





ปรัชญาของ
เศรษฐกิจพอเพียง
สู่ธรรมชาติระบบสุขภาพ
และสุขภาวะที่ยั่งยืน



สานพลังปราบยุงลาย
โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน



การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย
ด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม



มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙

ที่ปรึกษา	คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙	
บรรณาธิการบริหาร	พลเดช ปิ่นประทีป อรพวรรณ ศรีสุขวัฒนา วีระศักดิ์ พุทธาศรี สุทธิพงษ์ วสุโสภาพล ทิพิชา ไปษยานนท์	
กองบรรณาธิการ	สมเกียรติ พิทักษ์กมลพร วันวิสา แสงทิม รัฐวรรณ เสงสีหาพันธ์ จักรรินทร์ สี่มา	วรรณวิมล ขวัญยาใจ วิไลวรรณ สิริสุทธิ ณรงค์ กฤติขจรกรกุล นงลักษณ์ ยอดมงคล
จัดพิมพ์และเผยแพร่โดย	สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถ.ติวานนท์ ๑๔ หมู่ที่ ๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐ โทรศัพท์ ๐-๒๘๓๒-๙๐๐๐ โทรสาร ๐-๒๘๓๒-๙๐๐๑-๒ อีเมล nationalhealth@nationalhealth.or.th เว็บไซต์ http://www.nationalhealth.or.th www.samatcha.org	
ISBN	๙๗๘-๖๑๖-๗๖๙๗-๖๔-๒	
พิมพ์ที่	บริษัท พิมพ์สิริพัฒนา จำกัด ๑๘ ซอย เพชรเกษม ๔๘ แยก ๔๑ แขวง บางด้วน เขต ภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร ๑๐๑๖๐ โทรศัพท์ ๐-๒๔๕๗-๑๓๒๕	
พิมพ์ครั้งที่ ๑	เมษายน ๒๕๖๐	
จำนวนพิมพ์	๔,๐๐๐ เล่ม	

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

พลเดช ปิ่นประทีป.

มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙.-- นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), ๒๕๖๐.

๑๔๐ หน้า.

1. การส่งเสริมสุขภาพ. I. ชื่อเรื่อง.

๖๑๓

ISBN ๙๗๘-๖๑๖-๗๖๙๗-๖๔-๒

คำนำ

ประเทศไทยได้พัฒนาและขับเคลื่อน “**สมัชชาสุขภาพ**” เป็นเครื่องมือหนึ่งในการปฏิรูประบบสุขภาพมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ มาถึงวันนี้ก็ ๑๖ ปีแล้ว ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้บัญญัติให้ “**สมัชชาสุขภาพ**” เป็นเครื่องมือในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่มีทิศทางกระบวนการให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและมีเป้าหมายเพื่อความมีสุขหรือมีสุขภาพะของผู้คนในสังคม

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (National Health Assembly) ก็เช่นกัน ได้เริ่มดำเนินการ ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ให้มีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง มาตั้งแต่ปี ๒๕๕๑ (ครั้งที่ ๑) มาถึงวันนี้ ครั้งที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๕๙) ได้จัดขึ้นระหว่างวันที่ ๒๑-๒๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ณ อาคาร อิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี ภายใต้แนวคิด “**ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง สู่ธรรมนุญระบบสุขภาพ และสุขภาพที่ยั่งยืน**” มีสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เข้าร่วมประชุม จาก ๒๘๐ กลุ่มเครือข่าย ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เกี่ยวข้อง รวมทั้งสิ้น ๒,๗๑๙ คน ได้มีฉันทมติของสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ รวม ๔ มติ คือ

สมัชชาสุขภาพ ๙ มติ ๑ น้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน

สมัชชาสุขภาพ ๙ มติ ๒ การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาพ

สมัชชาสุขภาพ ๙ มติ ๓ การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม

สมัชชาสุขภาพ ๙ มติ ๔ สานพลังปราบปรามยาเสพติดโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

หลังจากมีฉันทมติร่วมกันแล้ว การ “**ขับเคลื่อนกลไกต่างๆ และการผลักดันมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ**” ให้เกิดการนำไปปฏิบัติจนเกิดสัมฤทธิ์ผลมากกว่าการติดตามว่ามติมีการนำไปใช้อย่างไร เป็นสิ่งที่ท้าทายสมาชิกสมัชชาสุขภาพหรือกลุ่มเครือข่าย รวมทั้งหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ เป็นอย่างมาก อีกทั้ง การติดตามประเมินผลและการทบทวนให้ข้อเสนอเชิงนโยบายใหม่ ในครั้งถัดไป ก็เป็นอีกขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญมากของกระบวนการนโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วม

เอกสารรายงานมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙ ฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อใช้ในการอ้างอิงข้อเสนอเชิงนโยบายและนำไปเป็นกรอบทิศทาง การพัฒนาและขับเคลื่อนในทางปฏิบัติของกลุ่มเครือข่ายหน่วยงาน องค์กรภาคีเครือข่ายต่างๆ ตลอดจนเป็นประโยชน์ต่อผู้สนใจทั่วไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะเลขานุการการจัดการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙ ขอขอบคุณ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คจ.สช.) คณะกรรมการขับเคลื่อนและติดตามการดำเนินงานตามมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ (คต.สช.) คณะกรรมการขับเคลื่อนและคณะทำงานทุกท่าน ที่ได้ร่วมกันสานพลังความคิดและทุ่มเทอย่างเต็มกำลังความสามารถ ตลอดจน สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ผู้ทรงคุณวุฒิ และภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่ร่วมกันพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่างๆ ที่นำไปสู่การมีมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ ร่วมกัน และคาดหวังว่า จะเป็นการถ่ายทอดคุณค่าและความหมายของมติให้เป็นพลังทวีคูณ ที่เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างสรรค์สังคมสุขภาพะของประเทศที่ดียิ่งขึ้น ต่อไป

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐



คำนิยมจากประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ถือเป็นกลไกและกระบวนการที่สำคัญ ในการหาทางแก้ปัญหาสุขภาพ บนหลักการที่ไม่ได้อาศัยอำนาจการสั่งการใดๆ อยู่บนหลักการแห่งความเท่าเทียม เคารพต่อกัน เป็นกัลยาณมิตร ใช้เหตุผล ใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ และองค์ความรู้ทางวิชาการเป็นธงนำ และต้องมีฉันทมติร่วมกัน ในการสร้างและยอมรับมติใดๆ ถือเป็นนวัตกรรมหนึ่งของประเทศและของโลก ในกระบวนการสร้างนโยบาย สาธารณะ การจัดประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ มีสมาชิกเข้าร่วมในกระบวนการกว่า ๒,๐๐๐ คน จากเกือบ ๓๐๐ กลุ่มเครือข่าย สมาชิกทุกกลุ่มเครือข่ายได้ตั้งอกตั้งใจและมีการพัฒนาศักยภาพ ในการเข้ามา มีส่วนร่วมในเกือบทุกขั้นตอน ที่ใช้เวลาร่วมปีในการดำเนินการ จนกระทั่งได้มติที่ตรงตามทั้ง ๔ มติ อันจะนำไปสู่ การร่วมมือกันขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพให้ลุล่วง ตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ต่อไป

ต้องขอขอบคุณ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ขอขอบคุณกรรมการและอนุกรรมการจัดประชุม สมัชชาสุขภาพครั้งนี้ ขอขอบคุณทุกท่านในสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และที่สำคัญต้องขอบคุณ สมาชิกทุกภาคีเครือข่ายที่มีศรัทธา มีความมุ่งมั่น เห็นความสำคัญ เห็นคุณค่าของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ แล้วเราจะร่วมกันสร้างและเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพให้ผู้คนในประเทศมีสุขภาพจะต่อไป อย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย สืบสานปณิธานตามรอยเท้าพ่อของแผ่นดินสืบไป

นายแพทย์ศุภกิจ ศิริลักษณ์

ประธานกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพ ครั้งที่ ๙-๑๐



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
มติสภามหาวิทยาลัยแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙	
น้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน	๗
สภามหาวิทยาลัย ๙. มติ ๑	๑๐
สภามหาวิทยาลัย ๙ / หลัก ๒	๑๔
สภามหาวิทยาลัย ๙ / หลัก ๒ / ผนวก ๑	๒๒
การจัดการและการพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะ	๒๖
สภามหาวิทยาลัย ๙. มติ ๒	๒๙
สภามหาวิทยาลัย ๙ / หลัก ๑	๓๓
สภามหาวิทยาลัย ๙ / หลัก ๑ / ผนวก ๑	๔๑
การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม	๔๔
สภามหาวิทยาลัย ๙. มติ ๓	๔๘
สภามหาวิทยาลัย ๙ / หลัก ๓	๕๒
สภามหาวิทยาลัย ๙ / หลัก ๓ / ผนวก ๑	๖๕
สานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน	๖๙
สภามหาวิทยาลัย ๙. มติ ๔	๗๓
สภามหาวิทยาลัย ๙ / หลัก ๔	๗๗
สภามหาวิทยาลัย ๙ / หลัก ๔ / ผนวก ๑	๘๖
บัญชีรายชื่อผู้เกี่ยวข้อง สภามหาวิทยาลัยแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙	๙๐
คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสภามหาวิทยาลัยแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๐	๑๓๑





การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙
วันที่ ๒๑-๒๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
ณ อาคารเอ็มแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี

"ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
สู่ธรรมนูญระบบสุขภาพ
และสุงภาวะที่ยั่งยืน"



น้ำถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพราะฉะนั้นการเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงน้ำดื่มที่ปลอดภัย ในราคาที่เป็นธรรม จึงนับเป็นบริการขั้นพื้นฐานที่ทุกประเทศต้องดำเนินการ และยังสอดคล้องกับแนวคิดของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเคยมีมติว่า การเข้าถึงน้ำที่สะอาดและถูกสุนอนามัยเป็นเรื่องสิทธิมนุษยชน และเป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs)

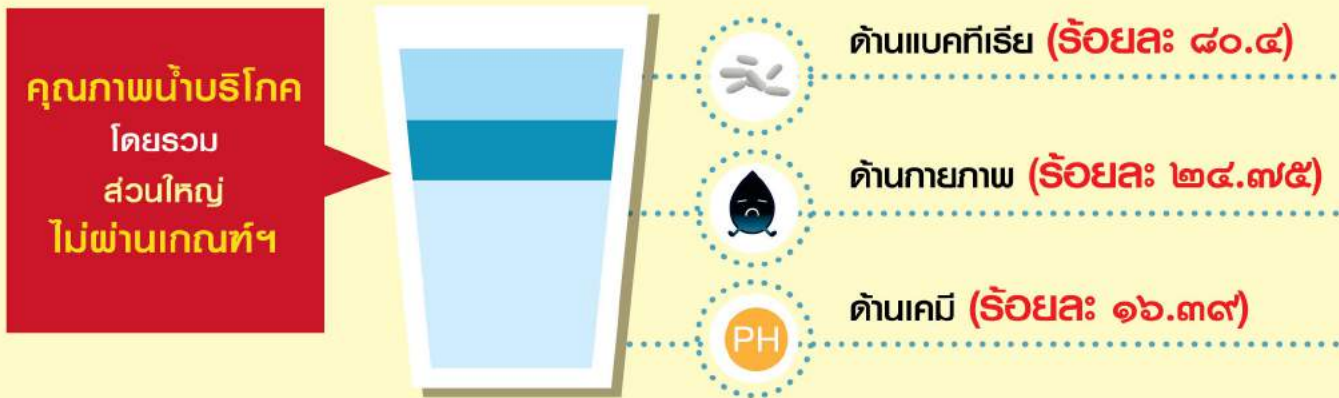
สำหรับในประเทศไทย ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้กำหนดหมวดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับเป้าหมายของน้ำดื่มปลอดภัย ราคาเป็นธรรมและสามารถจ่ายได้ คือ ผู้บริโภค (๑) เข้าถึงน้ำจืดพื้นฐาน (๒) บริโภคน้ำที่มีคุณภาพมาตรฐานและมีความปลอดภัย (๓) สามารถเลือกน้ำในรูปแบบและราคาที่เหมาะสมกับคุณภาพและเป็นธรรม (๔) มีการรวมกลุ่มผู้บริโภคและจัดตั้งกลุ่มองค์กรเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในประเด็นเชิงนโยบาย แผน และการดำเนินงานที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภค และ (๕) ได้รับและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง อย่างเพียงพอ และทันสถานการณ์



กว่ายังพบปัญหาคุณภาพของน้ำดื่มอยู่พอสมควร ดังรายงานของสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย และคณะ ซึ่งได้พิจารณาถึงคุณภาพน้ำบริโภคของครัวเรือนในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท (พ.ศ.๒๕๕๑-๒๕๕๗) ผลการสำรวจข้อมูลและสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำบริโภคของครัวเรือนทั่วประเทศ จำนวน ๕,๙๑๗ ตัวอย่าง

พบว่า คุณภาพน้ำบริโภคโดยรวมส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ฯ ด้านแบคทีเรีย (ร้อยละ ๘๐.๔) ด้านกายภาพ (ร้อยละ ๒๔.๗๕) และด้านเคมี (ร้อยละ ๑๖.๓๙) ค่าเฉลี่ยไม่ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ ๗๒.๘๗ และผ่านเกณฑ์ฯ เพียงร้อยละ ๒๗.๑๓

ผลการสำรวจข้อมูลและสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำบริโภคของครัวเรือนทั่วประเทศ จำนวน ๕,๙๑๗ ตัวอย่าง



ค่าเฉลี่ยไม่ผ่านเกณฑ์ฯ ร้อยละ ๗๒.๘๗ และผ่านเกณฑ์ฯ เพียงร้อยละ ๒๗.๑๓

นอกจากนี้ แม้จะมีการรณรงค์ว่าน้ำประปาดื่มได้ แต่ผู้บริโภคจำนวนมากยังหาซื้อน้ำดื่มที่จำหน่ายโดยภาคเอกชนใน ๒ รูปแบบ คือ น้ำบริโภคบรรจุในภาชนะที่ปิดสนิท และน้ำบริโภคจากตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญอัตโนมัติ ซึ่งปัจจุบันมีการแนะนำราคาจำหน่ายเฉพาะน้ำบรรจุขวดพลาสติกใสเท่านั้น ส่วนน้ำดื่มอื่นๆ ยังไม่มีการควบคุมหรือแนะนำอย่างชัดเจน

ด้วยสภาวะตลาดมีการแข่งขันกันอย่างรุนแรง ส่งผลต่อคุณภาพของน้ำดื่มที่จำหน่ายโดยตรง โดยเฉพาะกรณีของน้ำดื่มจากตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญอัตโนมัติที่กระจายอยู่ทั่วประเทศนั้น มีปัญหามาก เพราะตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญอัตโนมัติ ส่วนใหญ่ขาดการบำรุงรักษาที่ดีพอ ไม่มีการล้างไส้กรองหรือตรวจสอบคุณภาพน้ำ ไม่มีฉลากตามที่สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคกำหนด จนกลายเป็นแหล่งกระจายเชื้อโรคไปโดยปริยาย



