	☆	☆



โดยบทบาทภารกิจหน้าที่ของหน่วยงานราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นข้างต้น ย่อมสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์สอดคล้องและเป็นเนื้อเดียวกันบนฐานของการจัดบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์สุขของประชาชนในพื้นที่ ทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และการสาธารณสุข โดยราชการส่วนกลางจะเป็นกลไกในการวางกรอบนโยบาย ยุทธศาสตร์ มาตรฐานกลาง และสนับสนุนติดตามกำกับประเมินผลการปฏิบัติของราชการส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น โดยราชการส่วนภูมิภาคจะต้องจัดทำแผนพัฒนาจังหวัด และร่วมมือสนับสนุนช่วยเหลือราชการส่วนท้องถิ่นในฐานะหน่วยงานปฏิบัติ เพื่อการแปลงนโยบาย ยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากราชการส่วนท้องถิ่นที่เป็นองค์กรกระจายอำนาจ ซึ่งมีลักษณะพิเศษ 3 ประการ³ คือ (1) จะมีฐานะเป็น “นิติบุคคล” ที่แยกออกจากราชการส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค (2) มีอัตตาณัติ (Autonomy) กล่าวคือ มีความอิสระที่จะดำเนินกิจการตามอำนาจหน้าที่โดยมีอำนาจวินิจฉัยสั่งการด้วยงบประมาณและเจ้าหน้าที่ของตนเอง (3) ผู้บริหารต้องมาจากการเลือกตั้งจากราษฎรของท้องถิ่นนั้น

ประกอบกับแนวนโยบายของรัฐบาลที่เน้นการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. จึงมีการกำหนดให้รัฐต้องจัดสรรงบประมาณให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้สุทธิของรัฐบาลไม่น้อยกว่าร้อยละยี่สิบห้า และโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีรายได้เพิ่มขึ้นคิดเป็นสัดส่วนต่อรายได้สุทธิของรัฐบาลในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละสามสิบห้า โดยการจัดสรรสัดส่วนที่เป็นธรรมแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและคำนึงถึงรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นด้วย (มาตรา 30(4) แห่ง พ.ร.บ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ พ.ศ. 2549) ซึ่งรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่เป็นรายได้จากภาษีที่รัฐจัดเก็บและแบ่งให้ รองลงมาคือจากเงินอุดหนุน และรายได้ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บเองนั้น มีเป็นสัดส่วนน้อยที่สุด ซึ่งในปี 2549 รัฐบาลได้จัดสรรเงินอุดหนุนทั่วไปเป็น 2 ประเภท คือ ส่วนที่ 1 สำหรับการดำเนินการตามอำนาจหน้าที่

³ ประยูร กาญจนกุล ศ.ดร., คำบรรยายกฎหมายปกครอง, สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พิมพ์ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2538, อ้างแล้ว





ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 50,427 ล้านบาท และส่วนที่ 2 เพื่อพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 9,500 ล้านบาท

ดังนั้น หน่วยงานหลักที่มีหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะ ซึ่งครอบคลุมถึงงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และมีกำลังทรัพยากรด้านงบประมาณพอสมควร จึงเป็น “องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” แต่อย่างไรก็ตาม อปท.ยังมีข้อจำกัดด้านกำลังคนและขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของกำลังคนด้วย

1.4 โครงสร้างการแบ่งส่วนราชการของ อปท.

การกำหนดโครงสร้างของ อปท.แต่ละประเภท อันได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เป็นอำนาจของคณะกรรมการกลางข้าราชการองค์การบริหารส่วนจังหวัด คณะกรรมการกลางพนักงานเทศบาล และคณะกรรมการกลางพนักงานส่วนตำบล ตามลำดับ ซึ่งได้มีการกำหนดโครงสร้างหลักไว้ และในกรณีที่มีความจำเป็นและเพื่อความเหมาะสมกับภารกิจที่รับผิดชอบในการจัดบริการสาธารณะให้กับประชาชนในท้องถิ่น อาจจะทำโครงสร้างเพิ่มเติมได้ ทั้งนี้ การจัดตั้งโครงสร้างและกำหนดกำลังคน อปท.เพิ่มขึ้นนั้น จะต้องไม่ใช้งบบุคลากรเกินกว่าร้อยละ 40 ของงบประมาณทั้งหมดของ อปท.นั้น

ประเภทของ อปท.	โครงสร้างหลัก	โครงสร้างที่กำหนดเพิ่มเติมได้
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) 	<ol style="list-style-type: none"> 1) สำนักปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด 2) กองกิจการองค์การบริหารส่วนจังหวัด 3) กองแผนและงบประมาณ 4) กองคลัง 5) กองช่าง 6) หน่วยงานตรวจสอบภายใน 	<ol style="list-style-type: none"> 1) กองสาธารณสุข 2) กองกิจการพาณิชย์ 3) กองกิจการขนส่ง 4) กองส่งเสริมการศึกษาและวัฒนธรรม 5) กองพัฒนาชนบท 7) กองส่งเสริมคุณภาพชีวิต 8) กองป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย 9) กองทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 10) กองพัสดุและทรัพย์สิน
<ul style="list-style-type: none"> ● เทศบาล 	<ol style="list-style-type: none"> 1) สำนักปลัดเทศบาล 2) สำนัก/กองการคลัง 3) สำนัก/กองการช่าง 4) สำนัก/กองการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 5) สำนัก/กองการศึกษา 7) สำนัก/กองวิชาการและแผนงาน 8) สำนัก/กองการประปา 9) สำนัก/กองการแพทย์ 11) สำนัก/กองการช่างสุขาภิบาล 12) สำนัก/กองสวัสดิการสังคม 	<ol style="list-style-type: none"> 1) กองส่งเสริมวัฒนธรรมการท่องเที่ยวและที่พัก 2) กองเทคโนโลยีสารสนเทศ 3) กองนิติการ 4) กองวิเทศสัมพันธ์ 5) กองป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย 6) กองส่งเสริมและพัฒนาอาชีพ 7) กองส่งเสริมกิจการขนส่ง 8) กองทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 9) กองส่งเสริมกิจการพาณิชย์ 10) กองเทศกิจ 11) กองส่งเสริมการเกษตร 12) กองผังเมือง 13) กองทะเบียนราษฎรและบัตรประจำตัวประชาชน
<ul style="list-style-type: none"> ● องค์การบริหารส่วนตำบล 	<ol style="list-style-type: none"> 1) สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล 2) กองหรือส่วนการคลัง 3) กองช่างหรือส่วนโยธา 	<ol style="list-style-type: none"> 1) กองส่งเสริมการเกษตร 2) กองการศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม 3) กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม 4) กองสวัสดิการสังคม 5) กองนิติการ 6) กองส่งเสริมและพัฒนาอาชีพ 7) กองเทศกิจ 8) กองผังเมือง 9) กองกิจการพาณิชย์ 10) กองป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

2. การมีส่วนร่วมของภาคชุมชน

จากสถานการณ์การเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนเฉพาะพื้นที่ ในหลายพื้นที่พบว่า ภาคประชาชนได้มีการรวมตัวกันอย่างเหนียวแน่น เพื่อร่วมกันต่อสู้ ปกป้องและพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติซึ่งในที่นี้คือ การปกป้องสุขภาพและสิทธิที่จะได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีนั่นเอง ซึ่งเป็นสิทธิตามรัฐธรรมนูญ มาตรา 66 “บุคคลซึ่งรวมกันเป็นชุมชน ชุมชนท้องถิ่น หรือชุมชนท้องถิ่นดั้งเดิม ย่อมมีสิทธิอนุรักษ์หรือฟื้นฟูจารีตประเพณี ภูมิปัญญาท้องถิ่น ศิลปวัฒนธรรมอันดีของท้องถิ่นและของชาติ และมีส่วนร่วมในการจัดการ การบำรุงรักษาและการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม รวมทั้งความหลากหลายทางชีวภาพอย่างสมดุลและยั่งยืน” เช่น

- กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม บ้านกรูด-ปอนอกและทับสะแก กลุ่มอนุรักษ์พิทักษ์ป่าชายเลนแม่รำพึง จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ต่อสู้คัดค้านกรณีโครงการโรงงานถลุงเหล็ก สหวิทยาบางสะพาน

- กลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี ต่อสู้คัดค้านกรณีการทำเหมืองโปแตช

- กลุ่มชุมชนมาบตาพุด ที่ต่อสู้คัดค้านการขยายโครงการตามแผนแม่บทอุตสาหกรรมปิโตรเคมีระยะที่ 3 ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนมาบตาพุด

- ฯ ล ฯ

ดังนั้น การจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่ รัฐจึงจำเป็นต้องให้ภาคประชาชนได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาด้วย

3. ระบบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

จากทรัพยากรธรรมชาติ อันได้แก่ ที่ดิน หิน แร่ธาตุ แม่น้ำ ลำคลอง ป่าไม้ สัตว์ป่า พลังงาน อากาศ ฯลฯ ถือว่าเป็นแหล่งวัตถุดิบในการผลิตของสังคม ไม่ว่าจะเป็นการผลิตในภาคเกษตรกรรมหรือภาคอุตสาหกรรม ในด้านเกษตรกรรมจะมีทั้งการเพาะปลูกพืชสวน พืชไร่ และการทำปศุสัตว์ ซึ่งการเพาะปลูกจะก่อให้เกิดปัญหาด้านสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ปุ๋ยเคมี ปุ๋ยชีวภาพ และกรณีการทำปศุสัตว์ ก็จะก่อให้เกิดปัญหาด้านน้ำเสีย มูลสัตว์ สัตว์พาหะนำโรคที่

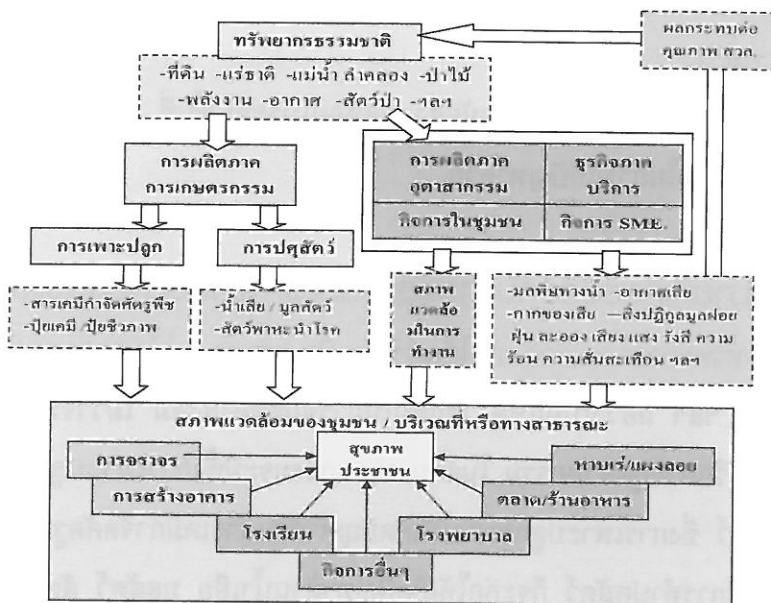


เกิดจากการปลุ่สัตว์ได้ และทั้งหมดนี้ก็จะเป็ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งกระทบต่อสุขภาพของชุมชน

อีกด้านหนึ่ง ทรัพยากรธรรมชาติจะถูกนำไปใช้ในการผลิตภาคอุตสาหกรรม ธุรกิจภาคบริการ กิจกรรมในชุมชนที่มีความหลากหลาย นอกจากนี้ยังมีกิจการ SME ซึ่งรวมถึงกิจการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ด้วย อุตสาหกรรมและกิจการเหล่านี้ล้วนแต่ทำให้เกิดน้ำเสีย อากาศเสีย ขยะและสิ่งปฏิกูล ฝุ่นละออง แสง เสียง รั้งสี ความร้อน ความสั่นสะเทือน ซึ่งจะก่อให้เกิดผลกระทบในด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน นอกจากนี้ในกิจการกลุ่มนี้ยังมีปัญหาเรื่องอาชีวอนามัยหรือสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เราต้องคำนึงถึง ด้วยกิจการเหล่านี้ไม่ว่าจะมีขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ย่อมส่งผลกระทบต่อคนงานได้ถ้าไม่มีระบบป้องกันที่ดี และอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพไปถึงชุมชนที่อยู่ข้างเคียงได้ (ดูแผนภาพที่ 4.1 ประกอบ)

นอกจากนี้ ในสภาพแวดล้อมของชุมชนโดยทั่วไป ก็จะมีพบว่ามีกิจการอื่นอีกมากมาย เช่น กิจการทาบเร่/แผงลอย ตลาด/ร้านอาหาร โรงพยาบาล โรงเรียน การก่อสร้างอาคาร การจราจร ฯลฯ ซึ่งล้วนแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่ได้กล่าวแล้วทั้งสิ้น

แผนภาพที่ 4.1 แสดงผลกระทบต่อสุขภาพจากการประกอบกิจการในสังคม



จากสภาพปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมข้างต้น เมื่อศึกษาและวิเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีกฎหมายอยู่ 2 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มกฎหมายที่รับรองสิทธิการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และ (2) กลุ่มกฎหมายเทคนิคที่ส่วนราชการใช้ในการควบคุมปัญหาเฉพาะเรื่อง ซึ่งพอสรุปประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้

3.1 กฎหมายที่รองรับสิทธิการมีส่วนร่วมของประชาชน

(1) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

โดยบทบัญญัติมาตรา 67 รัฐธรรมนูญได้กำหนดให้ บุคคลย่อมมีสิทธิมีส่วนร่วมทั้งกับรัฐและชุมชนในการอนุรักษ์ บำรุงรักษา และการได้ประโยชน์จากทรัพยากรธรรมชาติและความหลากหลายทางชีวภาพเพื่อให้ดำรงชีพได้อย่างปกติและต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมที่จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพอนามัย สวัสดิภาพ หรือคุณภาพชีวิตของตน และกำหนดให้การดำเนินการโครงการหรือกิจการใดที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม (EIA) และสุขภาพ (HIA) ของประชาชนในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียก่อน รวมทั้งได้ให้องค์กรอิสระซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์กรเอกชนและผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่เกี่ยวข้องให้ความเห็นประกอบการก่อนมีการดำเนินการดังกล่าว รวมทั้งให้สิทธิแก่ชุมชนที่จะฟ้ององค์กรของรัฐเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ตามที่กฎหมายรับรองเรื่องสิทธิชุมชนไว้

มาตรา 80(2) ยังกำหนดให้รัฐต้องส่งเสริมสนับสนุนระบบสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพอันนำไปสู่สภาวะที่ยั่งยืน และส่งเสริมให้เอกชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพด้วย

(2) กฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ

ในมาตรา 6 ได้รับรองให้บุคคลย่อมมีสิทธิในการดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และมีหน้าที่ที่จะร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการด้วย และมาตรา 11 รับรองสิทธิให้กับบุคคลหรือคณะบุคคลที่จะร้องขอให้มีการประเมินและมีสิทธิร่วม ในการกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบาย



สาธารณะ รวมทั้งให้สิทธิในการรับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนิน โครงการ ใดๆ ที่อาจก่อผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือชุมชน

3.2 กลุ่มกฎหมายเทคนิคที่ส่วนราชการใช้ในการควบคุมปัญหาเฉพาะเรื่อง ได้แก่

(1) กฎหมายว่าด้วยส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จะส่งเสริมและอนุรักษ์โดยการกำหนดมาตรการเกี่ยวกับมาตรฐานสิ่งแวดล้อมทั่วไป และกำหนดเขตอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมเขตควบคุมมลพิษ โดยเขตใดที่ถูกกำหนดให้เป็นเขตควบคุมมลพิษ จะมีผลให้ราชการส่วนท้องถิ่นและจังหวัดต้องทำแผนพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมระดับจังหวัดเพื่อการปรับปรุง และกรณีที่กำหนดให้เป็นเขตอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม รัฐก็จะสามารถกำหนดวิธีการและเงื่อนไขการใช้ที่ดินในเขตนั้นได้ เช่น ห้ามมิให้มีการก่อสร้างโรงงาน หรือ ห้ามจัดตั้งหรือจัดทำกิจการใดบริเวณต้นน้ำ นอกจากนี้กฎหมายยังให้กำหนดมาตรฐานด้านมลพิษทางน้ำ มลพิษทางอากาศ และมลพิษอื่นๆ (ซึ่งอาจส่งผลให้เป็นมาตรฐานที่กฎหมายอื่นต้องนำไปบังคับใช้ด้วย ถ้ากฎหมายเฉพาะอื่นนั้นไม่มีการกำหนดมาตรฐานว่าด้วยเรื่องนั้น) รวมทั้งกำหนดแหล่งกำเนิดมลพิษเพื่อการควบคุมมิให้ก่อมลพิษเกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยไม่มีอำนาจในการอนุญาตกิจการโรงงานใดๆ แต่อาจกำหนดให้กิจการใดต้องทำรายงานประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมก่อนดำเนินกิจการ รวมทั้งกำหนดให้มีกองทุนสิ่งแวดล้อมที่จะสนับสนุน อปท. หรือองค์กรเอกชนที่ดำเนินการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมด้วย