ภัยเงียบจากตู้น้ำหยอดเหรียญ

จุดสังเกตตู้น้ำดื่มที่ไม่ผ่านมาตรฐาน

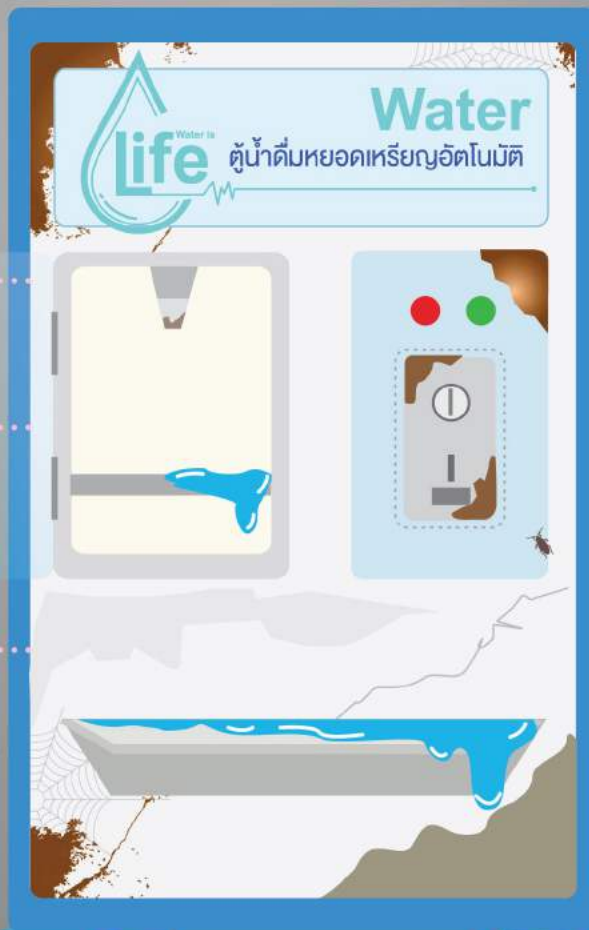
ผลการสุ่มตรวจ
ตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ
๘๕๕ ตู้ ในพื้นที่ กทม. ๑๘ เขต

มีใบอนุญาต **๘.๒๔%**
ไม่มีใบอนุญาต **๙๑.๗๖%**

มีสนิม **๒๙.๔%**

อยู่ใกล้
แหล่งระบายน้ำเสีย

อยู่ใกล้ที่ทิ้งขยะ
มีแมลงสาบ หนู แมลงวัน
และสัตว์ ที่เป็นพาหะนำโรค



มีการแสดงรายงาน
การตรวจสอบคุณภาพ **๐%**

มีการแสดง
ข้อแนะนำการใช้ตู้ **๒๐%**

แสดงรายงาน
เปลี่ยนไส้กรอง **๗%**

แสดงคำเตือน
เปลี่ยนไส้กรอง **๒๖.๑%**

แสดงเบอร์ติดต่อ **๕๐.๕%**



โรคที่มากับตู้น้ำ

โรคอุจจาระร่วง โรคระบบทางเดินอาหาร
โรคบิด โทฟอยด์ อาหารเป็นพิษ ไวรัสตับอักเสบบี

ที่มา : คณะอนุกรรมการด้านอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ
คณะกรรมการองค์การอิสระเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ภาคประชาชน (คอบช.)

จึงนำเข้าสู่การพิจารณาของนายแพทย์สาธารณสุขในประเด็น
"น้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน"
ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙

น้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่เก้า

ได้พิจารณารายงาน เรื่อง น้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน^๑

รับทราบ ว่า องค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้น้ำและการสุขาภิบาลได้รับการจัดการอย่างยั่งยืน และมีสภาพพร้อมใช้สำหรับทุกคน เป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) และสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ ได้มีมติยอมรับสิทธิมนุษยชนในการเข้าถึงน้ำและสุขอนามัย รวมทั้งยอมรับว่า น้ำดื่มที่สะอาดและสุขอนามัยเป็นสิ่งจำเป็นต่อการดำรงอยู่ของสิทธิมนุษยชน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงน้ำดื่มสะอาด สุขอนามัยที่ปลอดภัย ในราคาที่ยุติธรรม และสามารถจ่ายได้ อีกทั้ง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้กำหนดหลักการของระบบสุขภาพที่รับรองสิทธิผู้บริโภคที่เกี่ยวข้องกับน้ำดื่มด้วย

กังวล ว่า น้ำดื่มในครัวเรือนยังไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพทั้งด้านแบคทีเรีย ด้านกายภาพ ด้านเคมี และประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดมาตรฐานน้ำดื่มปลอดภัยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน

กังวล ว่า กฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ยังไม่มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพและไม่มีการบูรณาการร่วมกัน

ห่วงใย ว่า น้ำดื่มที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพด้านแบคทีเรีย จะมีการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงและโรคบิด ด้านเคมี และด้านอื่นๆ จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน

ตระหนัก ถึง ความจำเป็นที่ต้องจัดให้มีกลไกเฝ้าระวังติดตามและตรวจสอบน้ำดื่ม ให้มีความปลอดภัย มีราคาที่ยุติธรรม โดยการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน และต้องมีการให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงและครบถ้วน เพื่อให้ผู้บริโภคตัดสินใจได้อย่างรู้เท่าทัน

ตระหนัก ถึง การสร้างเสริมศักยภาพของผู้บริโภค และการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้บริโภค องค์กรผู้บริโภค และเครือข่าย ในการติดตามและเฝ้าระวังปัญหาน้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน

เห็น ว่า ทุกภาคส่วนมีหน้าที่สำคัญในการช่วยแก้ไขสถานการณ์ให้ดีขึ้น ได้แก่ ภาคราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาการ ภาคธุรกิจ ภาคประชาชนและภาคประชาสังคม ให้สอดคล้องกับบริบทสังคมในแต่ละพื้นที่และจัดการสิ่งแวดล้อมให้รองรับ

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๙ / หลัก ๒

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑) ขอให้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคส่วนต่าง ๆ ร่วมกันกำหนดมาตรฐานน้ำดื่มปลอดภัยในประเทศไทยให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยอ้างอิงเกณฑ์มาตรฐานองค์การอนามัยโลกและสอดคล้องกับบริบทของประเทศ ภายใน ๑ ปี เพื่อออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ต่อไป

๒) ขอให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทบทวน จัดทำ ปรับปรุงกฎหมาย/ระเบียบปฏิบัติ และบังคับใช้กฎหมาย ให้สามารถนำไปใช้ในการตรวจติดตามแหล่งน้ำดิบ สถานที่ผลิต เครื่องมือเครื่องจักร ตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ อัตโนมัติ และการบำรุงรักษาวัสดุและอุปกรณ์ เพื่อน้ำดื่มปลอดภัยและราคายุติธรรม อย่างมีประสิทธิภาพ มากขึ้น ดังนี้

๒.๑) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขให้ครอบคลุม น้ำดื่มที่สะอาดปลอดภัย รวมถึงสัญลักษณ์การเก็บกักน้ำดื่ม

๒.๒) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย สนับสนุนและกำกับดูแลให้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของผู้ประกอบกิจการตู้น้ำดื่ม หยอดเหรียญอัตโนมัติ

๒.๓) สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมเร่งรัดการจัดทำมาตรฐานตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ อัตโนมัติ เป็นมาตรฐานบังคับภายใน ๑ ปี เพื่อให้ประชาชนได้รับความปลอดภัย เช่น ไฟเตือน ระบบสั่งการ ตัดการจ่ายน้ำเมื่อต้องเปลี่ยนไส้กรอง อุปกรณ์เก็บกักสำรองน้ำ และกำหนดอายุการใช้งานตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ อัตโนมัติพร้อมอุปกรณ์ พร้อมทั้งจัดทำมาตรฐานบังคับถึงบรรจุภัณฑ์ขนาด ๕-๒๐๐ ลิตร ซึ่งยังไม่มีกรกำหนด มาตรฐาน

๒.๔) คณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ และกรมการค้าภายใน พิจารณาแนวทางการกำกับดูแลราคาจำหน่ายน้ำบริโภคบรรจุในภาชนะที่ปิดสนิท และน้ำจากตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญอัตโนมัติ โดยคำนึงถึงราคาที่เหมาะสม ภายใน ๑ ปี

๒.๕) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข เร่งออกประกาศ กระทรวงสาธารณสุขควบคุมสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์น้ำดื่มที่ไม่บรรจุในภาชนะปิดสนิท ภายใน ๑ ปี และ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับดูแลมาตรฐานผู้ผลิตและสถานที่ผลิตน้ำดื่มเพื่อจำหน่ายในรูปแบบ ทั้งบรรจุในภาชนะที่ปิดสนิท และไม่บรรจุในภาชนะที่ปิดสนิท

๒.๖) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เร่งรัดดำเนินการตรวจสอบฉลากตู้น้ำดื่ม หยอดเหรียญอัตโนมัติของผู้ประกอบการ ผลิต ขาย นำเข้า ส่งนำเข้าตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญอัตโนมัติ รวมทั้ง เร่งทำความเข้าใจแก่ประชาชนในการเลือกซื้อ และใช้บริการจากตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญอัตโนมัติที่ปลอดภัย

๓) ขอให้ กรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข กรมทรัพยากรน้ำ กรมทรัพยากรน้ำบาดาล กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย การปราบปรามคหหลวง และการประชาสัมพันธ์ ส่วนภูมิภาค สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วิสาหกิจชุมชน หรือผู้ประกอบการ จัดให้ประชาชน เข้าถึงน้ำดื่มที่ปลอดภัย โดยสนับสนุน งบประมาณ วิชาการ และอื่น ๆ ตามบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในทุกมิติ



และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดน้ำดื่มสาธารณะที่ปลอดภัยไว้บริการในชุมชน อย่างน้อย ๑ แห่ง

๔) ขอให้ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ร่วมกับกรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด การประปานครหลวง การประปาส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำข้อมูล หรือรายงานจากการตรวจสอบฝักระวังน้ำดื่มและแหล่งน้ำที่นำมาใช้ผลิตน้ำดื่มต่อสาธารณชนอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งการแจ้งเตือนภัยน้ำดื่มไม่ปลอดภัยร่วมกันผ่านสื่อสาธารณะ ระดับชาติและท้องถิ่นที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย

๕) ขอให้ คณะอนุกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัดและคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัด กำกับดูแลการตรวจสอบ และฝักระวังน้ำดื่มให้มีความปลอดภัย และราคาเป็นธรรมอยู่เสมอ โดยกำหนดให้ เครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค และภาคประชาสังคมร่วมเป็นคณะอนุกรรมการ และมีส่วนร่วมฝักระวังและตรวจสอบน้ำดื่ม ทั้งนี้ ภายใต้กรอบของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๖) ขอให้ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพพื้นที่และเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคร่วมดำเนินการฝักระวังและตรวจสอบน้ำดื่มให้มีความปลอดภัยและราคาเป็นธรรม รวมทั้งรณรงค์ ส่งเสริม ประชาสัมพันธ์ ให้ประชาชน ตระหนักถึงอันตรายจากน้ำดื่มที่ไม่ได้มาตรฐาน

๗) ขอให้ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๑





**เอกสารหลักประกอบการพิจารณา
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙
น้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน**



น้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน

๑. นิยาม/คำจำกัดความ

น้ำดื่ม หมายถึง น้ำบริโภคซึ่งจัดให้ประชาชนตามความจำเป็นพื้นฐาน และน้ำบริโภคที่จำหน่ายแก่ประชาชน ทั้งนี้ ไม่รวมน้ำบริโภคจากเครื่องกรองน้ำที่ใช้ตามบ้านเรือน น้ำหวาน น้ำสมุนไพร น้ำอัดลม น้ำแร่ และอื่น ๆ

ปลอดภัย หมายถึง น้ำที่ใช้เพื่อการบริโภคต้องมีความปลอดภัยจากสารปนเปื้อนต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยคุณภาพน้ำดื่มต้องสอดคล้องกับมาตรฐานองค์การอนามัยโลก

ราคาเป็นธรรมและสามารถจ่ายได้ หมายถึง การให้บริการและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เกี่ยวข้องกับน้ำและสุขอนามัย ต้องมีราคาที่เหมาะสม เป็นธรรม ประชาชนสามารถจ่ายได้ ทั้งนี้ โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme: UNDP) ได้เสนอว่า ค่าน้ำของแต่ละบ้านที่ต้องจ่ายในแต่ละเดือนไม่ควรเกินร้อยละ ๓ ของรายได้แต่ละครอบครัว

๒. ความเป็นมา/หลักการและเหตุผล

องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาโดยอาศัยกรอบความคิดการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่มีความเชื่อมโยงกัน เรียกว่า “เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ (Sustainable Development Goals (SDGs)” ซึ่งใช้เป็นทิศทางการพัฒนาตั้งแต่เดือนกันยายน ๒๕๕๘ ถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๗๓ ครอบคลุมระยะเวลา ๑๕ ปี ประกอบไปด้วย ๑๗ เป้าหมาย โดยมีเป้าหมายที่ ๖ คือ น้ำและการสุขาภิบาลได้รับการจัดการอย่างยั่งยืน และมีสภาพพร้อมใช้สำหรับทุกคน^๑

สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ ได้มีมติที่ ๖๔/๒๙๒ เมื่อวันที่ ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๕๓ ยอมรับสิทธิมนุษยชนในการเข้าถึงน้ำและสุขอนามัย รวมทั้งยอมรับว่าน้ำดื่มที่สะอาดและสุขอนามัยเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำรงอยู่ของสิทธิมนุษยชน เพื่อให้ประชาชน สามารถเข้าถึงน้ำดื่มสะอาด สุขอนามัยที่ปลอดภัย ในราคาที่ยุติธรรม และสามารถจ่ายได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางที่คณะกรรมการสิทธิด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ได้นำข้อเสนอแนะที่ ๑๕ ในส่วนของสิทธิด้านน้ำ มาตรา 1.1 ไปประยุกต์ใช้^๒

ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้กำหนดไว้ในหมวดการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ ว่าผู้บริโภคต้องได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้ง การเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพและปัจจัยสังคม กำหนดสุขภาพที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ในรูปแบบและราคาที่เหมาะสม และยังกำหนดให้ผู้ประกอบการมีแนวปฏิบัติทางธุรกิจที่ดี รับผิดชอบต่อสังคมและคุ้มครองสิทธิผู้บริโภค ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับการคุ้มครองผู้บริโภคในเรื่องน้ำดื่มซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต ได้แก่ (๑) การเข้าถึงน้ำขั้นพื้นฐาน (๒) การบริโภคน้ำที่มีคุณภาพ มาตรฐาน เป็นธรรม และมีความปลอดภัย (๓) การเลือกน้ำในรูปแบบและราคา

ที่เหมาะสมกับคุณภาพและเป็นธรรม (๔) การรวมกลุ่มผู้บริโภค และจัดตั้งกลุ่มองค์กรเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น และมีบทบาทร่วมในการตัดสินใจในประเด็นเชิงนโยบาย แผน และการดำเนินงานที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภค และ (๕) การได้รับและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องอย่างเพียงพอ และทันสถานการณ์

๒.๑ ปัญหาน้ำดื่มไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ

จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในปี ๒๕๕๓ พบว่าน้ำดื่มที่ใช้บริโภค ได้แก่ น้ำฝน ร้อยละ ๓๗.๔ น้ำบรรจุขวด ร้อยละ ๒๙.๐ น้ำจากประปา ร้อยละ ๒๑.๗ น้ำบ่อบาดาลและน้ำบ่อตื้น ร้อยละ ๑๑.๐ และอื่นๆ ร้อยละ ๐.๙ ขณะที่สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย และคณะได้เฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคของครัวเรือนในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท (พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๗) และวิเคราะห์สถานการณ์คุณภาพน้ำบริโภค โดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์เสนอแนะคุณภาพน้ำบริโภคเพื่อการเฝ้าระวัง กรมอนามัย พ.ศ. ๒๕๕๓ ได้สำรวจข้อมูล และสุ่มเก็บตัวอย่างน้ำบริโภคของครัวเรือนทั่วประเทศ จำนวน ๕,๙๑๗ ตัวอย่าง พบว่า คุณภาพน้ำบริโภคโดยรวมส่วนใหญ่ไม่ผ่านเกณฑ์ฯ ด้านแบคทีเรีย (ร้อยละ ๙๐.๔) ด้านกายภาพ (ร้อยละ ๒๔.๗๕) และด้านเคมี (ร้อยละ ๑๖.๓๙) ค่าเฉลี่ยผ่านเกณฑ์ฯ เพียง ร้อยละ ๒๗.๑๓ และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดำเนินการตรวจเฝ้าระวังคุณภาพน้ำโดยหน่วยงานเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารทั่วประเทศ ปี ๒๕๕๘ พบตัวอย่างไม่ผ่านมาตรฐานมีปริมาณของแข็งที่ละลายในน้ำเกิน ๕๐ ppm ร้อยละ ๕๒.๖ ความเป็นกรด-ด่าง (pH) ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ฯ (๖.๕-๘.๕) ร้อยละ ๑๑.๘ และพบเชื้อโคลิฟอร์มร้อยละ ๑๑.๐

ปี ๒๕๕๘ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดย สำนักคุณภาพอาหารและความปลอดภัยอาหาร และ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ๑๔ แห่ง ได้ทำการตรวจน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทจำนวน ๔,๙๒๘ ตัวอย่าง พบไม่ได้มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขจำนวน ๑,๘๕๔ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๓๗.๖๒) จำแนกเป็น ไม่ได้มาตรฐานด้านกายภาพและเคมีจำนวน ๑,๒๘๑ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๒๖.๐๐) และไม่ได้มาตรฐานด้านจุลินทรีย์ จำนวน ๗๗๓ ตัวอย่าง (ร้อยละ ๑๖.๒๑) ของตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งสาเหตุหลักมาจากความเป็นกรด-ด่างสูง หรือต่ำกว่ามาตรฐาน ร้อยละ ๒๔.๗๔ ปริมาณไนเตรท ร้อยละ ๑.๑๖ ปริมาณฟลูออไรด์ ร้อยละ ๐.๗๓ พบเชื้อโคลิฟอร์ม เกินมาตรฐาน ร้อยละ ๑๕.๘๓ พบเชื้ออีโคไล ร้อยละ ๘.๘๓ พบเชื้อก่อโรคอาหารเป็นพิษ ชนิดสแตปฟีโลคอคคัส ออเรียส ร้อยละ ๑.๕๐ และชนิดซาลโมเนลลา ร้อยละ ๐.๗๕ นอกจากนี้ยังพบว่า น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทในภาชนะแบบใช้ซ้ำไม่ได้มาตรฐานด้านจุลินทรีย์มากกว่าที่บรรจุในภาชนะแบบใช้ครั้งเดียว

ปี ๒๕๕๘ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดำเนินการผู้ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิททั่วประเทศ จำนวน ๓,๔๓๑ แห่ง ผลการตรวจประเมินสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน ๖๔๗ แห่ง ร้อยละ ๑๘.๘๖ และผลตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิททางห้องปฏิบัติการ จำนวน ๓,๔๙๐ ตัวอย่าง ไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน ๑,๒๐๐ ตัวอย่าง ร้อยละ ๓๔.๓๘ รายละเอียดตามตารางที่ ๑

ตารางที่ ๑ ผลตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ห้องปฏิบัติการ) ปี ๒๕๕๘

	จำนวน ตัวอย่าง	ผ่าน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน (ร้อยละ)	สาเหตุที่ไม่ผ่าน (ร้อยละของผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านเกณฑ์)						
				ค่า pH	ไนเตรท	ฟลูออไรด์	โคลิฟอร์ม	อีโคไล	สแตป ออเรียส	ซาลโมเนลลา
ผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	๓,๔๙๐	๒,๒๙๐ (๖๕.๖๒)	๑,๒๐๐ (๓๔.๓๘)	๘๐๐ (๖๖.๖๗)	๕๖ (๔.๖๗)	๒๗ (๒.๒๕)	๔๙๑ (๔๐.๓๒)	๔๙ (๔.๐๘)	๓ (๐.๒๕)	๑ (๐.๐๘)



ปี ๒๕๕๘ คณะอนุกรรมการด้านอาหาร ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ คณะกรรมการองค์การอิสระเพื่อ
การคุ้มครองผู้บริโภค ภาคประชาชน (คอบช.) สํารวจข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญในพื้นที่
กรุงเทพมหานครทั้งหมด ๑๘ เขต จำนวน ๘๕๕ ตู้ พบว่ามีผู้ประกอบการยื่นขอใบอนุญาตประกอบ
กิจการตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญทั้งสิ้น ๑,๑๑๗ ราย มีใบอนุญาต ๙๒ ราย และไม่มีใบอนุญาต ๑,๐๒๕ ราย
สถานที่ตั้งตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญไม่เหมาะสม คือ อยู่ใกล้บริเวณที่มีฝุ่นมาก ได้แก่ บริเวณริมถนน ริมฟุตบาท
ทางเดินเท้า อยู่ใกล้แหล่งระบายน้ำเสีย/น้ำขัง ร้อยละ ๒๘.๓ อยู่ใกล้ที่ทิ้งขยะทำให้มีแมลงสาบ หนู แมลงวัน
ซึ่งเป็นสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค ร้อยละ ๒๒ การติดฉลากตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญส่วนใหญ่ตามประกาศ
คณะกรรมการว่าด้วยฉลาก ฉบับที่ ๓๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓) เรื่อง ให้ตู้น้ำหยอดเหรียญอัตโนมัติเป็นสินค้าที่
ควบคุมฉลาก พบว่าแสดงรายงานการตรวจสอบคุณภาพน้ำ ร้อยละ ๖ แสดงข้อแนะนำในการใช้ตู้ ร้อยละ ๒๐
แสดงรายงานการเปลี่ยนไส้กรอง ร้อยละ ๗ แสดงคำเตือน “ระวังอันตรายหากไม่ตรวจวัน เดือน ปี ที่เปลี่ยน
ไส้กรองและตรวจสอบคุณภาพน้ำ” ร้อยละ ๒๖.๑ แสดงเบอร์ติดต่อในกรณีเครื่องมีปัญหา ร้อยละ ๕๐.๕

จากข้อมูลการคาดการณ์ของสมาคมธุรกิจหยอดเหรียญไทย คาดการณ์ว่าตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ
ในประเทศไทยมีอยู่ประมาณ ๑๒๐,๐๐๐ ตู้ ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ๔๐,๐๐๐ ตู้ และอยู่ในเขตต่างจังหวัดอีก
๘๐,๐๐๐ ตู้ สภาวะตลาดมีการแข่งขันกันอย่างรุนแรง มุ่งเน้นการขายมากกว่าคุณภาพ ผู้ซื้อตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ
ไม่เข้าใจหน้าที่ของการประกอบการ และไม่มีฉลากตามที่สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคกำหนด

จากข้อมูลข้างต้น จะพบว่า ปัญหาน้ำดื่มของประเทศไทยคือในครัวเรือนยังคงมีน้ำดื่มไม่ผ่านเกณฑ์
คุณภาพทั้งด้านแบคทีเรีย ด้านกายภาพ และด้านเคมี แม้จะเป็นน้ำขวดหรือน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท
หรือน้ำจากตู้น้ำหยอดเหรียญก็ยังไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากสถานที่ผลิตน้ำบริโภค
ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตู้น้ำหยอดเหรียญอัตโนมัติติดตั้งอยู่ในสถานที่หรือสิ่งแวดล้อม
ที่ไม่เหมาะสม ขาดการควบคุมดูแลการประกอบการ และมีการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์

๒.๒ ผลกระทบด้านสุขภาพจากการดื่มน้ำปนเปื้อนจุลินทรีย์

ประเทศไทยมีปัญหาด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวกับการใช้น้ำมาจากการดื่มน้ำไม่สะอาด ซึ่งส่งผลให้เกิด
โรคอุจจาระร่วง โรคบิด ข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยาระบุว่า เมื่อปี ๒๕๕๗ พบผู้ป่วยโรคดังกล่าวทั่วประเทศ
กว่า ๑ ล้านคน และในช่วงมกราคม-กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ พบรายงานผู้ป่วยเกือบ ๒ แสนคน โดยแบคทีเรียที่พบ
ในน้ำดื่มที่ไม่สะอาดมีหลายชนิด เช่น โคลิฟอร์มแบคทีเรีย, ซาลโมเนลลา, วิกิริโอ คลอเรลา, สเตปทีโลคอคคัส
ออเรียส, ชิเจลลา, คลอสทริเดียม เพอร์ฟริงเจนส์ และอื่น ๆ

๒.๓ การควบคุมและกำกับราคาจำหน่ายปลีกของน้ำดื่ม

แม้ว่าการประปานครหลวงและการประปาส่วนภูมิภาคจะรณรงค์น้ำประปาดื่มได้ แต่ก็ไม่ได้รับประกันว่า
น้ำที่ผ่านท่อน้ำไปยังบ้านเรือนซึ่งดำเนินการติดตั้งท่อเองนั้น จะสามารถดื่มได้ ผู้บริโภคจึงต้องหาซื้อน้ำดื่ม
โดยพบว่าการควบคุมราคาจำหน่ายน้ำ ใช้รูปแบบการกำหนดราคาแนะนำสำหรับน้ำบรรจุขวดพลาสติกใส
(ขวด PET) ซึ่งมีการกำกับว่า หากจงใจจำหน่ายน้ำดื่มในราคาสูงเกินสมควร อาจเข้าข่ายการกระทำความผิด
ทางอาญามีโทษจำหรือปรับ

จากการสำรวจราคาจำหน่ายน้ำดื่มเบื้องต้น พบว่า น้ำดื่มที่จัดบริการในชุมชนบางแห่งเป็นการจัดบริการ
แบบให้เปล่ากับประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งจำหน่ายในราคาถังละ ๑-๓ บาท ผู้ค้าปลีก
จำหน่ายน้ำขวดหรือน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ขนาดไม่เกิน ๗๕๐ ลูกบาศก์เซนติเมตร) โดยทั่วไป





ในราคาขวดละ ๓-๑๐ บาท ส่วนน้ำดื่มจากตู้จำหน่ายเครื่องดื่มโดยทั่วไปจำหน่ายในราคา ๐.๕-๑.๕๐ บาท ต่อลิตร และยังไม่พบว่ามีการศึกษาเรื่องค่าน้ำของแต่ละบ้านที่ต้องจ่ายในแต่ละเดือนคิดเป็นร้อยละเท่าใดของ รายได้แต่ละครอบครัว

๒.๔ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับน้ำดื่มมีหลายหน่วยงานกำกับดูแล

๒.๔.๑ น้ำดื่มซึ่งจัดให้ประชาชนตามความจำเป็นพื้นฐาน

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ กรมทรัพยากรน้ำ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้ถ่ายโอนภารกิจและทรัพย์สินสาธารณูปโภค (แหล่งน้ำ/ระบบประปาชนบท) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเอง ทำให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องเป็นผู้ดำเนินการจัดหาน้ำสะอาดในชุมชนด้วยตนเองตั้งแต่เริ่มต้น จนเสร็จสิ้นโครงการ ตลอดจนการบำรุงรักษาและการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถดำเนินการให้บริการน้ำสะอาดแก่ประชาชนในชุมชนได้อย่างเพียงพอ ต่อเนื่อง และยั่งยืน โดย กรมทรัพยากรน้ำ ทำหน้าที่สนับสนุนให้ความช่วยเหลือทางเทคนิควิชาการแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับการจัดหาอุปโภคบริโภคให้กับประชาชนในชนบท อย่างไรก็ตามพบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งยังไม่สามารถดำเนินการจัดหา น้ำดื่มสะอาดเพื่อบริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความปลอดภัย เนื่องจากข้อจำกัดทางวิชาการ และยังมี การประกอบกิจการประปาสัมปทานภายใต้การขออนุญาตและการควบคุมของกรมทรัพยากรน้ำ นอกจากนี้ คณะกรรมการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการน้ำ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ได้กำหนดกลยุทธ์ในแผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ โดยกำหนดให้จัดหา น้ำดื่มให้โรงเรียนและชุมชน เป้าหมาย คือ โรงเรียนและชุมชนมีระบบน้ำดื่มสะอาด ๖,๑๓๒ โรงเรียน/ชุมชนภายในปี พ.ศ. ๒๕๖๕^๕

กระทรวงสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วย กรมอนามัย และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ดูแลคุณภาพน้ำดื่ม โดยกรมอนามัยทำหน้าที่ดูแลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับน้ำดื่ม และ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์และเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่ม

๒.๔.๒ น้ำดื่มที่ภาคเอกชนจำหน่ายแก่ประชาชน

๒.๔.๒.๑ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่ควบคุมการประกอบกิจการน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทตั้งแต่การขออนุญาตโรงงานและการประกอบกิจการ ตลอดจนการควบคุมภายหลังจากน้ำบรรจุขวดออกสู่ท้องตลาด และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทำหน้าที่ ตรวจวิเคราะห์และเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่ม ตามที่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจ รวมทั้งโครงการเฝ้าระวังที่เกี่ยวกับน้ำดื่มของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

๒.๔.๒.๒ ตู้จำหน่ายเครื่องดื่มอัตโนมัติ

น้ำดื่มจากตู้จำหน่ายเครื่องดื่มอัตโนมัติมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก เช่น (๑) สำนักมาตรฐานอุตสาหกรรม (สมอ.) ควบคุมตู้จำหน่ายเครื่องดื่ม (๒) สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) ควบคุม ฉลากของตู้จำหน่ายเครื่องดื่ม (๓) สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ควบคุมน้ำดื่มให้ได้มาตรฐาน ตามกฎหมาย (๔) กรมอนามัยออกประกาศให้การประกอบกิจการน้ำดื่มเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (๕) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควบคุมการประกอบกิจการผลิตน้ำดื่มจากตู้จำหน่ายเครื่องดื่มอัตโนมัติ (๖) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ทำหน้าที่ตรวจวิเคราะห์และเฝ้าระวังคุณภาพน้ำดื่ม (๗) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด





ควบคุมน้ำดื่มให้ได้มาตรฐานตามกฎหมายในเขตจังหวัดที่ตั้งของหน่วยงาน (๘) การประปานครหลวง ดูแลคุณภาพน้ำประปา (น้ำก่อนเข้าสู่ตู้จ่ายน้ำหยอดเหรียญอัตโนมัติ) ในเขตกรุงเทพมหานคร (๙) การประปาส่วนภูมิภาค ดูแลคุณภาพน้ำประปา (น้ำก่อนเข้าสู่ตู้จ่ายน้ำหยอดเหรียญอัตโนมัติ) ในเขตภูมิภาค (๑๐) กรมทรัพยากรน้ำ ดูแลการประกอบกิจการประปาสัมพันธ์ของภาคเอกชน (น้ำก่อนเข้าสู่ตู้จ่ายน้ำหยอดเหรียญอัตโนมัติ) และ (๑๑) หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับสถานที่ติดตั้ง