(2) กฎหมายว่าด้วยโรงงาน ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงอุตสาหกรรม จะควบคุมดูแลเรื่องการประกอบกิจการโรงงาน โดยกำหนดให้โรงงานประเภทที่ 1 ต้องขออนุญาตประเภทที่ 2 ต้องแจ้งก่อนประกอบการ และประเภทที่ 3 ไม่ต้องแจ้งและไม่ต้องขออนุญาต และเน้นควบคุมมาตรฐานน้ำทิ้ง ฟุ้งละออง สิ่งปฏิกูลและวัสดุใช้แล้ว และของเสียอื่นๆ โดยเฉพาะของเสียอันตรายที่เกิดจากโรงงานอุตสาหกรรม ส่วนกิจการเล็กๆ ที่ไม่เข้าข่ายเป็นโรงงาน (ใช้เครื่องจักรเกินกว่า 5 แรงม้าหรือมีคนงานเกิน 7 คน) ก็จะถูกควบคุมตามกฎหมายอื่น เช่น กฎหมายการสาธารณสุข

(3) กฎหมายว่าด้วยวัตถุอันตราย ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ 3 กระทรวง คือ กระทรวงอุตสาหกรรม ในส่วนของวัตถุอันตรายจากกิจการโรงงาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ในส่วนของวัตถุอันตรายจากภาคเกษตรกรรม และกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนของวัตถุอันตรายจากการรักษาพยาบาล ซึ่งกฎหมายจะกำหนดประเภทของวัตถุอันตรายที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือมีไว้ในครอบครอง ประเภทที่ต้องขออนุญาตก่อนผลิตหรือนำเข้า ประเภทที่ต้องแจ้งก่อนผลิตหรือนำเข้า และประเภทที่ไม่ต้องแจ้งหรือขออนุญาต ทั้งนี้ ทุกประเภทต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการเกี่ยวกับการเก็บ รักษา การใช้ และทำลายด้วย

(4) กฎหมายว่าด้วยคุ้มครองแรงงาน ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงแรงงาน จะดูแลเรื่องความเป็นธรรมในการจ้างงานระหว่างนายจ้างกับลูกจ้าง คุ้มครองด้านสวัสดิการ และสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย รวมทั้งการอาชีวอนามัย ซึ่งจะกำหนดมาตรฐานสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานด้วย

(5) กฎหมายว่าด้วยการควบคุมการฆ่าและจำหน่ายเนื้อสัตว์ กฎหมายว่าด้วยโรคระบาดสัตว์ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ จะกำหนดมาตรฐานของกระบวนการฆ่า ฆ่าแหละสัตว์ โรงฆ่าสัตว์ ที่พักสัตว์ รวมถึงการตรวจโรคสัตว์ ก่อนนำซากสัตว์ไปจำหน่าย ส่วนกฎหมายโรคระบาดสัตว์จะควบคุมเกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์ของประชาชน เพื่อป้องกันมิให้เกิดการระบาดของโรคที่เกิดจากสัตว์ เช่น โรคไข้หวัดนก เป็นต้น

(6) กฎหมายว่าด้วยผังเมือง กฎหมายว่าด้วยควบคุมอาคาร กฎหมายว่าด้วยรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงมหาดไทย จะควบคุมดูแลเกี่ยวกับการวางผังเมืองรวมของเขตพื้นที่ต่างๆ ให้เป็นเขตพื้นที่ควบคุม เช่น ห้ามก่อสร้างโรงงานบางประเภทในเขตชุมชนหนาแน่นมาก หรือห้ามทำกิจการบางประเภทเกินกว่าร้อยละที่กำหนดในเขตพื้นที่ทางเกษตร เป็นต้น ส่วนกฎหมายควบคุมอาคาร จะควบคุมเกี่ยวกับการก่อสร้างอาคารแต่ละประเภท ที่จะต้องขออนุญาตเพื่อตรวจสอบความมั่นคงทางวิศวกรรม ความถูกต้องด้านสุขาภิบาลอาคารสถานที่ เช่น โครงสร้างอาคาร ประตู หน้าต่าง ทางเข้าออก การระบายอากาศ ห้องน้ำห้องส้วม เป็นต้น ก่อนการก่อสร้าง และเมื่อก่อสร้างแล้วอาคารบางประเภทจะต้องขออนุญาตเข้าใช้อาคารด้วย ส่วนกฎหมายรักษาความสะอาดฯ จะเน้นการดูแลความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของ

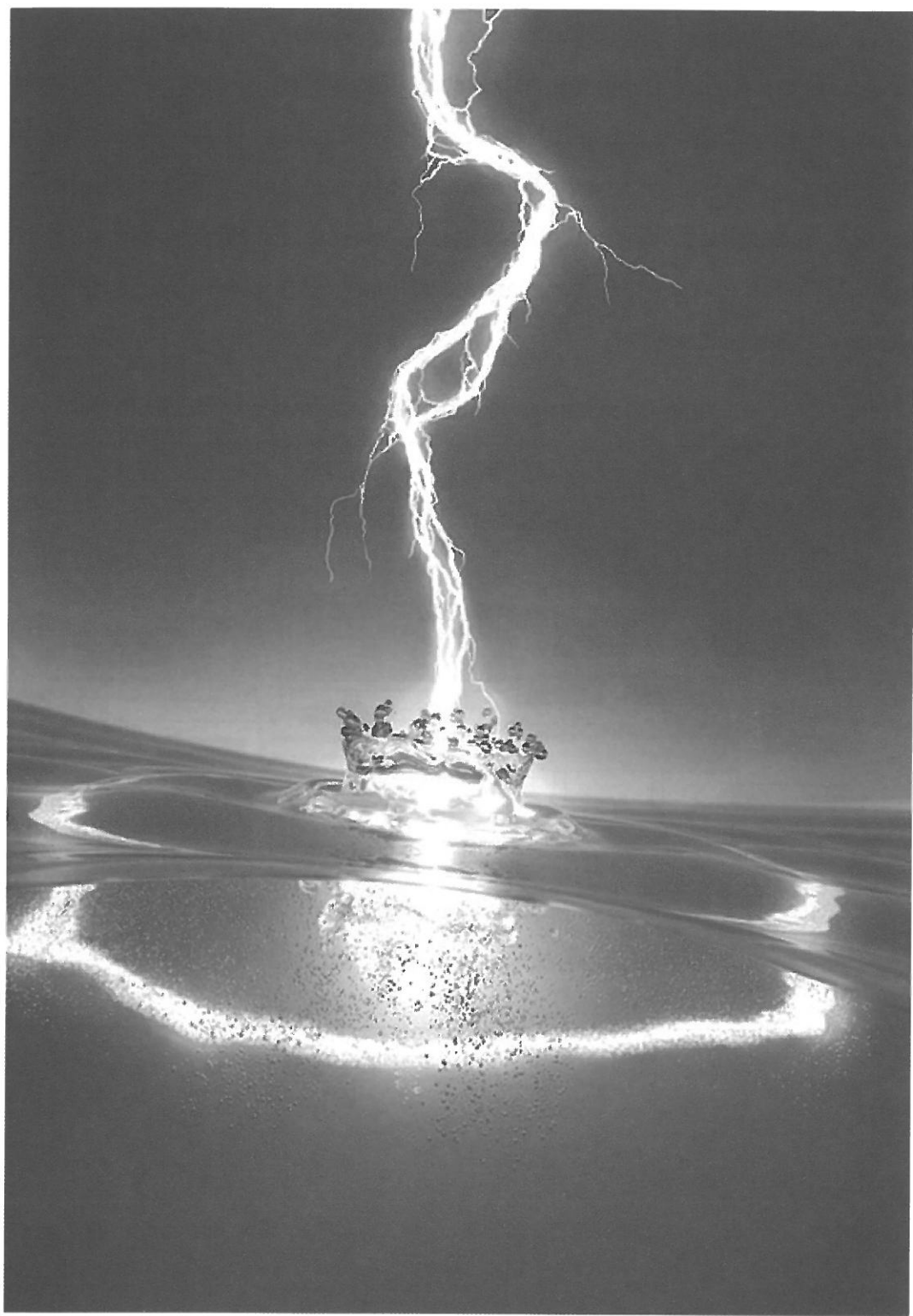
สถานที่สาธารณะ ถนน ทางน้ำ รวมทั้งที่สาธารณะที่อยู่ในเขตท้องถิ่น ซึ่งกฎหมายทั้ง 3 ฉบับ ได้กระจายอำนาจให้ อปท.เป็นเจ้าพนักงานหลักในการควบคุมดูแลในแต่ละเขตท้องถิ่น

(7) กฎหมายว่าด้วยโรงแรม กฎหมายว่าด้วยสถานบริการ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแล ของกระทรวงมหาดไทย จะควบคุมการประกอบกิจการเกี่ยวกับการโรงแรมและสถานบริการ เชิงบันเทิงเรีงรรมณ์ ในด้านความสงบสุขเรียบร้อยของสังคม มิให้เป็นที่ยั้งข้องของการก่อ อาชญากรรม หรือการทะเลาะวิวาท รวมทั้งการค้าประเวณี เป็นสำคัญ ขณะที่การดูแลด้าน สุขลักษณะจะมีกฎหมายสาธารณสุขไปกำกับดูแลประกอบด้วย