๓. นโยบายและมาตรการที่ดำเนินการในปัจจุบัน

๓.๑ ประเทศไทยมีการกำหนดคุณภาพน้ำดื่มในด้านกายภาพ เคมี และแบคทีเรียในหลายเกณฑ์ มาตรฐาน แตกต่างกันไปขึ้นกับแต่ละหน่วยงาน ได้แก่ สำนักงานมาตรฐานอุตสาหกรรม (สมอ.) การประปานครหลวงและการประปาภูมิภาค กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานน้ำดื่มใน ๒ หน่วยงาน ที่แตกต่างกันตามกระบวนการผลิตและประเภทของน้ำ คือ เกณฑ์การตรวจวัดมาตรฐานของน้ำประปาหมู่บ้านของกรมอนามัย และเกณฑ์มาตรฐานน้ำดื่มสำหรับผลิตภัณฑ์น้ำบริโภคของประเทศไทย โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จะใช้กับน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท และน้ำดื่มจากตู้จ่ายน้ำอัตโนมัติ ประเทศไทยมีกฎหมายที่น้ำจะเกี่ยวข้องกับน้ำดื่มมากที่สุด คือ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ แต่กฎหมายนี้ยังไม่มีหมวดที่เกี่ยวข้องกับน้ำดื่มโดยทั่วไป มีเพียงประกาศกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ มาตรา ๖ (๒) รัฐมนตรีโดยคำแนะนำของคณะกรรมการมีอำนาจออกกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานสภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีพ ของประชาชน และวิธีดำเนินการ เพื่อตรวจสอบควบคุมหรือกำกับดูแล หรือแก้ไขสิ่งที่จะมีผลกระทบต่อสภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีพของประชาชน

๓.๒ เกณฑ์มาตรฐานน้ำดื่มซึ่งรัฐบาลจัดให้ประชาชนตามความจำเป็นพื้นฐาน ปัจจุบันน้ำจากประปานครหลวงและประปาส่วนภูมิภาคได้มาตรฐานองค์การอนามัยโลกสามารถดื่มได้ แต่ต้องเป็นน้ำจากท่อของการประปาเท่านั้น การผลิตน้ำดื่มในหมู่บ้านและชุมชนหรือตามโครงการของรัฐบาลหรือหน่วยราชการ เช่น โครงการพัฒนาศักยภาพของหมู่บ้านและชุมชน (SML) โครงการตามนโยบายของรัฐบาล มาตรการส่งเสริมความเป็นอยู่ระดับตำบล (ตำบลละ ๕ ล้านบาท) โครงการพัฒนาแหล่งน้ำบาดาลเพื่อสนับสนุนน้ำดื่มสะอาดให้กับโรงเรียนทั่วประเทศฯ โดยการผลิตน้ำดื่มต้องใช้เกณฑ์เสนอแนะมาตรฐานคุณภาพน้ำเพื่อการบริโภค ได้แก่ มาตรฐานคุณภาพน้ำบาดาลเพื่อการบริโภคของกรมทรัพยากรน้ำบาดาล พ.ศ. ๒๕๕๒ มาตรฐานคุณภาพน้ำบริโภคโดยองค์การอนามัยโลก พ.ศ. ๒๕๕๔ และหากจะจัดจำหน่ายต้องมีคุณภาพหรือมาตรฐานน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ปัจจุบัน มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท มี ๗ ฉบับ คือ ฉบับที่ ๖๑ ฉบับที่ ๑๓๕ ฉบับที่ ๒๘๔ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม กำหนดคุณภาพมาตรฐานด้านเคมี-จุลชีพ ฉบับที่ ๒๒๐ และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม เกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีในการผลิตน้ำดื่ม (Good Manufacturing Practice: GMP) ฉบับที่ ๕๖ เกี่ยวกับฉลาก แต่ยังคงพบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตน้ำดื่ม ยังขาดความเข้าใจในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง และในการผลิตน้ำดื่มไม่มีการควบคุมสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับวัสดุอุปกรณ์และสุขลักษณะที่ดีในการผลิต ส่งผลให้มีอาจมีการปนเปื้อน และพบว่า ยังไม่มีมาตรฐานสถานที่ผลิตน้ำดื่มที่ไม่บรรจุในภาชนะปิดสนิท

๓.๓ น้ำบริโภคที่ภาคเอกชนจำหน่ายแก่ประชาชน น้ำดื่มต้องปฏิบัติตาม พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. ๒๕๒๒ และหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิต (GMP) จากประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒๒๐) พ.ศ. ๒๕๔๔ เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (ฉบับที่ ๓) และฉบับแก้ไขเพิ่มเติม แม้จะมีกฎหมาย





ที่บังคับใช้โดยเฉพาะ มีสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานหลักในการบังคับใช้กฎหมาย และกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ตรวจเฝ้าระวัง ยังคงพบปัญหาน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่จำหน่ายในท้องตลาดมีปัญหาตามมาตรฐานอยู่บางส่วน สำหรับน้ำดื่มจากเครื่องจำหน่ายน้ำดื่มอัตโนมัติยังพบปัญหาจากการที่มีหน่วยงานหลายส่วนดูแล แต่ยังขาดการบูรณาการร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับน้ำดื่มที่ภาคเอกชนจำหน่ายแก่ประชาชนมีดังนี้

๓.๓.๑ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่ผลิตเพื่อจำหน่าย กฎหมายที่เกี่ยวข้องได้แก่ ^{๓๔}

- ด้านสถานที่ : ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒๒๐) พ.ศ. ๒๕๔๔ และ (ฉบับที่ ๓๑๙) พ.ศ. ๒๕๕๓

- ด้านคุณภาพหรือมาตรฐาน : ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๖๑) พ.ศ. ๒๕๒๔, (ฉบับที่ ๑๓๕) พ.ศ. ๒๕๓๔, (ฉบับที่ ๒๘๔) พ.ศ. ๒๕๔๗ และ (ฉบับที่ ๓๑๖) พ.ศ. ๒๕๕๓

- ด้านภาชนะบรรจุ : ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๙๒) พ.ศ. ๒๕๒๘ และ (ฉบับที่ ๒๙๕) พ.ศ. ๒๕๔๘

- ด้านการแสดงฉลาก : ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๒๕๖) พ.ศ. ๒๕๔๕ และ (ฉบับที่ ๓๖๗) พ.ศ. ๒๕๕๗

๓.๓.๒ น้ำดื่มจากตู้จำหน่ายหยอดเหรียญอัตโนมัติ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

- ด้านการควบคุมกิจการ : พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ กิจการผลิตน้ำดื่มจากตู้จำหน่ายหยอดเหรียญอัตโนมัติถือเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามมาตรา ๓๑ และคำแนะนำของคณะกรรมการสาธารณสุข เรื่อง แนวทางการควบคุมการประกอบกิจการตู้จำหน่ายหยอดเหรียญ พ.ศ. ๒๕๓๕ และข้อบัญญัติกรุงเทพมหานคร เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔

- ด้านคุณภาพหรือมาตรฐาน : สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๓๖๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ เรื่อง น้ำบริโภคจากตู้จำหน่ายอัตโนมัติ หากฝ่าฝืนเข้าลักษณะอาหารผิดมาตรฐานตามมาตรา ๒๘ ฝ่าฝืนมาตรา ๒๕(๓) มีโทษปรับไม่เกิน ๕๐,๐๐๐ บาท ส่งผลให้ผู้ประกอบการมีหน้าที่ควบคุมคุณภาพมาตรฐานน้ำบริโภคให้ได้ตามที่กำหนด

- ด้านการแสดงฉลาก : พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. ๒๕๒๒ และประกาศคณะกรรมการว่าด้วยฉลาก ฉบับที่ ๓๑ (พ.ศ. ๒๕๕๓) เรื่อง ให้น้ำดื่มหยอดเหรียญอัตโนมัติเป็นสินค้าที่ควบคุมฉลาก สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) กำกับดูแลการโฆษณาคุณภาพและการควบคุมการติดฉลากของตู้จำหน่ายหยอดเหรียญอัตโนมัติ

- ด้านตู้และอุปกรณ์กรอง : พระราชบัญญัติมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม พ.ศ. ๒๕๑๑ ดูแลตู้จำหน่ายหยอดเหรียญอัตโนมัติให้เป็นไปตามมาตรฐานอุตสาหกรรม

๓.๔ ราคาน้ำบริโภคที่จำหน่ายในประเทศไม่ได้มีการกำหนดให้เป็นสินค้าควบคุมราคา แต่กำหนดเป็นราคาจำหน่ายปลีกแนะนำ ดังประกาศคณะกรรมการกลางว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ เรื่อง ราคายำหน่ายปลีกแนะนำสำหรับสินค้าน้ำดื่มบรรจุขวดพลาสติกใส (ขวด PET) เมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๓ กำหนดราคา



ปลีกจำหน่ายน้ำดื่มบรรจุขวดพลาสติกใส (ขวด PET) ขนาดบรรจุปริมาตรสุทธิ ๕๐๐ ลูกบาศก์เซนติเมตร
ควรจำหน่ายไม่เกินขวดละ ๗ บาท และขนาดบรรจุปริมาตรสุทธิ ๑,๕๐๐ ลูกบาศก์เซนติเมตร ควรจำหน่าย
ไม่เกินขวดละ ๑๔ บาท

๓.๕ ภาครัฐมีนโยบายให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในระดับประเทศระดับเขต และ
ระดับจังหวัด โดยเป็นองค์ประกอบหนึ่งของคณะกรรมการตามกฎหมาย ร่วมกับหน่วยงานรัฐด้านต่าง ๆ
ซึ่งภาคประชาชนอาจเข้าร่วมในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิ เช่น คณะอนุกรรมการสาธารณสุขระดับจังหวัด
ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งได้รับแต่งตั้งจากคณะกรรมการสาธารณสุข โดยใช้อำนาจ
ตามมาตรา ๑๖ แห่งพ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีองค์ประกอบ
จากหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาคมอุตสาหกรรมจังหวัดสภาหอการค้าจังหวัด
และผู้ทรงคุณวุฒิ และคณะอนุกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับจังหวัด ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค
พ.ศ. ๒๕๒๒ ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการดังกล่าว ยังไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำกับและติดตามเรื่องน้ำดื่ม
แต่อย่างใด และควรกำหนดให้ผู้แทนภาคประชาชนได้เข้าร่วมเป็นอนุกรรมการอย่างชัดเจน

๔. ข้อจำกัดและปัญหาอุปสรรค

๑) ในครัวเรือนมีน้ำดื่มไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพทั้งด้านแบคทีเรีย ด้านกายภาพ และด้านเคมี
ผลิตภัณฑ์น้ำดื่มมีคุณภาพไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนดเนื่องจากสถานที่ผลิตน้ำบริโภค
ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตู้จำหน่ายเครื่องดื่มอัตโนมัติติดตั้งอยู่ในสถานที่หรือ
สิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ขาดการควบคุมดูแลการประกอบกิจการ และมีการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์
ที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงและโรคบิด

๒) หน่วยงานต่าง ๆ ใช้ข้อกำหนดคุณภาพน้ำดื่มที่มีหลายเกณฑ์มาตรฐาน ทำให้ผลการสำรวจ
คุณภาพน้ำดื่มผ่านเกณฑ์มีความแตกต่างกัน และไม่มีเกณฑ์กลางที่หน่วยงานและผู้ประกอบการใช้เป็น
แนวทางร่วมกัน เช่น บางหน่วยงานมีเกณฑ์ที่ไม่ให้เชื้อจุลินทรีย์บางชนิดในน้ำดื่ม แต่บางหน่วยงานมีเกณฑ์
ที่ยอมให้มีเชื้อจุลินทรีย์บางชนิดในน้ำดื่ม

๓) สภาวะตลาดมีการแข่งขันกันอย่างรุนแรง มุ่งเน้นการขายตู้จำหน่ายเครื่องดื่มมากกว่าคุณภาพของ
ตู้จำหน่ายเครื่องดื่ม ผู้ซื้อตู้จำหน่ายเครื่องดื่มไม่เข้าใจหน้าที่ของการประกอบการในการดูแลตู้
การล้างไส้กรอง การตรวจสอบคุณภาพน้ำ และไม่เฝ้าระวังตามที่ สคบ.กำหนด ทำให้ตู้จำหน่ายเครื่องดื่ม
ที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ กลายเป็นแหล่งกระจายเชื้อโรค

๔) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีภารกิจมาก และบางแห่งไม่มีความรู้ทางวิชาการเฉพาะเรื่อง
เพื่อการปฏิบัติงาน เช่น การดำเนินการเกี่ยวกับน้ำดื่มสะอาด/ปลอดภัย จึงไม่สามารถนำข้อเสนอแนะของ
หน่วยงานไปปฏิบัติได้ หัวหน้าหน่วยงานไม่เห็นความสำคัญของการควบคุมคุณภาพน้ำดื่ม ขาดงบประมาณ

๕) กฎหมายที่ควบคุมกำกับน้ำดื่มมีหลายฉบับ แต่ยังขาดการเชื่อมโยงแบบบูรณาการระหว่างกฎหมาย
และการกำกับดูแลของหน่วยงาน จึงไม่สามารถบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติ
ได้อย่างครบถ้วน

๖) มีสถานที่ผลิตน้ำดื่มจำนวนมากเกิดขึ้นในชุมชน ภายใต้โครงการประชารัฐ เพื่อการเข้าถึงน้ำดื่ม
ที่สะอาด แต่ในด้านความปลอดภัยยังไม่สามารถควบคุมคุณภาพน้ำดื่มได้ภายใต้กฎหมายที่มีอยู่ในปัจจุบัน



๗) ประชาชนไม่ทราบข้อมูลผลการตรวจน้ำดื่มในรายละเอียดของสินค้า เช่น ชื่อการค้า ฯ และไม่มีอุปกรณ์ตรวจคุณภาพน้ำดื่มที่สามารถตรวจได้เองสำหรับเฝ้าระวังความปลอดภัยในครัวเรือน

๘) มีการใช้ภาชนะบรรจุที่ไม่เหมาะสมในการบรรจุน้ำดื่มและยังไม่มีการควบคุม เช่น ภาชนะรีไซเคิล อาจมีการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงและโรคบิด

๙) ไม่มีการควบคุมราคาน้ำดื่มทั้งที่อยู่ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท และที่ไม่อยู่ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท รวมทั้งการจำหน่ายโดยนำภาชนะมารองรับเอง

๕. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พิจารณารับรอง (ร่าง) มติ ๒ น้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน

๖. อ้างอิงอ้างอิง

๑ Resolution A/RES/64/292. United Nations General Assembly, July 2010

๒ General Comment No. 15. *The right to water*. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, November 2002

๓ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๓๖๒) พ.ศ. ๒๕๕๖ เรื่อง น้ำบริโภคจากตู้น้ำดื่มอัตโนมัติ

๔ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๑๓๕) พ.ศ. ๒๕๓๔ เรื่อง น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท

๕ คณะกรรมการกำหนดนโยบายและการบริหารจัดการน้ำ. (๒๕๕๘). บทสรุปผู้บริหารแผนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการทรัพยากรน้ำ. กรุงเทพฯ : กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. พฤษภาคม ๒๕๕๘.



เส้นทางเดิน (Road Map) มติน้ำดื่มปลอดภัยสำหรับประชาชน

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์/ตัวชี้วัด
๒. การควบคุมหรือกำกับน้ำดื่ม		
<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา 	<ul style="list-style-type: none"> - ควบคุมสถานที่ผลิต และผลิตภัณฑ์น้ำดื่มที่ไม่บรรจุในภาชนะปิดสนิท 	<ul style="list-style-type: none"> - มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขควบคุมสถานที่ผลิตและผลิตภัณฑ์น้ำดื่มที่ไม่บรรจุในภาชนะปิดสนิท
<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 	<ul style="list-style-type: none"> - กำกับดูแลสถานที่ผลิตน้ำดื่ม และผลิตภัณฑ์น้ำดื่มเพื่อจำหน่ายในรูปแบบทั้งบรรจุในภาชนะที่ปิดสนิท และไม่บรรจุในภาชนะที่ปิดสนิท 	<ul style="list-style-type: none"> - สถานที่ผลิตน้ำดื่มและผลิตภัณฑ์น้ำดื่มเพื่อจำหน่ายในรูปแบบทั้งบรรจุในภาชนะที่ปิดสนิท และไม่บรรจุในภาชนะที่ปิดสนิทได้มาตรฐานตามประกาศ
<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบฉลากตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญอัตโนมัติของผู้ประกอบธุรกิจผลิต ขาย นำเข้า สั่งนำเข้าตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญอัตโนมัติ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญอัตโนมัติมีฉลาก
๓. การเข้าถึงน้ำดื่มปลอดภัยและสามารถจ่ายได้		
<ul style="list-style-type: none"> - กรมอนามัย - กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ - สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา - กรมทรัพยากรน้ำ - กรมทรัพยากรน้ำบาดาล - กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น - กรมการปกครอง - การประปานครหลวง - การประปาส่วนภูมิภาค 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดให้ประชาชนเข้าถึงน้ำดื่มที่ปลอดภัย โดยสนับสนุน งบประมาณ วิชาการ และอื่นๆ ตามบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วิสาหกิจชุมชน หรือผู้ประกอบการ 	<ul style="list-style-type: none"> - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วิสาหกิจชุมชน หรือผู้ประกอบการ จัดหาน้ำดื่มที่ปลอดภัยสำหรับประชาชน

เส้นทางเดิน (Road Map) มติน้ำดื่มปลอดภัยสำหรับประชาชน







ปฏิเสธไม่ได้ว่าที่อยู่อาศัย เป็นหนึ่งในสิ่งของปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของมนุษย์ ทั้งยังเป็นรากฐานของการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ สังคมและการก่อเกิดวัฒนธรรมต่าง ๆ นับแต่อดีต แม้ในปัจจุบันที่ระบบสังคมมีความซับซ้อนขึ้น รูปแบบการอยู่อาศัยและการประกอบอาชีพเปลี่ยนแปลงไป เกิดภาวะความเป็นเมือง โดยจะพบว่าพื้นที่ส่วนใหญ่ของเมือง คือ ที่อยู่อาศัย อีกทั้งการขับเคลื่อนด้านเศรษฐกิจ และการลงทุนในภาคอสังหาริมทรัพย์ยังมีความสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศต่าง ๆ ด้วย

ภาวะความเป็นเมืองที่เกิดขึ้นและขยายตัวอย่างรวดเร็ว ด้วยปัจจัยทั้งการอพยพของประชากรจากพื้นที่ต่าง ๆ เข้าสู่เมืองที่เพิ่มขึ้น การประกอบอาชีพและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ส่งผลสำคัญต่อ

- (๑) การขาดแคลนที่อยู่อาศัย
- (๒) โอกาสและความเท่าเทียมในการอยู่อาศัย
- (๓) ปัญหาสภาพแวดล้อมที่เสื่อมโทรม
- (๔) การขาดที่อยู่อาศัยรวมถึงผังเมืองที่นำไปสู่สุขภาวะ



นานาประเทศทั่วโลกต่างตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวที่ยั่งยืน ก็นำทวิความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ โดยองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดโครงการระยะยาวนับแต่ พ.ศ. ๒๕๓๐ ในโครงการที่ชื่อว่า "เมืองสุขภาวะ" ที่มีความมุ่งหวังในการสร้างสุขภาวะที่เกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน และการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยการพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างยั่งยืน ครั้งที่ ๓ (Habitat 3) ได้ประกาศวาระการพัฒนาเมืองใหม่ โดยเน้นกระบวนการพัฒนาที่อยู่อาศัยและการพัฒนาเมืองแบบไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง สร้างความเสมอภาคในสิทธิและโอกาสของทุกคน รวมถึงการสร้างเศรษฐกิจเมืองและสภาพแวดล้อมที่ยั่งยืน

อาจกล่าวได้ว่า "ที่อยู่อาศัยที่มีสุขภาวะ" จึงเป็นที่อยู่อาศัยที่ทำให้ผู้อยู่อาศัยมีสุขภาพดีทั้ง กาย จิต สังคม และปัญญา เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งยังเป็นการพัฒนาในมิติการอยู่อาศัยและความเป็นเมืองที่น่าอยู่ของชาวเมืองโดยไม่เว้นแม้แต่เด็ก คนยากจน ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการและผู้สูงอายุ"

การดำเนินการด้านที่อยู่อาศัยในระดับกระทรวงของประเทศอาเซียน



กระทรวงพัฒนาชาติ



กระทรวงที่อยู่อาศัยและรัฐบาลท้องถิ่น



กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์



กระทรวงที่อยู่สาธารณะ



สภาประสานการพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมือง

ในประเทศไทยนับได้ว่ามีปัจจัยที่เกื้อหนุนในการมีที่อยู่อาศัยที่มีสุขภาวะอยู่ในเกณฑ์ที่ดี เนื่องจากนอกเหนือจากหน่วยงานราชการ กรมกองต่าง ๆ ซึ่งมีภารกิจในการกำกับกฎหมายระเบียบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พรบ.ควบคุมอาคาร พ.ศ. ๒๕๒๒ พรบ.การจัดสรรที่ดิน พ.ศ. ๒๕๔๓ เป็นต้น รวมถึงโครงสร้างกลไกคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยแล้ว ยังมีการตั้งการเคหะแห่งชาติ และสถาบันพัฒนา

องค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) ในการดูแลที่อยู่อาศัยและชุมชนตามโครงการต่าง ๆ รวมถึงในส่วนการเงินเคหการ รัฐบาลมีการตั้งธนาคารอาคารสงเคราะห์เข้ามาสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงทุนในการมีที่อยู่อาศัย แต่จะพบว่าสาเหตุสำคัญของปัญหาที่อยู่อาศัยของประเทศไทย ได้แก่ ความไม่สมดุลของอุปสงค์และอุปทานด้านที่อยู่อาศัย คือ ประชากรร้อยละ 50 ของไทยเป็นผู้มีรายได้น้อย แต่อุปทานที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่

กลับกลายเป็นบ้านสำหรับผู้มีรายได้ปานกลางและรายได้สูง ประกอบกับขาดการบูรณาการการทำงานด้านที่อยู่อาศัยชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาวะจากทุกภาคส่วนของสังคม ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาคประชาสังคมอย่างจริงจัง ในระดับยุทธศาสตร์ แผนงาน การระดมทรัพยากรร่วม รวมถึงการประสานงานการทำงานให้เกิดเอกภาพ

สภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น

ได้ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมตามมาอีกด้วย



๑. ด้านเศรษฐกิจ

หากไม่มีการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์อย่างรอบด้าน อาจก่อให้เกิดภาวะที่อยู่อาศัยล้นตลาด ซึ่งทำให้เกิดวิกฤตต่อสังหาริมทรัพย์ และยิ่งส่งผลกระทบต่อวิกฤตเศรษฐกิจ



๒. ด้านสังคม

เมื่อที่อยู่อาศัยเป็นสิ่งที่ผู้มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงได้ ก่อให้เกิดปัญหาการบุกรุก/บุกรุกที่ดิน ปัญหามุขมนตรีแออัด และปัญหาที่อยู่อาศัยที่ไม่ถูกสุขลักษณะ รวมถึงการขาดแคลนสาธารณูปโภคสำคัญ



๓. ด้านสิ่งแวดล้อม

จากการเติบโตของเมืองอย่างไร้ทิศทาง ก่อให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ตามมา เช่น การจัดการขยะ การประสบปัญหาน้ำท่วม การใช้ประโยชน์ที่ดินอย่างไม่เหมาะสม การสูญเสียพื้นที่ทางอาหาร/การเกษตร รวมถึงพื้นที่เชิงอนุรักษ์ทั้งสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม



๒. การมีส่วนร่วม

๓. การเงิน
เคหการ

๗. การลงมือทำ

๕. แนวทางการ
ปฏิบัติร่วมกัน

๑. กลไกหลัก

๔. การพัฒนาเป็น
องค์กรร่วมกัน

๖. อำนาจหน้าที่
ขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น



ประเด็นสำคัญในการจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัยชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาวะ: ได้แก่

ประเด็นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการกำหนดนโยบายด้านที่อยู่อาศัย

ประเด็นการมองภาพการพัฒนาเป็นองค์กรร่วมร่วมกันในการสร้างชุมชนและเมืองเพื่อความสุขภาวะของทุกภาคส่วน

ประเด็นการเพิ่มเติมอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สามารถจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ซึ่งในปัจจุบันอำนาจหน้าที่ด้านที่อยู่อาศัย มีเพียงเทศบาลนครเท่านั้นที่มีอำนาจหน้าที่ดังกล่าว

๒

๔

๖

ประเด็นด้านโครงสร้างและกลไก ซึ่งแม้ว่าจะมีคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องหลายชุด แต่ยังคงกลไกหลักในการประสานการบูรณาการให้เกิดเอกภาพ

ประเด็นการเงินเคหการ ที่เป็นการวางระบบการเงินเพื่อสร้างโอกาสในการมีที่อยู่อาศัยที่พอเพียงสำหรับทุกคน

ประเด็นการขาดแผนผังเมืองและหลักเกณฑ์ที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมตามบริบทพื้นที่ สังคม และวัฒนธรรม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ในทุกด้าน

ประเด็นความร่วมมือในการขับเคลื่อนการจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย โดยเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งในระดับเมืองและจังหวัด อันนำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินการในระดับเมืองและจังหวัด

๑

๓

๕

๗

จึงนำมาสู่การพิจารณาหยาบสาระณะในประเด็น
"การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะ"
ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙

การจัดการและพัฒนาคืออยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะ

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่เก้า

ได้พิจารณารายงาน เรื่อง การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะ^๑

ตระหนัก ว่า ที่อยู่อาศัยเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญต่อชีวิตของทุกคน ในสังคม เป็นพื้นฐานของสุขภาวะทุกมิติ โดยองค์การสหประชาชาติได้กำหนดหลักการและพันธกิจในการพัฒนาการอยู่อาศัยและเมือง (UN-Habitat 3) ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม รวมถึงองค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะ ตามโครงการ “เมืองสุขภาวะ” (Healthy Cities) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๐

ตระหนัก ว่า ร่าง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับผ่านประชามติเมื่อวันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้ให้ความสำคัญต่อการจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย และสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของชุมชนทุกรูปแบบ

ตระหนัก ว่า ประชาชนมีหน้าที่ในการพัฒนา และแก้ปัญหาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมือง ร่วมกับภาคีทุกภาคส่วน

ชื่นชม ภาครัฐที่ได้ให้ความสำคัญต่อเรื่องที่อยู่อาศัย โดยตั้งหน่วยงานและคณะกรรมการด้านที่อยู่อาศัยชุดต่างๆ กำหนดนโยบาย กฎหมาย มาตรการในการสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัยเพื่อให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน และการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน หมู่บ้าน ชุมชนและเมือง และเริ่มให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมพัฒนาที่อยู่อาศัยจากทุกภาคส่วน เช่น โครงการประชารัฐ รวมถึงภาคการเงินและภาครัฐซึ่งได้มีการวางระบบการเงินเคหะการเพื่อสนับสนุนกลุ่มรายได้ต่างๆ เป็นอย่างดี

ชื่นชม ความเข้มแข็งของชุมชน ภาคประชาชนที่เข้าร่วมพัฒนาการแก้ไขปัญหาที่อยู่อาศัยโดยชุมชนเป็นฐานภายใต้การมีส่วนร่วมกับภาครัฐ เช่น โครงการบ้านมั่นคง จนประเทศไทยเป็นต้นแบบของโลก รวมถึงบทบาทของภาคเอกชนที่มีศักยภาพและความเข้มแข็งในการสร้างที่อยู่อาศัย

กังวล ถึง ข้อจำกัดและสภาพปัญหาในการจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาวะภายในชุมชนและเมือง ซึ่งมีความซับซ้อนรุนแรงและขยายตัวมากขึ้นทุกด้าน ทำให้เกิดผลกระทบด้านสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ คุณภาพชีวิต สภาพแวดล้อม ความมั่นคงปลอดภัย ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัดและระดับชาติ และเกิดขึ้นในทุกระดับรายได้ของสังคม โดยมีความรุนแรงในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ซึ่งมีปัญหา การเข้าถึงแหล่งเงินทุน ทรัพยากร สาธารณูปโภค สาธารณูปการ และกองทุนที่สนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๙ / หลัก ๑



รับทราบและกังวล ว่า คณะกรรมการนโยบายที่อยู่อาศัยแห่งชาติ และคณะกรรมการนโยบายเพื่อที่อยู่อาศัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งมีอยู่มาก ยังขาดการบูรณาการด้านนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนการปฏิบัติงาน และงานพัฒนาที่อยู่อาศัยกระจายอยู่ในหลายกระทรวง ทำให้ขาดเอกภาพ รวมถึงการขาดการมีส่วนร่วมของภาคชุมชน ภาควิชาการ ภาคเอกชน ส่งผลให้นโยบายด้านที่อยู่อาศัยไม่สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ ขณะที่ยังมีข้อจำกัดของหน้าที่และอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในส่วนที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนกฎระเบียบบางส่วนไม่เหมาะสมกับบริบทและภูมิณีวัฒนธรรมของพื้นที่หมู่บ้าน ชุมชน เมือง

เห็นว่า การป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านที่อยู่อาศัยอย่างยั่งยืนต้องสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย ทุกภาคส่วนและทุกระดับ เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาในปัจจุบันควบคู่ไปกับการวางแผนป้องกันในอนาคตอย่างยั่งยืน

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑) ขอให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยการเคหะแห่งชาติ และสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทยกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กรมธนารักษ์ กระทรวงการคลัง กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงคมนาคม กระทรวงอุตสาหกรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ สมาคมอสังหาริมทรัพย์ไทย สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และภาคเอกชน ดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสนอต่อคณะกรรมการนโยบายที่อยู่อาศัยแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

๑.๑ ศึกษาเพื่อปรับปรุงโครงสร้าง อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการนโยบายที่อยู่อาศัยแห่งชาติ โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของ องค์กรชุมชน ภาคเอกชน และภาควิชาการ ให้มีความสำคัญกับการบูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายยุทธศาสตร์ชาติด้านสุขภาวะของที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองทุกระดับไปสู่การปฏิบัติ ร่วมกับหน่วยงานและคณะกรรมการด้านที่อยู่อาศัยชุดต่าง ๆ ของภาครัฐอย่างต่อเนื่อง

๑.๒ ปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะ โดยใช้กรอบของหลักการและพันธกิจในการพัฒนาการอยู่อาศัย และเมือง (UN-Habitat 3) และเมืองสุขภาวะ (Healthy Cities) โดยให้มีกลไกคณะทำงานในระดับเขตในกรุงเทพมหานคร ระดับเมือง และระดับจังหวัด เพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ ตลอดจนการขับเคลื่อนแผนงานด้านที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาวะในแต่ละระดับ

๒. ขอให้ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) การเคหะแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นแกนประสานหน่วยงาน ภาคีที่เกี่ยวข้อง ในการจัดเวทีพัฒนานโยบายสาธารณะ และพื้นที่นำร่อง เพื่อศึกษาการจัดการและการพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะ

๓. ขอให้ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) และการเคหะแห่งชาติ เป็น หน่วยงานหลักร่วมกับสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง ธนาคารอาคารสงเคราะห์ กรมส่งเสริมสหกรณ์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ศึกษาแนวทาง การพัฒนาระบบการเงิน การออมเพื่อที่อยู่อาศัย และการพัฒนากองทุนสนับสนุนที่อยู่อาศัย