(8) กฎหมายว่าด้วยการจราจร กฎหมายว่าด้วยการขนส่งทางบก และกฎหมาย ว่าด้วยการเดินเรือในน่านน้ำไทย ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงานตำรวจแห่งชาติและกระทรวง คมนาคม (กรมขนส่งทางบก/กรมขนส่งทางน้ำและพาณิชยนาวี) จะควบคุมดูแลเรื่องการ จราจรทางบกและทางน้ำ ซึ่งจะครอบคลุมทั้งกฎเกณฑ์การขยับขยายนยนต์การจราจรบนท้องถนน และการขนส่งทางบกในเขตชุมชนเมืองและชนบทซึ่งจะมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการลดอุบัติเหตุ ส่วนกฎหมายการเดินเรือในน่านน้ำไทยจะควบคุมการสัญจรในแม่น้ำลำคลอง การก่อสร้าง อาคารที่ริมแม่น้ำลำคลอง

(9) กฎหมายว่าด้วยการจำหน่ายน้ำมันเชื้อเพลิง ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของ กระทรวงพลังงาน จะเน้นการควบคุมการผลิต การบรรจุ การจำหน่ายของน้ำมันเชื้อเพลิง แก๊ส และผลิตภัณฑ์อย่างปลอดภัย

(10) กฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข กฎหมายว่าด้วยอาหาร กฎหมายว่าด้วย โรคติดต่อ กฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข โดย กฎหมายสาธารณสุขจะมุ่งคุ้มครองสุขภาพของประชาชนให้ได้อยู่ในสภาวะที่เหมาะสมกับ การดำรงชีพ โดยกระจายอำนาจในการควบคุมบังคับใช้กฎหมายนี้ให้กับ อปท. ซึ่งครอบคลุมเรื่อง การจัดการขยะมูลฝอย สิ่งปฏิกูล สุขลักษณะอาคาร การควบคุมเหตุเดือดร้อนรำคาญ ที่เกิด จากการประกอบกิจการต่างๆ เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล กิจการอื่นๆ การดูแลด้านสุขลักษณะ ของตลาด/ร้านอาหาร หาบเร่/แผงลอยทั้งในบริเวณที่เอกชนและที่หรือทางสาธารณะ รวมทั้ง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 134 ประเภท ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัยจึง มีบทบาทในการกำหนดกฎเกณฑ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมข้างต้นเป็นสำคัญ ส่วนกฎหมาย



บทที่ 5

สรุป วิเคราะห์

สภาพปัญหาสิ่งแวดล้อมและภัยคุกคามสุขภาพ

จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของโลก สถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สถานการณ์โรคที่เกี่ยวข้องจากการอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี ในภาพรวมจึงอาจสรุปประเด็นที่สำคัญได้ดังนี้

1) การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกในยุคโลกาภิวัตน์ ที่มีการพัฒนาเทคโนโลยี เศรษฐกิจและสังคม การแข่งขันทางการค้าแบบเสรี(ทุน)นิยม และการผลักดันไปสู่สังคมบริโภคนิยม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของมนุษย์ตลอดจนสถานะทางสุขภาพของประชาชนทั้งในแง่บวกและลบเป็นไปอย่างรวดเร็ว เหล่านี้จึงกลายเป็นปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมที่สำคัญอย่างมากต่อการผลักดันและสร้างสุขภาวะของประชาชนในสังคม ซึ่งอาจวิเคราะห์เป็น

1.1) ปัจจัยสภาพแวดล้อมเชิงสังคม ซึ่งประกอบด้วย การดำเนินชีวิต วัฒนธรรม ค่านิยม การประกอบอาชีพเชิงธุรกิจ ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นลบต่อสุขภาพ เช่น การมีวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ทำงานนอกบ้าน นำไปสู่พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจานด่วน (Fast Food) การไม่ออกกำลังกาย ซึ่งจะมีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคบางประเภทเพิ่มขึ้น เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคเครียด เป็นต้น

1.2) ปัจจัยสภาพแวดล้อมเชิงกายภาพ อันได้แก่ ปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัว ทั้งที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง เช่น สภาวะของอาหารและน้ำบริโภคที่สะอาดหรือไม่สะอาด สภาวะของอากาศที่เป็นมลพิษ(กลิ่นเหม็น ไอร์เรเยหรือละอองสารเคมี) สภาวะของของเสีย (สิ่งปฏิกูล มูลฝอยติดเชื้อหรือสารเคมีที่เป็นพิษ) ในชุมชนที่จัดการอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม สภาวะที่ปลอดภัยในสถานที่ทำงาน เป็นต้น และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศน์ของธรรมชาติ เป็นต้น ซึ่งทั้ง 2 กรณี ล้วนแต่มีผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชน โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่โลกมีภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง (Climate Change) และปัญหาเรื่องสิ่งแวดล้อมเป็นปัญหาของโลกที่ไร้พรมแดน ทำให้ความสัมพันธ์ของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงกับโดยอ้อมแทบจะเป็นเรื่องเดียวกัน ในการจัดการ จึงเป็นเหตุผลที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ผลักดันให้นานาประเทศให้ความสนใจที่จะบูรณาการงานด้านสุขภาพกับงานสิ่งแวดล้อมเข้าด้วยกัน

2) จากสถานการณ์ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมประกอบกับสถานะทางสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่า ในภาพรวมประชาชนยังคงมีแนวโน้มที่จะเกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพอันเนื่องมาจากสภาพปัญหาด้านสภาพแวดล้อมเชิงกายภาพสูงขึ้น กล่าวคือ

2.1) สถานะการเจ็บป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ยังคงมีแนวโน้มสูงขึ้นทั้งกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และทุกกลุ่มอายุ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการเตรียมอาหารจำนวนมาก เช่น มิงงานเลี้ยงในหมู่บ้าน งานแต่งงาน อาหารให้เด็กนักเรียน การรับประทานของดิบ เช่น เลือดสด เนื้อสัตว์ปรุงไม่สุก อาหารที่เตรียมไว้นานและไม่ได้นำมาอุ่นก่อนรับประทาน ดื่มน้ำที่ไม่ได้มาตรฐานน้ำดื่ม สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี น่าจะมีปัญหาด้านสุขาภิบาลอาหารในระดับครัวเรือน อย่างไรก็ตาม ปัญหาเรื่องสารพิษฆ่าแมลงตกค้างในผักสด และปัญหาฟลูออไรด์ในน้ำบาดาล ควรต้องให้ความสำคัญในการแก้ไขมากขึ้น

สำหรับแหล่งน้ำธรรมชาติ แม่น้ำสายต่างๆ ก็มีภาวะเสื่อมโทรมลงมาก อันเนื่องมาจาก ปล่อยน้ำทิ้งจากชุมชนและภาคอุตสาหกรรม โดยเฉพาะความสกปรกด้านสารอินทรีย์ จะมีแหล่งน้ำบางแห่งที่ปนเปื้อนสารเคมี โลหะหนัก อันเนื่องจากการทำเหมืองแร่ เช่น ห้วยคลิตี้ เป็นต้น

2.2) สถานะการจัดการด้านสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ในภาพรวม อปท.ส่วนใหญ่ ยังไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ ทำให้ยังคงมีการทิ้งสิ่งปฏิกูลตามที่สาธารณะและที่สวนไร่นา โดยเฉพาะกิจการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล รวมทั้งปัญหาส้วมรถไฟที่ไม่มีถังเก็บกัก ซึ่งอาจเป็นเหตุของการแพร่ระบาดของโรคระบบทางเดินอาหารได้โดยง่าย นอกจากนี้ส้วมสาธารณะยังคงต้องส่งเสริมให้มีมากขึ้นและต้องได้รับดูแลด้านความสะอาดด้วยเช่นเดียวกัน

ส่วนการจัดการขยะมูลฝอยทั่วไป แม้ว่าโดยส่วนรวม อปท.จะมีการเก็บ ขน และกำจัดได้เป็นส่วนใหญ่ แต่ก็จัดการได้อย่างถูกหลักสุขาภิบาลเพียงร้อยละ 36 เท่านั้น และยังมีปัญหาเรื่องการจัดแบบศูนย์รวมซึ่งต้องได้รับความร่วมมือระหว่าง อปท.ด้วยกันมากขึ้น ส่วนมูลฝอยอันตรายจากชุมชน ซึ่งมีเพียงร้อยละ 3 ของมูลฝอย ได้นำไปกำจัดร่วมกับมูลฝอยทั่วไปอาจจะก่อให้เกิดปัญหาการปนเปื้อนสิ่งแวดล้อมและสุขภาพได้ในอนาคตเมื่อมีปริมาณมากขึ้น ส่วนมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า อปท.ส่วนใหญ่ยังไม่มีระบบการกำจัดเป็นการเฉพาะ แต่เนื่องจากสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขยังคงมีเตาเผาที่ใช้การได้อยู่ถึง 568 แห่ง จาก