เพื่อให้มีมาตรการสนับสนุน และส่งเสริมด้านการเงินและการคลังเพื่อเอื้อให้ชุมชน ภาคเอกชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง สามารถพัฒนาที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาพ ให้สอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายของผู้อยู่อาศัยในทุกกลุ่มรายได้และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

๔. ขอให้ สมาคมอสังหาริมทรัพย์ไทย เป็นองค์กรหลักร่วมกับ สมาคมอาคารชุดไทย สมาคมธุรกิจบ้านจัดสรร สมาคมธุรกิจรับสร้างบ้าน สมาคมผู้ประกอบการวัสดุอุปกรณ์สร้างบ้าน สมาหอกการค้า ภาควิชาการ และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมมือกันพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วม และสนับสนุนการพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาพในทุกกลุ่ม

๕. ขอให้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย เสนอต่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อปรับปรุงการถ่ายโอน อำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับให้ครอบคลุมอำนาจหน้าที่ในการจัดการ และการพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาพ

๖. ขอให้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับ กรมโยธาธิการและผังเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การเคหะแห่งชาติ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ สถาบันการศึกษา ชุมชน ภาคประชาสังคม ภาคีและเครือข่ายวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ปรับปรุง พัฒนาหลักเกณฑ์ผังเมือง และเกณฑ์ที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ชุมชน และเมือง เพื่อเป็นแนวทางให้แก่พื้นที่ในการดำเนินงาน และนำไปสู่การออกข้อบัญญัติและเทศบัญญัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๗. ขอให้ คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด และภาคีที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยเฉพาะ เครือข่ายองค์กรชุมชน การพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมือง ร่วมกับคณะทำงานจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาพในระดับเขตในกรุงเทพมหานคร ระดับเมือง และระดับจังหวัด ดังกล่าวในข้อ ๑.๒ สนับสนุนและผลักดันการพัฒนาข้อเสนอนโยบายสาธารณะ และจัดทำแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาพในระดับนั้น ๆ

๘. ขอให้ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๑





**เอกสารหลักประกอบการพิจารณา
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙
การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาวะ**



การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาพ

๑. นิยาม/คำจำกัดความ

๑.๑ ที่อยู่อาศัย หมายถึง บ้าน ชุมชน และเมือง โดย

(๑) บ้าน ความหมายตามราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง ที่อยู่ โรงเรือนหรือสิ่งปลูกสร้างสำหรับใช้เป็นที่อยู่อาศัย ซึ่งมีเจ้าบ้านครอบครอง และหมายความรวมถึงแพ หรือเรือ ซึ่งจอดเป็นประจำและใช้เป็นที่อยู่ประจำ หรือสถานที่หรือยานพาหนะอื่นซึ่งใช้เป็นที่อยู่อาศัยประจำได้ด้วย

โดยในระเบียบวาระนี้ให้หมายความรวมถึง หน่วยพักอาศัย และการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ด้วยความสัมพันธ์ทางเครือญาติเป็นหลัก

(๒) ชุมชน ความหมายตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) พ.ศ. ๒๕๔๓ หมายถึง กลุ่มคนที่มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกันและมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างเป็นปกติและต่อเนื่อง โดยเหตุที่ตั้งอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกันหรือมีอาชีพเดียวกัน หรือประกอบกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์ร่วมกัน หรือมีวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมร่วมหรือความสนใจร่วมกัน

(๓) เมือง ความหมายตามราชบัณฑิตยสถาน หมายถึง เขตเทศบาลที่มีจำนวนประชากรตั้งแต่ ๑๐,๐๐๐ คนขึ้นไป

๑.๒ ที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาพ หมายถึง ที่อยู่อาศัยที่ทำให้ผู้อยู่อาศัยมีสุขภาพดีทั้ง กาย จิต สังคม และปัญญา เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

๑.๓ การจัดการที่อยู่อาศัย หมายถึง กระบวนการบริหารงานเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย ทั้งการแก้ไขปัญหา และมองถึงอนาคต เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมืองให้มีสุขภาพที่ดีสำหรับทุกคน

๑.๔ การพัฒนาที่อยู่อาศัย หมายถึง กระบวนการดำเนินงานเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย เพื่อป้องกัน แก้ไขปัญหาและปรับปรุงสถานการณ์หรือสิ่งที่เป็นอยู่ให้ดีขึ้นเพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีในการอยู่อาศัยของผู้อยู่อาศัยอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

๒. ความสำคัญของที่อยู่อาศัย

ที่อยู่อาศัยเป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ มีความสำคัญต่อชีวิต ความเป็นอยู่ เป็นพื้นฐานของสุขภาพะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งนำไปสู่ความมั่นคงและความปลอดภัยของทุกคน ทุกครอบครัว ทุกชุมชน หากที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขภาพจะกลายเป็นแหล่งกำเนิดความเสี่ยงภัยอันตรายทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สิน

ที่อยู่อาศัยเป็นการลงทุนครั้งสำคัญที่สุดในชีวิตของทุกคน และมีความสำคัญต่อเศรษฐกิจของประเทศ พื้นที่ส่วนใหญ่ของเมืองเป็นที่อยู่อาศัย ซึ่งหากที่อยู่อาศัยไม่ถูกสุขภาพจะส่งผลกระทบต่อ

คุณภาพชีวิต และสุขภาวะโดยรวม ตลอดจนลดขีดความสามารถในการแข่งขันด้านเศรษฐกิจ การพัฒนา
ทรัพยากรมนุษย์ เป็นต้น

๓. กรอบหลักการและพันธกิจการจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาวะ

๓.๑ ระดับนานาชาติ

๑) องค์การสหประชาชาติ ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาที่อยู่อาศัยที่พอเพียงสำหรับทุกคน เป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และในการประชุมสหประชาชาติ ว่าด้วยการพัฒนาที่อยู่อาศัยและเมืองอย่างยั่งยืน ครั้งที่ ๓ (Habitat 3) ในเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ประเทศต่าง ๆ ที่เข้าร่วมได้ร่วมกันประกาศปฏิญญาสากลที่กำหนดหลักการและพันธกิจสำคัญในการพัฒนาการอยู่อาศัยและเมืองที่ยั่งยืน โดยเน้นความสำคัญ กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ดังนี้

(๑) การสร้างความเสมอภาค สิทธิและโอกาสในการเข้าถึงที่อยู่อาศัยที่ดีของทุกคน

(๒) การสร้างเศรษฐกิจเมืองที่ยั่งยืน อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

(๓) การพัฒนาสภาพแวดล้อมอย่างยั่งยืน รวมถึงความพร้อม ความสามารถในการรับมือ ความเปลี่ยนแปลงทั้งจากภูมิอากาศและอื่น ๆ ได้

๒) องค์การอนามัยโลก ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการสร้างสุขภาวะของประชากรของโลกโดยรวม ตลอดมา เห็นได้จากการประกาศใช้กฎบัตรออกตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ เมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๙ และการจัดทำโครงการพัฒนาระยะยาวขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคยุโรป เรื่อง “เมืองสุขภาวะ (Healthy Cities)” ขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๐ ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ทั้งนี้เมืองสุขภาวะหมายถึงเมืองที่ทุกภาคส่วนของสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุน สร้างสรรค์ และปรับปรุงสภาพแวดล้อมทางกายภาพ และสังคมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการขยายโอกาสในเชิงทรัพยากรเพื่อให้ประชาชนได้มีศักยภาพสูงสุดและมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ในโอกาสวันอนามัยโลกประจำปี พ.ศ. ๒๕๕๓ มีการจัดรณรงค์ทั่วโลกในหัวข้อ “สภาวะความเป็นเมือง นำมาซึ่งความท้าทายทางสาธารณสุข” โดยองค์การอนามัยโลกเสนอให้มีการวางแผนและปรับสร้างเมืองให้มีพื้นที่สาธารณะและการคมนาคมที่เอื้อต่อพฤติกรรมที่ก่อผลดีต่อสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การใช้ชีวิตที่กระฉับกระเฉง เสริมสร้างความปลอดภัยและสร้างสรรค์กฎระเบียบที่เหมาะสมเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบและดูแลอาหารให้ปลอดภัย การปรับปรุงสภาวะความเป็นอยู่ของประชากรให้ดีขึ้น ทั้งเรื่องที่อยู่อาศัย น้ำและการสุขาภิบาลจะสามารถลดความเสี่ยง โรคภัย และส่งผลดีในระยะยาวต่อสุขภาวะของผู้อยู่อาศัยในเมืองทุกคน และยังระบุด้วยว่า การดำเนินการให้เมืองทุกเมือง เป็นเมืองที่น่าอยู่ของชาวเมืองโดยไม่เว้นแม้แต่คนยากจน ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการและผู้สูงอายุ (Inclusive cities) นั้น อาจไม่จำเป็นต้องจัดหาทรัพยากรเพิ่มขึ้น เพียงแต่ต้องอาศัยความมุ่งมั่นที่จะปรับใช้ทรัพยากรที่มีอยู่แล้วในบริบทเมือง ให้เหมาะสมและเต็มประสิทธิภาพ

๓.๒) ประเทศไทย

๑) ภาครัฐ ได้ให้ความสำคัญกับนโยบายด้านการพัฒนาที่อยู่อาศัยโดยได้ดำเนินการแก้ปัญหาที่อยู่อาศัยมาตั้งแต่ พ.ศ. ๒๔๘๓ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่อยู่อาศัยอย่างพอเพียง ถูกสุขลักษณะ รวมไปถึงการใช้ที่อยู่อาศัยเป็นมาตรการกระตุ้นทางเศรษฐกิจ ผ่านการดำเนินการ ดังต่อไปนี้



(๑) การจัดตั้งหน่วยงานภาครัฐเพื่อรับผิดชอบและดำเนินการในการพัฒนาที่อยู่อาศัย ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงต่าง ๆ จำนวนมาก เช่น การเคหะแห่งชาติ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) กระทรวงการพัฒนาการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ธนาคารอาคารสงเคราะห์ ศูนย์ข้อมูลอสังหาริมทรัพย์กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายที่อยู่อาศัยแห่งชาติ และคณะกรรมการที่อยู่อาศัยเฉพาะทางอีกจำนวนมาก มีการจัดวางระบบการเงินด้านที่อยู่อาศัยและการเงินเคหะการของภาครัฐเพื่อสนับสนุนการเข้าถึง ที่อยู่อาศัยในทุกระดับรายได้ เช่น การอำนวยการสินเชื่อที่อยู่อาศัยของธนาคารอาคารสงเคราะห์ เพื่อสนับสนุนกลุ่มผู้มีรายได้ระดับกลางให้สามารถเข้าถึงเกณฑ์ของระบบสถาบันการเงินในระบบทั่วไป กองทุนที่อยู่อาศัยของสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน สำหรับกลุ่มผู้ขาดโอกาสในการเข้าถึงเกณฑ์ของระบบสถาบันการเงินโดยจัดตั้งในรูปแบบสหกรณ์ของโครงการบ้านมั่นคง และการจัดให้มีการเช่าซื้อที่พักอาศัยในโครงการของการเคหะแห่งชาติโดยการเคหะแห่งชาติ สำหรับบุคคลที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงเกณฑ์ของระบบสถาบันการเงินปกติ

(๒) การกำหนดนโยบายและออกกฎหมาย หลักเกณฑ์ ระเบียบข้อบังคับ เช่น พระราชบัญญัติการจัดสรรที่ดิน พ.ศ. ๒๕๔๓ พระราชบัญญัติควบคุมอาคาร พ.ศ. ๒๕๒๒ การประกาศผังเมืองรวมเทศบัญญัติ มาตรการด้านภาษีและการคลังเพื่อสนับสนุนการมีที่อยู่อาศัยของประชาชน และยังได้มีการบรรจุความสำคัญด้านการจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัยไว้ใน ร่างรัฐธรรมนูญฉบับผ่านประชามติเมื่อวันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ได้รับรองสิทธิตามมาตรา ๕ ของบุคคลในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ กำหนดภาพพึงประสงค์ของระบบสุขภาพในหมวดการสร้างเสริมสุขภาพว่า สิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมของชุมชนทุกรูปแบบได้รับการพัฒนาให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี โดยได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาชนและภาคส่วนอื่นๆ นอกจากนี้ ยังมีการกระจายอำนาจแก่ท้องถิ่นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๔๒ เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาชุมชนและพื้นที่ของตนเอง

(๓) การดำเนินโครงการพัฒนาและสนับสนุนการมีที่อยู่อาศัยโดยภาครัฐ เช่น โครงการบ้านมั่นคง โครงการบ้านเอื้ออาทร โครงการบ้านประชารัฐ

(๔) การให้ความสำคัญด้านจัดการด้านที่ดินเพื่อสร้างความมั่นคงในที่อยู่อาศัยผ่านการเช่าที่ดินรัฐเพื่อดำเนินโครงการโดยหน่วยงานต่าง ๆ เช่น กรมธนารักษ์ สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์ การรถไฟแห่งประเทศไทย

(๕) การดำเนินการจัดทำหลักเกณฑ์ เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตและสุขภาวะด้านที่อยู่อาศัยในโครงการ เช่น โครงการเทศบาลน่าอยู่ยั่งยืน โครงการเมืองน่าอยู่ของกรมอนามัย

๒) ภาคเอกชน มีบทบาทสำคัญในด้านการก่อสร้างและเป็นผู้ผลิตที่อยู่อาศัยหลักเข้าสู่ตลาด โดยครอบคลุมที่อยู่อาศัยระดับราคาต่ำ ปานกลาง และสูง ตลอดจนมีบทบาทด้านการเงินผ่านธนาคารพาณิชย์ ในการให้สินเชื่อเพื่อพัฒนาโครงการที่อยู่อาศัยและสินเชื่อเพื่อซื้อที่อยู่อาศัย อีกทั้งในปัจจุบันภาคเอกชนมีการรวมตัวกันเพื่อผลักดันการพัฒนาด้านที่อยู่อาศัยผ่านสมาคมต่าง ๆ เช่น สมาคมอสังหาริมทรัพย์ไทย สมาคมธุรกิจบ้านจัดสรร สมาคมธุรกิจรับสร้างบ้าน และมีบทบาทในการกำหนดทิศทางของเมือง เช่น การร่วมมือกันของภาคเอกชนเพื่อจัดตั้งบริษัทในการพัฒนาระบบขนส่ง คมนาคม ของเมือง เช่น บริษัท ขอนแก่นพัฒนาเมือง เป็นต้น

๓) ภาคชุมชน มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานเพื่อความร่วมมือกับภาครัฐ ภาคเอกชน และภาควิชาการ ในการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายเพื่อสร้างพลังการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การแลกเปลี่ยน



เรียนรู้ สนับสนุนซึ่งกันและกันเพื่อแก้ไขปัญหาที่อยู่อาศัยที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน เช่น โครงการบ้านมั่นคง ที่แก้ปัญหาชุมชนผู้มีรายได้น้อยอย่างเป็นระบบในแต่ละเมืองโดยชุมชนเป็นแกนหลัก ตัวอย่างเช่น เครือข่ายพัฒนาชุมชนเมืองนครสวรรค์ เครือข่ายบ้านมั่นคงเมืองชุมแพในจังหวัดขอนแก่น ซึ่งทั้งสองเมืองได้ ประสบความสำเร็จในแก้ไขปัญหาที่อยู่อาศัยผ่านโครงการบ้านมั่นคง และเป็นชุมชนต้นแบบในการพัฒนาไปสู่ ชุมชนอื่นในอนาคต โดยรูปแบบในการพัฒนา การแก้ไขปัญหาที่อยู่อาศัยโดยชุมชนเป็นฐานดังกล่าวข้างต้น ประสบความสำเร็จเป็นอย่างสูงและเป็นต้นแบบของทั่วโลก