820 แห่ง โดยส่วนที่เหลือจะส่งให้ อปท.ที่มีระบบกำจัด และให้เอกชนที่ได้รับอนุญาตจาก อปท. รับผิดชอบกำจัดโดยจ่ายค่าบริการ จึงยังไม่มีปัญหามากนัก แต่ต้องมีการพัฒนาระบบการควบคุม การประกอบการของเอกชนมากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องใบกำกับการณ์ขนย้ายมูลฝอย ส่วน กากอุตสาหกรรมที่เป็นพิษ ที่กรมโรงงานอุตสาหกรรมรับผิดชอบดูแล ปัจจุบันสามารถดำเนินการ ได้ร้อยละ 37 ของปริมาณที่เกิดขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องเพิ่มมาตรการในการจัดการให้ครอบคลุม มากขึ้น เพราะจะมีผลกระทบต่อสุขภาพมาก

2.3) **สภาวะมลพิษทางอากาศ** อันเนื่องจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) ฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 100 ไมครอนหรือฝุ่นรวม (TSP) และก๊าซโอโซน (O3) ส่วน ใหญ่จะอยู่ในพื้นที่เขตเมืองใหญ่ คือ กรุงเทพมหานคร จังหวัดปริมณฑล ต่างจังหวัดที่โรงงาน อุตสาหกรรม (เชียงใหม่ ลำปาง ชลบุรี ระยอง สระบุรี ราชบุรี) โดยมีสาเหตุจากยานยนต์ การก่อสร้าง และโรงงานอุตสาหกรรมโดยเฉพาะโรงโม่หรือระเบิดหิน สำหรับสารมลพิษอื่นๆ ได้แก่ ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์และสารตะกั่ว ส่วนใหญ่ยังอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน จะมีปัญหาเฉพาะในโรงงาน นอกจากนี้ ยังพบแนวโน้มการเกิดปัญหาสารพิษในอากาศ (Air Toxic) เช่น สารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOCs) แม้ว่าโดยส่วนรวมจะมีปัญหาเฉพาะเขตพื้นที่เมือง ส่วน ปัญหาฝุ่นควันจากการเผาป่าหรือเผาหญ้าในที่โล่งจะเป็นปัญหาในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบน และภาคใต้ตอนล่าง ที่เกิดจากผลไฟป่าจากประเทศข้างเคียง ซึ่งเมื่อพิจารณาปัญหาของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก(ARI) พบว่า ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยโรค ปอดบวมเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของกลุ่มโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แม้ว่าอุบัติ การของโรคปอดบวมในเด็กจะลดลง

2.4) **สภาวะปัญหาการใช้สารเคมี** พบว่า มีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในช่วง ปี 2543 - 2548 เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องถึง 1.5 เท่า และพบว่า มีสารพิษตกค้างในพืชผักใน ระดับไม่ปลอดภัยถึงร้อยละ 14 บริเวณที่พบปัญหามากที่สุด คือ บริเวณภาคเหนือตอนล่าง/ ภาคกลางตอนบน เช่น จังหวัดกำแพงเพชร นครปฐม นครสวรรค์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังม ีการนำเข้าสารพิษที่นำมาใช้ในอุตสาหกรรมมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เคมีภัณฑ์อินทรีย์ เคมีภัณฑ์ อนินทรีย์ เม็ดพลาสติก เคมีภัณฑ์อื่น สีทาวานิช และวัตถุแต่งสี และกลุ่มสารอินทรีย์และ สารอนินทรีย์ซึ่งถูกนำไปใช้ในกระบวนการผลิตทางอุตสาหกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งมีความเสี่ยง





ต่อสุขภาพอนามัยประชาชน โดยมีแนวโน้มที่แรงงานภาคอุตสาหกรรมจะได้รับผลกระทบทางสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่แรงงานภาคเกษตรกรรมจะได้รับน้อยลง แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาเรื่องนี้ก็ยังคงต้องมีมาตรการการและให้ความสำคัญในการป้องกันและควบคุม

2.5) ผลกระทบจากสภาวะการเปลี่ยนแปลงเปลี่ยนของภูมิอากาศและภาวะโลกร้อน ที่ไม่เพียงก่ออันตรายต่อชีวิตทรัพย์สินและผลผลิตในการเกษตรกรรมอย่างมากมาย ในรูปของพายุฝนฟ้าคะนองที่มีความรุนแรงและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจนทำให้เกิดน้ำท่วมฉับพลันน้ำป่าไหลหลากดินถล่ม กลายเป็นภัยพิบัติที่สำคัญ ยังมีผลกระทบต่อความแปรปรวนของฤดูกาลที่ยากต่อการคาดเดาฤดูร้อนที่ยาวนานขึ้นและฤดูหนาวหดสั้นลง ภาวะแห้งแล้งยาวนาน ส่งผลให้พืชผลจากการเกษตรกรรมเสียหาย ขาดแคลนน้ำอากาศร้อนจัด/หนาวจัด ทำให้สัตว์ต้องมีการปรับตัว แมลงและเชื้อโรคพัฒนาปรับตัวตามสภาพแวดล้อมทำให้เกิดการกลายพันธุ์ ได้สายพันธุ์ใหม่ที่ก่อให้เกิดโรคระบาดใหม่ๆ ได้ทั้งในพืช สัตว์และในคน ประกอบกับภาวะภูมิต้านทานในตัวลดต่ำลง อันเป็นผลจากการได้รับมลพิษจากสิ่งแวดล้อมและรังสีจากแสงแดด ความแออัดคับคั่งของการอยู่อาศัย ล้วนเป็นปัจจัยสนับสนุนเอื้อต่อการระบาดของโรคให้แพร่กระจายอย่างรวดเร็วหรือการระบาดในกลุ่มประชากรกลุ่มใหม่ที่ไม่เคยมีการระบาดมาก่อน รวมทั้งในกลุ่มคนที่อ่อนแอ เช่น เด็กเล็ก หรือผู้สูงอายุ



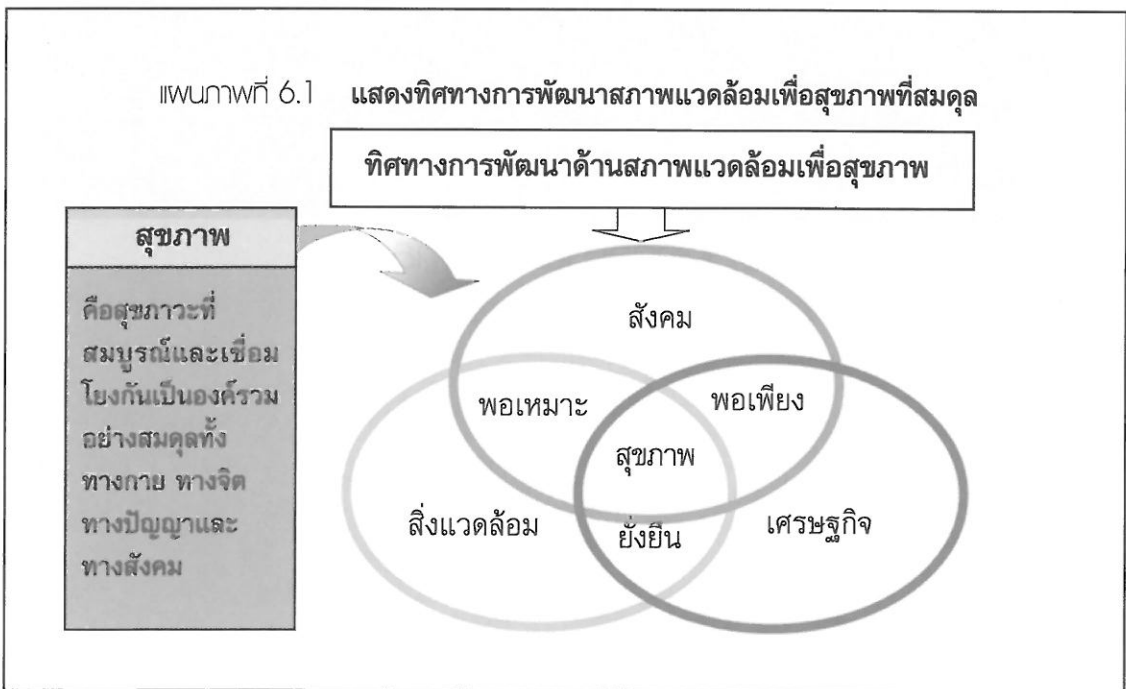


บทที่ 6

ข้อเสนอทิศทาง ยุทธศาสตร์
มาตรการและกลไกในการพัฒนา

1. ทิศทาง หลักการ และยุทธศาสตร์การพัฒนา

โดยที่ “สุขภาพ” หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล จากคำนิยามนี้จะเห็นได้ว่าเป็นการสะท้อนถึงปัจจัยภายในที่เป็นองค์รวมของบุคคล (กาย ใจ ปัญญา และสังคม) ซึ่งการที่จะมีองค์รวมที่สมดุลเช่นนี้ได้ จำเป็นต้องดำรงอยู่ในสภาวะแวดล้อม (ปัจจัยภายนอก) ที่สมดุลด้วย ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้นทิศทางและหลักการในการพัฒนาด้านสภาพแวดล้อมเพื่อสร้างสุขภาพ จึงอยู่ที่การสร้างสมดุลของปัจจัยภายนอกทั้ง 3 ประการในภาพรวม ตามแผนภูมิดังนี้



1.1) “พอเพียง” คือ การใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงที่ยึด 1) หลักมีเหตุผล 2) หลักพอประมาณ และ 3) หลักที่ต้องมีภูมิคุ้มกัน ภายใต้เงื่อนไขการที่ต้องมีความรู้ทางวิชาการ และมีคุณธรรมด้านความซื่อสัตย์ ขยัน อดทน

1.2) “ยั่งยืน” คือ การพัฒนาเศรษฐกิจที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม หรือ การพัฒนาเศรษฐกิจที่ไม่ทำให้ลูกหลานที่เกิดมาภายหลังดำรงอยู่ไม่ได้ในสิ่งแวดล้อมในอนาคต

1.3) “พอเหมาะ” คือ การรักษาวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ ค่านิยม และดำเนินชีวิตโดยไม่ทำลายสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติเกินสมควร

ในที่นี้ จึงมีข้อเสนอในการกำหนดจุดมุ่งหมาย หลักการ/แนวคิดและยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ดังนี้

จุดมุ่งหมาย (Optimum Goal)

เพื่อให้คนไทยได้อยู่ดีมีสุข ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

หลักการ/แนวคิดสำคัญ

- * ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ชี้นำการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาแบบอย่างยั่งยืน
- * ถือเป็นภาระหน้าที่ร่วมกันของทุกภาคส่วน
- * การพัฒนาต้องตั้งอยู่บนฐานแห่งความเป็นมิตรต่อชุมชนและสภาพแวดล้อม เน้น Clean Technology และ Alternative Technology โดยไม่เบียดเบียนผู้อื่น
- * ใช้มาตรการ Precautionary เชิงรุก ที่มีภูมิคุ้มกันและป้องกันไว้ก่อน
- * รัฐมีการจัดการที่เป็นเอกภาพ มีธรรมาภิบาล และตรวจสอบได้โดยภาคชุมชนมีส่วนร่วม

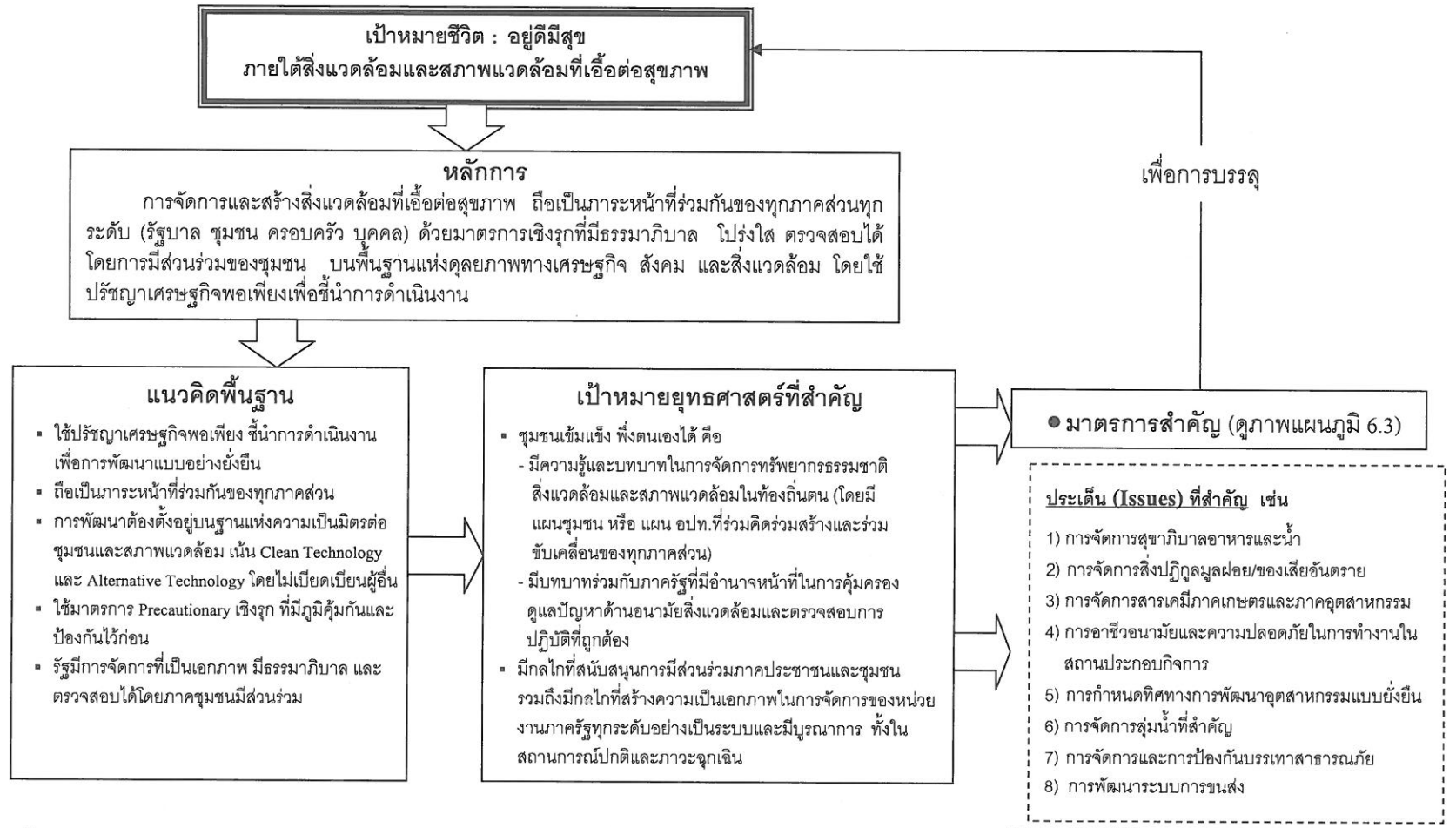
เป้าหมายยุทธศาสตร์

- * เสริมสร้างให้ประชาชน/ชุมชนเข้มแข็ง คือ ให้มีความรู้ความสามารถปกป้องตนเองได้และมีบทบาทร่วมกับภาครัฐในการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สภาพแวดล้อม และปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่นตน
 - * หน่วยงานภาครัฐต้องมีระบบการบริหารจัดการที่เป็นเอกภาพ มีบูรณาการและธรรมาภิบาลที่ประชาชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน
- ดังแผนภูมิ (6.2) ต่อไปนี้





แผนภาพที่ 6.2 ทิศทางและกรอบความคิดในการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมภายใต้เป้าหมายชีวิตอยู่ดีมีสุข



ที่มา : คณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อม. 2551.

2. มาตรการและกลไกในการพัฒนา

2.1) มาตรการการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่มีเอกภาพและบูรณาการ

เพื่อให้เป้าหมายการพัฒนาเศรษฐกิจแบบยั่งยืนหรือที่เป็นมิตรต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อมเป็นไปได้ จำเป็นต้องใช้มาตรการการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพที่มีเอกภาพและบูรณาการ ทั้งนี้จะเน้นการบูรณาการด้าน “สุขภาพ” กับ “สิ่งแวดล้อม” เข้าไว้ด้วยกัน โดยความร่วมมือของราชการส่วนกลางในหลายกระทรวง ร่วมกับราชการส่วนภูมิภาคและราชการส่วนท้องถิ่น (หรือ อปท.) ทั้งนี้ โดยใช้กลไกการจัดทำแผนปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (National Environmental Health Action Plan : NEHAP) เป็นแกนกลางในการจัดการ และเชื่อมโยงประสานกับการจัดทำแผนพัฒนาจังหวัด โดยกำหนดบทบาทของราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น อย่างประสานสอดคล้องกันทั้ง 5 ระดับในการจัดการ (ดูตาราง ที่ 6.1)

2.2) มาตรการพัฒนาและส่งเสริมให้มีกลไกภาคชุมชนที่เข้มแข็งและพึ่งตนเองได้

2.2.1) โดยส่งเสริมให้มีกองทุนระดับชุมชนที่เป็นเครือข่ายกัน เพื่อให้ชุมชนมีบทบาทในการควบคุม เฝ้าระวังและจัดการปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ ด้วย “แผนชุมชน” และสนับสนุนให้เครือข่ายสามารถสื่อสารข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันได้

2.2.2) ต้องส่งเสริมให้ชุมชนมีบทบาทที่จะร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่มีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการควบคุมดูแลปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่ เช่น การร่วมกับ อปท. ในการควบคุมกิจการตามกฎหมายการสาธารณสุข หรือร่วมกับกรมโรงงานอุตสาหกรรม ในการควบคุมกำกับดูแลโรงงานตามกฎหมายโรงงาน เป็นต้น

2.3) มาตรการพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รัฐพึงต้องสนับสนุนให้มีการกระจายอำนาจและพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งด้านโครงสร้างและกำลังคนอย่างจริงจัง เพื่อให้กลไกของ อปท. มีความพร้อมที่รองรับภารกิจงานที่ต้องดำเนินการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อการควบคุมป้องกันโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



2.4) มาตรการการใช้เครื่องมือการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (HIA)เพื่อการคุ้มครองสุขภาพชุมชน

เพื่อให้เกิดการเชื่อมประสานเรื่อง “สุขภาพ” กับ “สิ่งแวดล้อม” อย่างเป็นทางการ ให้ใช้กลไก “การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ (HIA)” เป็นเครื่องมือและมาตรการที่สำคัญในการตรวจสอบ และสร้างหลักประกัน เพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และโครงการกิจการ ที่ไม่มีหรือมีผลกระทบต่อสุขภาพน้อยที่สุด โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

2.4.1) ส่วนของ “นโยบายสาธารณะ” กำหนดให้ทุกส่วนราชการต้องปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 11 ประกอบมาตรา 25(5)) คือ ต้องทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพก่อนการผลักดันนโยบายสาธารณะที่อาจก่อผลกระทบต่อสุขภาพ

2.4.2) ส่วนของ “โครงการหรือกิจการ (ขนาดใหญ่)” ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือคุณภาพสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรงให้ดำเนินการตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 มาตรา 67 วรรคสอง โดยเชื่อมโยงกับกลไกของการประเมินผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (EIA) ตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ โดยต้องรับฟังความคิดเห็นและให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และองค์กรอิสระ (ที่มีผู้แทนภาคประชาชนและสถาบันอุดมศึกษา) มีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพด้วย

2.4.3) ส่วนของ “โครงการหรือกิจการ (ขนาดเล็ก)” ที่อาจก่อผลกระทบต่อสุขภาพ ให้ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 11) ประกอบกับกฎหมายเฉพาะอื่นที่มีอำนาจในการอนุญาตกิจการนั้นๆ (เช่น กฎหมายการสาธารณสุข กฎหมายโรงงาน กฎหมายควบคุมการฆ่าและจำหน่ายเนื้อสัตว์ เป็นต้น) โดยต้องมีข้อมูลการพิจารณาผลกระทบต่อสุขภาพก่อนการอนุญาต เพื่อเป็นข้อมูลในการชี้แจงต่อประชาชนเมื่อมีการร้องขอตามกฎหมายสุขภาพแห่งชาติ (มาตรา 10)

ทั้งนี้ รัฐต้องมีการเสริมสร้างกลไกการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ โดยการจัดให้มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ มีกองทุนสนับสนุน และระบบฐานข้อมูลข่าวสารรองรับ

2.5) การใช้มาตรการด้านภาษี/งบประมาณ ด้านวิชาการ ด้านการศึกษา ด้านสังคม และด้านการบังคับใช้กฎหมายที่เคร่งครัด โดย

2.5.1) การจัดเก็บภาษีมลพิษสิ่งแวดล้อม มาตรการลดภาษีอุปกรณ์นำเข้า สำหรับกิจการที่ใช้เทคโนโลยีที่สะอาด

2.5.2) การส่งเสริมและพัฒนาเทคโนโลยีการผลิตที่สะอาด (Clean Technology) เทคโนโลยีการกำจัดมลพิษ รวมทั้งเทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตทั้งในระดับครัวเรือน ชุมชน เช่น การส่งเสริมนโยบายการพัฒนาเกษตรอินทรีย์และควบคุมการใช้สารเคมีในทุกภาคส่วน เป็นต้น

2.5.3) การส่งเสริมระบบ CSR : Corporate Social Responsibility ที่ให้ ผู้ประกอบกิจการต่างๆ มีความรับผิดชอบต่อสังคมมากกว่าการเน้นสร้างภาพลักษณ์ รวมทั้ง การรณรงค์หรือสร้างค่านิยมที่ถูกต้องในการใช้ทรัพยากรธรรมชาติและพลังงาน

2.5.4) การสนับสนุนและส่งเสริมการใช้มาตรการด้านกฎหมายเพื่อการ ป้องกันและและควบคุมปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและภัยคุกคามสุขภาพของทุกส่วน ราชการที่มีอำนาจหน้าที่อย่างจริงจังและมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

2.6) มาตรการพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวัง

โดยที่ระบบการเฝ้าระวังสถานะทางสุขภาพ และการควบคุมโรคที่เป็นอยู่ใน ปัจจุบัน ยังไม่มีการเชื่อมโยงปัญหาด้านสุขภาพเข้ากับปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม ดังนั้น เพื่อให้ ระบบการเฝ้าระวังมีการเชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งให้มีระบบการเฝ้าระวังโรค อุบัติใหม่หรือปัญหาภัยพิบัติทางธรรมชาติให้มีศักยภาพมากขึ้นด้วย จึงมีข้อเสนอ ดังนี้

2.6.1) ให้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม พัฒนาศักยภาพของระบบการเฝ้าระวังโรคและระบบการเฝ้าระวังมลภาวะ สิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเน้นการบูรณาการและเชื่อมโยงข้อมูลการเฝ้า ระวังโรคและด้านสิ่งแวดล้อม เป็นเครือข่ายการเฝ้าระวังทั้งประเทศ ที่สามารถบ่งชี้ถึงสภาพ ปัญหาได้อย่างทันการณ์ รวมทั้งการเฝ้าระวังปัญหาภัยพิบัติทางธรรมชาติด้วย เพื่อสนับสนุน หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน

2.6.2) เสริมสร้างระบบการควบคุมโรคให้เข้มแข็ง โดยเน้นการพัฒนา ศักยภาพและขยายความครอบคลุมของทีมเฝ้าระวัง SRRT ในระดับพื้นที่ทั่วทุกท้องถิ่น รวมทั้ง ขยายให้ครอบคลุมถึงกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญรวมทั้งพัฒนาบทบาทของภาคประชาชนในการเฝ้าระวังด้วย



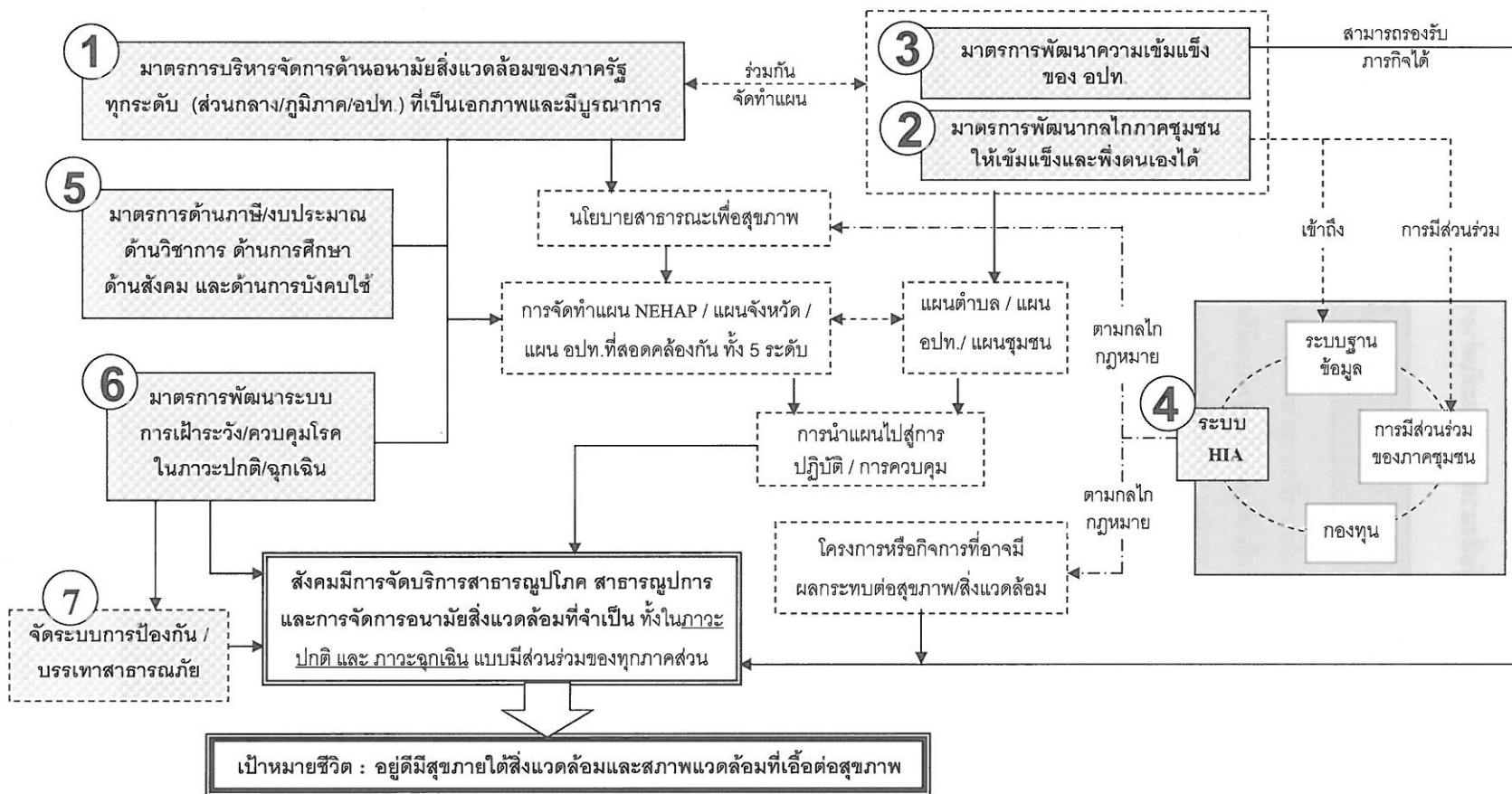


2.7) มาตรการการรองรับกรณีสาธารณสุขภัยหรือภัยพิบัติทางธรรมชาติ

จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบและกลไกการบรรเทาสาธารณภัย กรณีเกิดภัยพิบัติหรือกรณีฉุกเฉิน ให้มีขีดความสามารถรองรับการให้ความช่วยเหลือ ทั้งอาจเป็นการช่วยชีวิตแบบเร่งด่วน และการช่วยเหลือเฉพาะหน้าด้านที่อยู่อาศัยชั่วคราว อาหารและน้ำ รวมทั้งการดูแลไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งรัฐต้องเตรียมการและสนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุขให้มีขีดความสามารถที่จะรองรับปัญหาผู้เจ็บป่วยที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมและในกรณีฉุกเฉินหรือภัยพิบัติทางธรรมชาติ (ซึ่งเรื่องนี้อาจเสนอในหัวข้อเรื่องการแพทย์ฉุกเฉินก็ได้)

ซึ่งมาตรการและกลไกการพัฒนาข้างต้น สามารถแสดงความสัมพันธ์ ตามแผนภาพที่ 6.3 นี้

แผนภาพที่ 6.3 มาตรการสำคัญ เพื่อเป้าหมายชีวิต: อยู่ดีมีสุข ภายใต้สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ



ที่มา : คณะทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ด้านสภาพแวดล้อม. 2551.

ตารางที่ 6.1 การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับต่างๆ และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง

ระดับการจัดการ	ประเด็น / เนื้อหาในการจัดการ
1) ระดับครอบครัว (Family Level)	1) เน้นการสื่อสารสาธารณะ เพื่อให้การศึกษาสร้างความเข้าใจ ให้มีความรู้เท่าทันต่อ เพื่อให้บุคคลในครัวเรือนมีขีดความสามารถในการป้องกันหรือปกป้องตนเองจากจากสิ่งแวดล้อมในครัวเรือนและชุมชนแวดล้อม อันได้แก่การมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ถูกหลักสุขาภิบาลอาหารและใช้เชื้อเพลิงที่ไม่ก่อมลพิษจัดหา น้ำสะอาดบริโภค การครัวเรือนมีสิ่งปฏิกูลมูลฝอยน้อยที่สุดจนไม่มี (Zero Waste) ด้วยกระบวนการ 3Rs เป็นต้น
2) ระดับกลุ่มสถานที่ (Setting Level)	2) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานที่ที่มีกลุ่มประชากรอยู่ร่วมกันจำนวนมากและสถานบริการสาธารณะแก่ประชาชนโดยทั่วไป เช่น สถานที่ทำงาน โรงพยาบาล รถโดยสารสาธารณะ ตลาดสด ร้านจำหน่ายอาหาร รวมทั้งสถานประกอบกิจการต่อสุขภาพหรือก่อมลพิษ
3) ระดับชุมชน/เมือง (Community /City Level)	3) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน ทั้งในเขตเมือง เขตชนบท ระดับหมู่บ้าน (อบต. เทศบาล กทม. เมืองพัทยา)หรือระดับจังหวัด อำเภอ หรือตำบล บริหารส่วน ซึ่งจะต้องมีการจัดการระบบสาธารณสุขปโภคสาธารณสุขการ เช่น ระบบประปา น้ำดื่ม ส้วม การดูแลรักษาถนนหนทาง การจัดให้มีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ระบบการจัดชุมชน
4) ระดับชาติ (National Level)	4) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับนโยบายของประเทศ ที่ต้องวางกรอบและระดับประเทศ เช่น การกำหนดกรอบและทิศทางการพัฒนาอุตสาหกรรมของชาติ (มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยอันตรายจากชุมชน) รวมทั้งของเสียจากภาคอุตสาหกรรมรวม การดูแลลุ่มน้ำที่สำคัญ การควบคุมกิจการโรงงานที่ก่อให้เกิดมลพิษต่อชุมชน
5) ระดับโลก (Global Level)	5) การร่วมมือกับนานาประเทศทั้งในระดับภูมิภาคและระดับสากล ในการจัดการเรื่องการลดมลภาวะเขม่าควันจากกรณีไฟป่าที่ประเทศอินโดนีเซีย พม่า หรือ กรณีร่วมลดภาวะโลกร้อน



	บทบาทหน่วยงาน	หมายเหตุ
สภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ผลกระทบต่อสุขภาพอันเกิด ที่ดีการปรุงประกอบอาหาร จัดการให้การดำเนินชีวิตใน (Reduce Reuse Recycle)	1) อปท. ร่วมกับ ราชการส่วน ภูมิภาค โดยราชการส่วนกลาง ให้การสนับสนุน	1) - โดยผ่านกลไกแผนพัฒนาจังหวัด - ต้องเน้นการพัฒนาศักยภาพของ อปท. - ต้องให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วม
เป็นประจำ หรืออาจจะเป็น โรงเรียน สถานีรถไฟ สถานี หรือโรงงานที่อาจมีผลกระทบ	2) อปท. ร่วมกับราชการส่วน ภูมิภาค และราชการส่วน กลางดำเนินการ	2) - ต้องควบคุมตามกฎหมายที่เป็นอำนาจ หน้าที่ของส่วนราชการนั้นๆอย่างเคร่งครัด โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของ อปท.
องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตำบล เทศบาล เมืองพัทยา น้ำใช้ ระบบไฟฟ้า ระบบการ การสิ่งปฏิกูลมูลฝอยของ	3) อปท. ร่วมกับ ราชการส่วน ภูมิภาค โดยราชการส่วนกลาง ให้การสนับสนุน	3) - โดยผ่านกลไกแผนพัฒนาจังหวัด - ต้องเน้นการพัฒนาศักยภาพของ อปท. - ต้องให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วม
ทิศทางในการจัดการปัญหา การจัดการสิ่งปฏิกูลมูลฝอย และภาคเกษตรกรรมในภาพ	4) ราชการส่วนกลาง	4) - โดยผ่านกลไกแผน NEHAP และ เชื่อมโยงกับแผนพัฒนาจังหวัด - ต้องให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วม
อนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น กับนานาชาติในการรณรงค์	5) ราชการส่วนกลาง	5) ในรูปของสนธิสัญญา ปฏิญญา หรือทวิภาคี



เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย และกรมควบคุมมลพิษ, 2551. (ร่าง) สถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2551-2554)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ 2550-2554, แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554. สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข, กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, สถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อมในประเทศไทย ปี 2548-2550 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก, กันยายน 2550
- รายงานการสาธารณสุขไทย ปี 2548-2550, กระทรวงสาธารณสุข
- ประเวศ วะสี ,ศ. นพ., พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ : ธรรมนูญสุขภาพของคนไทยเครื่องมือ นวัตกรรมทางสังคม. สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.),พฤษภาคม 2545
- สุพร ผดุงศุภโลโย, รายงานการศึกษา สถานการณ์สิ่งแวดล้อมต่อระบบบริการสุขภาพใน ทศวรรษหน้า. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, กรกฎาคม 2549
- วุฒิสาร ตันไชย, การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, สถาบัน พระปกเกล้า, พิมพ์ครั้งที่ 8, 2548
- ลีวีรธรณ จันทนจุลกะ, การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการ ดำเนินงานอนามัยสิ่งแวดล้อม, ศูนย์บริหารกฎหมายสาธารณสุข กรมอนามัย, สิงหาคม 2549

เอกสารอ้างอิง

- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550
- พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 7) พ.ศ. 2550
- พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542
- พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535
- พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535
- พระราชบัญญัติวัตถุอันตราย พ.ศ. 2535
- พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541