การจะมีชุมชนหรือเมืองที่มีสุขภาวะที่ดี จะต้องมีการทำงานอย่างมีส่วนร่วมทั้งระบบในทุกภาคส่วน โดยการแก้ไขและป้องกันปัญหาต้องดำเนินการผ่านกลไกความร่วมมือทั้งในระดับชุมชน เมือง จังหวัดและชาติ เพื่อให้เกิดการบูรณาการในทุกด้านของการบริหารจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาวะที่ดีของทุกคน ทุกชุมชนและทุกเมืองอย่างยั่งยืนต่อไป

๔. สภาพปัญหา ข้อจำกัดและโอกาสการพัฒนา

การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาวะ เป็นเรื่องใหญ่ซึ่งมีปัญหาซับซ้อนและมีความหลากหลาย เนื่องจากมีความเกี่ยวเนื่องกับทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคเอกชน ภาคชุมชนและ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในทุกระดับรายได้ ทั้งชุมชนรายได้สูง รายได้ปานกลาง และรายได้น้อย อีกทั้ง ยังส่งผลกระทบต่อในวงกว้างทั้งภาคเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความมั่นคง คุณภาพชีวิต จิตใจและความเป็นอยู่ จึงทำให้มีความซับซ้อนสูง โดยจำแนกปัญหาได้ดังต่อไปนี้

๑) ด้านเศรษฐกิจ ผลสืบเนื่องจากการขาดการกำหนดนโยบายที่อยู่อาศัยการวางแผน การประสานงาน และบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมในทุกภาค ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะที่อยู่อาศัยล้นตลาด การเก็งกำไร วิกฤตอสังหาริมทรัพย์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ในขณะที่ที่อยู่อาศัยสำหรับ กลุ่มคนรายได้น้อยหรือกลุ่มคนด้อยโอกาสยังขาดแคลน และมีระดับราคาสูงเกินกว่าความสามารถในการซื้อ หรือเช่า ขาดโอกาสในการเข้าถึงที่ดิน เงินทุน ทรัพยากร ขณะที่ชุมชนและเมืองเกิดการพัฒนามิได้เต็มรูปแบบ สิ้นเปลืองการลงทุนสาธารณูปโภค เกิดปัญหาด้านการเดินทาง การจราจร คมนาคมขนส่ง ขาดความเท่าเทียม และโอกาสในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ส่งผลให้ความสามารถในแข่งขันของประเทศลดลง อีกทั้งยังเกิดภาระ ค่าใช้จ่ายด้านงบประมาณทางด้านสาธารณสุขในการใช้รักษาโรคระบาด โรคติดต่อ ตลอดจนเกิดภาวะ ภาครัฐอื่นจากความเสี่ยงต่าง ๆ เช่น อัคคีภัย อาชญากรรม จากที่อยู่อาศัยและชุมชนที่ขาดสุขภาวะ

๒) ด้านสังคม การพัฒนาที่ผ่านมาส่งผลให้ผู้มีรายได้น้อยขาดแคลนที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขภาวะ เกิดชุมชนแออัด ชุมชนบุกรุก การสร้างบ้านและอาคารเช่าที่ต่ำกว่ามาตรฐานขาดแคลนสาธารณูปโภค สาธารณูปการและขาดโอกาสในด้านต่าง ๆ ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคม ปัญหาสุขภาวะทางด้านร่างกายและ จิตใจ ด้านความมั่นคงทางชีวิตและทรัพย์สิน โดยยังพบปัญหาสังคมด้านต่าง ๆ อีกเช่น การเกิดที่อยู่อาศัย แรงงานข้ามชาติจากการเปิดเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) และปัญหาในการอยู่ร่วมกัน ปัญหา ที่อยู่อาศัยในเมืองท่องเที่ยวตกอยู่ในมือคนต่างชาติ กระทบความมั่นคง ปัญหาการละเลยและการลดลงของ ที่อยู่อาศัยที่มีคุณค่าทางวัฒนธรรม

๓) ด้านสิ่งแวดล้อม เกิดการเติบโตของเมืองแบบไร้ทิศทาง เกิดพื้นที่ไม่ทำประโยชน์ในที่ดินที่รอ การพัฒนา สูญเสียพื้นที่ทางการเกษตรและพื้นที่อนุรักษ์สิ่งแวดล้อมปัญหาที่อยู่อาศัยในพื้นที่เสี่ยงภัยธรรมชาติ ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม สุขภาวะปัญหาที่อยู่อาศัยบุกรุกในพื้นที่เกษตรและพื้นที่ที่ควรอนุรักษ์ สิ่งแวดล้อม ปัญหาขยะน้ำเสีย ตกค้างในแหล่งที่อยู่อาศัยเป็นบ่อเกิดโรคร้าย โรคระบาด อุบัติเหตุ อุบัติภัย



เพื่อแก้ไขปัญหาปัจจุบันและวางแผนป้องกันปัญหาในอนาคต จึงต้องการกระบวนการบูรณาการผ่านความร่วมมือและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเพื่อการนำไปสู่การวางแผนและปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน โดยมีประเด็นต่างๆ ที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

ประเด็นที่ ๑ นโยบาย การดำเนินงานและยุทธศาสตร์ที่อยู่อาศัย

๑) ประเด็นการดำเนินงาน จากงานวิจัย “การศึกษาองค์กรเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัยในประเทศไทย” โดยศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยด้วยการสนับสนุนจากการเคหะแห่งชาติ พบว่าปัจจัยที่สำคัญซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาด้านการจัดการและการพัฒนาที่อยู่อาศัย ได้แก่ การขาดการบูรณาการด้านนโยบายและขาดความต่อเนื่องในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ แผนการปฏิบัติงาน แผนทรัพยากร และการขาดการประสานงานด้านการปฏิบัติระหว่างหน่วยงานและองค์กรภาครัฐอีกทั้งหน่วยงานด้านที่อยู่อาศัยกระจายตัวในหลายกระทรวงทำให้ขาดเอกภาพในการดำเนินงาน

ภาครัฐได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายที่อยู่อาศัยแห่งชาติและ คณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยเป็นจำนวนมากในกระทรวงต่างๆ แต่กลับไม่มีคณะกรรมการชุดหลักเพื่อเป็นแกนกลางด้านที่อยู่อาศัย ทั้งนี้คณะกรรมการนโยบายที่อยู่อาศัยแห่งชาติ ซึ่งจัดตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. ๒๕๕๑ มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นรองประธาน มีรองปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมฯ เป็นเลขาธิการ มีอำนาจหน้าที่ ในการเสนอ นโยบายและยุทธศาสตร์ และแผนการบริหารจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัยของชาติต่อคณะรัฐมนตรี สำนวจ ความต้องการ กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่อยู่อาศัย กำหนดหลักเกณฑ์ มาตรการในการบริหารจัดการ พัฒนาที่อยู่อาศัย รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาครัฐ องค์กรประชาชนและภาคเอกชนในการนำแผนไปสู่ การปฏิบัติ แต่อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการฯ ยังไม่มีความชัดเจนถึงการพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมือง ในมิติด้านสุขภาวะ อีกทั้งไม่มีอำนาจสั่งการหน่วยงานนอกจากนี้ แม้จะมีการกำหนดในองค์ประกอบ ของคณะกรรมการฯ ให้มีผู้ทรงคุณวุฒิที่แต่งตั้งจากภาคเอกชนและภาคประชาสังคม แต่ในทางปฏิบัติ ก็ยังขาดการมีส่วนร่วมของภาคชุมชน ภาควิชาการ ภาคเอกชนอย่างแท้จริง ส่งผลให้นโยบายด้านที่อยู่อาศัย ไม่สอดคล้องกับความต้องการ และบริบทของพื้นที่

๒) ประเด็นด้านการจัดทำนโยบายที่อยู่อาศัยและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ของคณะกรรมการที่อยู่อาศัยแห่งชาติ พบว่ายังขาดการมีส่วนร่วมของภาคเอกชนภาคชุมชน ภาควิชาการในการร่วมกำหนดนโยบาย และแผนยุทธศาสตร์ด้านการจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาพ และในระดับจังหวัดยังขาดคณะทำงาน ในการวางแผนและขับเคลื่อนในภาคปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม ส่งผลให้การดำเนินการไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ประเด็นที่ ๒ กลไกการมีส่วนร่วม

๑) การกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ที่อยู่อาศัยและผังเมืองในปัจจุบัน เป็นการกำหนดจากทางภาครัฐ โดยการขาดกลไกและเวทีการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นและพัฒนานโยบายร่วมกันของ ภาครัฐ ภาคประชาชน ภาคชุมชนท้องถิ่น ภาคเอกชน ตลอดจนภาควิชาการ ในการมีส่วนร่วมพัฒนา กำหนด ทิศทางและขับเคลื่อนนโยบายที่อยู่อาศัยให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน พื้นที่ วัฒนธรรม ทั้งในระดับชุมชน ระดับเมือง และระดับชาติ อีกทั้งยังขาดข้อมูล องค์ความรู้ในพื้นที่

ประเด็นที่ ๓ การเงินการคลังที่อยู่อาศัย

๑) การเข้าถึงแหล่งเงินทุนเพื่อที่อยู่อาศัยของกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และผู้มีรายได้น้อยซึ่งไม่มีรายได้ประจำ





เป็นไปด้วยความยากลำบาก แม้ว่าระบบการเงินเคหะการและมาตรการด้านการคลังต่าง ๆ ของไทยจะได้รับการวางระบบมาเป็นอย่างดี แต่ยังคงมีช่องว่างด้านกฎเกณฑ์การเข้าถึงสินเชื่อ ซึ่งไม่สนับสนุนกลุ่มผู้มีรายได้น้อย หรือผู้ที่ไม่มีรายได้นั่นเอง ทำให้โอกาสในการได้รับสินเชื่อเพื่อเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัยของกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ทั้งจากการซื้อ หรือการเช่าที่ดินรัฐเพื่อปลูกสร้างที่อยู่อาศัย หรือการขอสินเชื่อเพื่อการก่อสร้างที่อยู่อาศัยของกลุ่มดังกล่าวเป็นไปอย่างจำกัด จากการศึกษาโดยการเคหะแห่งชาติพบว่าประชากรไทย ร้อยละ ๕๐ เป็นกลุ่มผู้มีรายได้น้อยซึ่งไม่สามารถเข้าถึงเกณฑ์สินเชื่อเพื่อที่อยู่อาศัยได้

๒) ปัจจุบันมีการพัฒนาการให้การสนับสนุนสินเชื่อที่อยู่อาศัยในรูปแบบโครงการบ้านมั่นคง โดยใช้กองทุนภาครัฐโดยสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชนในการสนับสนุน อย่างไรก็ตามด้วยขนาดกองทุนและแหล่งที่มาของเงินทุนยังมีขนาดเล็ก จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินการช่วยเหลือกลุ่มผู้มีรายได้น้อยอย่างเพียงพอ และพบว่าการดำเนินการสินเชื่อเช่าซื้อของการเคหะแห่งชาติยังคงมีปัญหาด้านการจัดการหนี้เสียมาตรการในการสนับสนุนภาคเอกชนทั้งทางด้านมาตรการการเงินและการคลังเพื่อก่อสร้างและจัดหาที่ดินเพื่อสร้างที่อยู่อาศัย แก่กลุ่มผู้มีรายได้น้อยยังขาดการสนับสนุนด้านการให้สินเชื่อพัฒนาโครงการที่อยู่อาศัยเพื่อผู้มีรายได้น้อย ซึ่งมีดอกเบี้ยต่ำและการจัดหาที่ดินต้นทุนต่ำแก่ภาคเอกชนหรือหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้ต้นทุนที่อยู่อาศัยมีราคาต่ำลงสอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายของผู้มีรายได้น้อย และควรขยายผลไปยังทุกกลุ่มระดับรายได้เพื่อสร้างที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขภาวะภายใต้ความสามารถในการจ่ายของทุกระดับรายได้ต่อไป

ประเด็นที่ ๔ การสนับสนุนการพัฒนาที่อยู่อาศัยจากภาคส่วนต่างๆ

การดำเนินการด้านการบริหารจัดการและการพัฒนาที่อยู่อาศัยในปัจจุบันยังขาดความร่วมมือและสนับสนุนอย่างจริงจังจากภาคส่วนต่างๆ ทำให้การพัฒนาไม่ไปในทิศทางเดียวกัน เพราะเป็นการมุ่งแก้ไขเฉพาะปัญหาของตน ขาดการมองภาพการพัฒนาเป็นองค์รวมร่วมกันในการสร้างชุมชนและเมืองเพื่อความมีสุขภาวะของทุกภาคส่วน ทำให้เกิดภาวะไม่สมดุลในการพัฒนาระบบที่อยู่อาศัยก่อให้เกิดปัญหาสะท้อนกลับไปในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อยซึ่งขาดโอกาสและต้องการการสนับสนุนจากภาคส่วนอื่นในการแก้ไขและป้องกันปัญหาร่วมกัน

ประเด็นที่ ๕ หลักเกณฑ์ที่อยู่อาศัย แผนและผังเมืองที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

ในการวางแผนในการพัฒนาเมือง การใช้ที่ดิน และการพัฒนาที่อยู่อาศัย ยังไม่มีหลักเกณฑ์ผังเมืองและเกณฑ์ที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาวะที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ชุมชน เมือง วิถีชีวิต และวัฒนธรรม ตลอดจนความต้องการในการอยู่อาศัยจริงของชุมชนในแต่ละระดับรายได้ ซึ่งมีความแตกต่างกันแต่ต้องพึงพาอาศัยซึ่งกันและกัน ส่งผลต่อการเกิดชุมชนและเมืองซึ่งขาดสุขภาวะ โดยเฉพาะในกลุ่มชุมชนผู้มีรายได้น้อย

ประเด็นที่ ๖ อำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

บทบาทและอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาที่อยู่อาศัยมีจำกัด และบางส่วนไม่สอดคล้องต่อการดำเนินงาน ตลอดจนขาดแคลนงบประมาณ ทรัพยากรและองค์ความรู้เพื่อดำเนินการสนับสนุนด้านที่อยู่อาศัย

ประเด็นที่ ๗ การขับเคลื่อนจากภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนและระดับจังหวัด

การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านการจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัยชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาวะในระดับชุมชนและระดับจังหวัด ยังคงขาดภาคีเครือข่ายซึ่งเป็นแกนหลักในการขับเคลื่อน จึงอาจส่งผลกระทบต่อ





ในการดำเนินงานเนื่องจากขาดแกนหลักในการช่วยขับเคลื่อน ประสานงานและติดตาม

จากประเด็นดังกล่าวข้างต้น พบว่าการจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัยชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาพะ มีโอกาสพัฒนาตามหลักการและพันธกิจในปฏิญญาสากลว่าด้วยการพัฒนาการอยู่อาศัยและเมือง (Habitat 3) เมืองสุขภาพะ (Healthy Cities) โดยใช้ “คน” เป็นศูนย์กลาง ซึ่งต้องมีการให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในกลไกระดับยุทธศาสตร์และนโยบาย เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ และการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ ในการพัฒนาที่อยู่อาศัยชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาพะทั้งในมิติด้านกายภาพ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ทั้งระดับชาติ จังหวัด ชุมชน และประชาชนทุกกลุ่ม

๕. ประเด็นเพื่อพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พิจารณา (ร่าง) มติ ๒ การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาพะ

๖. เอกสารอ้างอิง

๑. World Health Organization. Health Promotion Glossary, 1998.
๒. American Planning Association. Urban Design Standard, 2005.
๓. สำนักที่ปรึกษากรมอนามัย. โครงการตำรา. (Online). <http://advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=cities01>
๔. สำนักงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. โครงการส่งเสริมท้องถิ่นสู่สังคมสีเขียว. กระทรวงทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม, ๒๕๕๙
๕. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และมูลนิธิสถาบันสิ่งแวดล้อมไทย. คู่มือประเมินเทศบาลน่าอยู่อย่างยั่งยืน. พ.ศ. ๒๕๕๕. (Online). http://www.tei.or.th/w_lc/Municipal
๖. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๙ (พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๔๙)
๗. การเคหะแห่งชาติ. มาตรฐานชุมชนและที่อยู่อาศัย. พ.ศ. ๒๕๓๑
๘. ไตรรัตน์ จารุทัศน์. งานวิจัยเรื่องมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ. หน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนพิการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๖
๙. ไตรรัตน์ จารุทัศน์. คู่มือ ชื่อนำการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ. หน่วยปฏิบัติการวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนพิการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๔๖
๑๐. อรรถนัย เสถบุตร. คู่มือเกณฑ์การประเมินชุมชนน่าอยู่น่าสบายอย่างยั่งยืน. : ECOVILLAGE. การเคหะแห่งชาติ, พ.ศ. ๒๕๕๖
๑๑. ชีษณุวัฒน์ มณีศรีขำ และคณะ. 1.การวางแผนจัดการแบบมีส่วนร่วมเพื่อความมั่นคงด้านน้ำของระบบนิเวศสามน้ำจังหวัดสมุทรสงคราม. รายงานฉบับสมบูรณ์. สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), มีนาคม ๒๕๕๘





๑๒. ดวงกมล ศักดิ์เลิศ. ความอยู่เย็นเป็นสุข. ๒๕๔๙ อ้างถึงใน กองบรรณาธิการใกล้เคียง, ๒๕๔๗
๑๓. พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ, ๒๕๕๐
๑๔. ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙
๑๕. กุณฑลทิพย์ พานิชภักดิ์. เอกสารประกอบการประชุมปรึกษาหารือประเด็น นโยบายที่อยู่อาศัยผู้มีรายได้น้อยห่วงใยสุขภาพ, ๒๕๕๙
๑๖. ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. การศึกษาองค์กรเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัยในประเทศไทย. รายงานฉบับสมบูรณ์ สนับสนุนโดยการเคหะแห่งชาติ, มีนาคม ๒๕๕๔
๑๗. กุณฑลทิพย์ พานิชภักดิ์. นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้องด้านเคหะพัฒนาการและอสังหาริมทรัพย์ (SEC 1). ภาควิชาเคหะการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, ๒๕๕๖



เส้นทางเดิน (Road map) การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาพ

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
<p>กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, การเคหะแห่งชาติ, สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน(องค์การมหาชน) ร่วมกับกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, กรมโยธาธิการและผังเมือง, กรมธนารักษ์, กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงคมนาคม, สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย, สมาคมอสังหาริมทรัพย์ไทย, สมาหอการค้าแห่งประเทศไทยและภาควิชาการ</p>	<p>๑. ศึกษาเพื่อปรับปรุงโครงสร้างอำนาจหน้าที่ ของคณะกรรมการนโยบายที่อยู่อาศัยแห่งชาติ โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของ ภาคชุมชน ภาคเอกชน และภาควิชาการ</p> <p>๒. จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการพัฒนาที่อยู่อาศัยชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาพ</p>	<p>เกิดคณะกรรมการชุดหลักในการบูรณาการและขับเคลื่อนนโยบายยุทธศาสตร์ชาติด้านที่อยู่อาศัยไปสู่ภาคปฏิบัติร่วมกับหน่วยงานและกรมการด้านที่อยู่อาศัยชุดต่าง ๆ ของภาครัฐ</p> <p>แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการพัฒนาที่อยู่อาศัยชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีการบูรณาการนโยบาย และการวางแผนปฏิบัติการด้านที่อยู่อาศัยของกรมการชุดต่าง ๆ ของภาครัฐ - เสนอคณะรัฐมนตรีรับทราบ และสนับสนุนการดำเนินการ - เกิดการพัฒนานโยบายสาธารณะและยุทธศาสตร์ด้านที่อยู่อาศัยสุขภาพในทุกระดับ - เกิดการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะด้านการพัฒนาที่อยู่อาศัยที่มีสุขภาพด้วยกลไกระดับต่าง ๆ ตามแผนยุทธศาสตร์ - เกิดกลไกการดำเนินการระดับจังหวัดและเมือง - เกิดพื้นที่นำร่องระดับชุมชนและเมือง
<p>สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) การเคหะแห่งชาติ และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ</p>	<p>ประสานหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องในการจัดเวทีพัฒนานโยบายสาธารณะ และพื้นที่นำร่องเพื่อศึกษาการจัดการและการพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาพ</p>	<p>เวทีพัฒนานโยบายสาธารณะ และพื้นที่นำร่องเพื่อศึกษาการจัดการและการพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมืองเพื่อสุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบการเงินการคลังที่อยู่อาศัยที่มีประสิทธิภาพ - มาตรการด้านการเงินการคลังสนับสนุนทุกกลุ่ม - พัฒนาที่อยู่อาศัยซึ่งถูกสุขภาพให้สอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายของทุกกลุ่มรายได้ ผู้ด้อยโอกาส และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
<p>กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง, สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน(องค์การมหาชน), การเคหะแห่งชาติ, ธนาคารอาคารสงเคราะห์, กรมส่งเสริมสหกรณ์</p>	<p>ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการเงินและการพัฒนากองทุนเพื่อสนับสนุนที่อยู่อาศัย และศึกษาแนวทางการออกมาตรการสนับสนุนด้านการเงินและการคลัง</p>	<p>แนวทางและมาตรการสนับสนุนด้านการเงินและการคลังที่อยู่อาศัย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบการเงินการคลังที่อยู่อาศัยที่มีประสิทธิภาพ - มาตรการด้านการเงินการคลังสนับสนุนทุกกลุ่ม - พัฒนาที่อยู่อาศัยซึ่งถูกสุขภาพให้สอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายของทุกกลุ่มรายได้ ผู้ด้อยโอกาส และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
<p>สมาคมอสังหาริมทรัพย์ไทย, สมาคมอาคารชุดไทย, สมาคมธุรกิจบ้านจัดสรร, สมาคมธุรกิจรับสร้างบ้าน, ภาควิชาการ สถาบันการศึกษา</p>	<p>สนับสนุนการพัฒนาที่อยู่อาศัยชุมชนและเมือง เพื่อสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้มีรายได้น้อย</p>	<p>แนวทางการสนับสนุนการพัฒนาที่อยู่อาศัยชุมชนและเมืองที่มีสุขภาพโดยภาคเอกชน และภาควิชาชีพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบการเงินการคลังที่อยู่อาศัยที่มีประสิทธิภาพ - มาตรการด้านการเงินการคลังสนับสนุนทุกกลุ่ม - พัฒนาที่อยู่อาศัยซึ่งถูกสุขภาพให้สอดคล้องกับความสามารถในการจ่ายของทุกกลุ่มรายได้ ผู้ด้อยโอกาส และเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่

เส้นทางเดิน (Road map) การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะ

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์/ตัวชี้วัด	ผลลัพธ์/ผลกระทบ
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น/ คกก.การกระจายอำนาจฯ	ปรับปรุงการถ่ายโอนอำนาจ อำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ให้ครอบคลุม การแก้ไขปัญหา และพัฒนา ที่อยู่อาศัยสุขภาวะ	- การถ่ายโอนและปรับปรุงอำนาจหน้าที่ การสนับสนุนทรัพยากร และ ความสามารถบุคลากร - นำไปสู่การปรับปรุงกฎหมาย	อปท. มีอำนาจหน้าที่ในการจัดการ และพัฒนาที่อยู่อาศัยชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะ
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, กรมโยธาธิการและผังเมือง, กรมอนามัย, การเคหะแห่งชาติ, สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน), องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, สถาบันการศึกษา, ภาคชุมชน, ภาคประชาสังคม	ปรับปรุง พัฒนาหลักเกณฑ์ผังเมือง และเกณฑ์ที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาวะ ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ชุมชน และเมือง	เกิดแนวทางและหลักเกณฑ์กลาง ด้านผังเมือง และที่อยู่อาศัยเพื่อสุขภาวะ ตามบริบทพื้นที่	การออกข้อบัญญัติท้องถิ่นด้าน ที่อยู่อาศัยชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะ ตามแนวทางการกระจายอำนาจ
คณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพจังหวัด และเครือข่ายองค์กรชุมชนการพัฒนา ที่อยู่อาศัยชุมชนและเมือง	สนับสนุนการพัฒนาข้อเสนอ นโยบายสาธารณะ และจัดทำ แผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการ พัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชนและเมือง เพื่อสุขภาวะในระดับจังหวัด	เกิดแผนและการปฏิบัติการระดับพื้นที่ สนับสนุนการพัฒนาที่อยู่อาศัยชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะ	เกิดการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพ การจัดการและพัฒนาที่อยู่อาศัย ชุมชน และเมืองเพื่อสุขภาวะ ระดับจังหวัด และเมือง
คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	ติดตามและรายงานความก้าวหน้า การขับเคลื่อน	รายงานความก้าวหน้าในการประชุม สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ ๑๑	มีกระบวนการติดตามการดำเนินการ







การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย ด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม

ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aged Society) การพัฒนาศักยภาพคนไทยให้เติบโตเป็นคนที่มีความคิดสร้างสรรค์มีความรู้ความสามารถมีจิตสาธารณะและมีสุขภาพดีหรือคนไทย ๔.๐ ให้พร้อมรับมือกับการแข่งขันทางเศรษฐกิจและแบกรับภาระพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นได้เป็นสิ่งสำคัญ

การพัฒนาคนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัยถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุด เนื่องจากช่วงปฐมวัยเป็นช่วงเวลาของการสร้างรากฐานชีวิตทุกด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ และสังคม หากทารกในครรภ์จนถึงอายุประมาณ ๓ ปีเด็กที่ไม่ได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสมจะเกิดผลกระทบต่อโครงสร้างเส้นใยประสาททำให้สมองพัฒนาไม่เต็มที่ส่งผลให้ศักยภาพการเรียนรู้ลดลง



การสร้างเสริมสุขภาพะขอเด็กปฐมวัย

การกินครรภ์



มารดาต้องได้รับสารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอทั้งจากอาหารและยาบำรุงครรภ์และได้รับบริการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ เพื่อคัดกรองโรคพันธุกรรมและความผิดปกติ เพื่อรับการดูแลส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งเพื่อรับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ



เด็กควรได้กินนมแม่อย่างเดียวถึงอายุ ๖ เดือน และกินนมแม่ต่อเนื่องควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุอย่างน้อย ๒ ปี
พ่อแม่จำเป็นต้องจัดอาหารให้เหมาะสมกับอายุของเด็กในปริมาณที่เพียงพอและมีความหลากหลาย มารดาเองก็ควรได้รับสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมเช่นกัน

พ่อแม่มีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กผ่านกระบวนการ กอด เล่น เล่า ฝึกรู้ นอน ด้วยความรัก ความเข้าใจ เปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นกับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดู และของเล่นตามวัย ไม่ปล่อยให้เด็กอยู่กับอุปกรณ์สื่อสาร ไอทีและโทรทัศน์ กระตุ้นการเรียนรู้ด้านภาษาด้วยการอ่านหนังสือระหว่างพ่อแม่ผู้เลี้ยงดู ฝึกรับฟังการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กอย่างใกล้ชิด และให้เด็กได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

ครอบครัว ชุมชนและสังคม บริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social determinant of Health) อันได้แก่ การจัดอาหารให้มีความหลากหลายการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และเป็นมิตรกับเด็กการจัดที่ให้เด็กเล่นอย่างสร้างสรรค์ การจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการขั้นพื้นฐานต่างๆ อย่างมีคุณภาพ การจัดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กให้เข้าถึงได้อย่างเท่าเทียมโดยเฉพาะเด็กด้อยโอกาสและเด็กที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก

หลังคลอด



องค์การยูนิเซฟพบว่า เด็กปฐมวัยทั่วโลก ๒๐๐ ล้านคน ไม่สามารถพัฒนาสติปัญญาและอารมณ์ได้เต็มศักยภาพด้วยปัจจัย ๔ ประการคือ ๑) ภาวะเตี้ย ๒) การขาดธาตุไอโอดีน ๓) ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กและ ๔) การขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสม นอกจากนี้ ปัจจัยสำคัญที่ส่งผล คือสถานะสุขภาพของมารดา โรคพันธุกรรมและความพิการแต่กำเนิด ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด ภาวะโภชนาการของเด็ก ระดับการศึกษาของบิดามารดา เศรษฐฐานะของครอบครัว การเลี้ยงดูและการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชน สถานประกอบการ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและสังคมรอบตัวเด็ก

ปัญหาเด็กปฐมวัย

ขณะที่ประเทศต้องการเด็กไทยที่พร้อมจะเติบโตเป็นประชากรที่มีศักยภาพสูง แต่อัตราการเกิดที่น้อยลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้จำนวนเด็กน้อยลง ปัจจุบันประเทศไทยมีเด็กปฐมวัยโดยประมาณ ๔ ล้านคน กลุ่มอายุแรกเกิดถึง ๒ ปี ส่วนใหญ่มีพ่อแม่และครอบครัวเป็นผู้ดูแลอยู่ที่บ้าน แต่เด็กกลุ่มอายุ ๒ - ๕ ปี บางส่วนเข้าสู่ระบบสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยของรัฐและเอกชน ในกลุ่มนี้บางส่วนไม่มีโอกาสได้รับโอกาสในการเข้าเรียนในศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล เพื่อเตรียมความพร้อมในช่วงปฐมวัย (ข้อมูลจากเอกสารการทบทวนด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ๒๕๕๙)

ข้อมูลพื้นฐานเด็กปฐมวัยไทย



โรคขาดสารไอโอดีนและภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ส่งผลต่อระดับสติปัญญาของเด็ก แม้ว่ารัฐบาลจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก สำหรับหญิงตั้งครรภ์ แต่ยังคงพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ขาดสารไอโอดีน มีภาวะโลหิตจางถึงร้อยละ ๒๓.๕ หรือประมาณ ๑.๗ แสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๗

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นหญิงไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของทั้งทารกในครรภ์และหญิงตั้งครรภ์เอง จากข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ พบว่าอัตราการมีบุตรของวัยรุ่นสูงถึง ๖๐ ต่อพันการเกิดมีชีพ

จากการสำรวจพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ทุก ๓ ปี ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๒ จนถึง พ.ศ. ๒๕๕๗ ของกรมอนามัย พบเด็กไทยร้อยละ ๓๐ มีพัฒนาการด้อยกว่าวัย เมื่อพิจารณาพัฒนาการที่ล่าช้ามากที่สุด ยังคงเป็นปัญหาเดิม คือ พัฒนาการล่าช้าด้านภาษาและการเข้าใจภาษา นอกจากนี้ ผลการสำรวจสถานการณ์ไอคิวและอีคิวของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ทั่วประเทศ โดยกรมสุขภาพจิต พบว่า เด็กที่มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์บกพร่องหรือต่ำกว่า ๗๐ สูงถึงร้อยละ ๕.๘ ในช่วง ๑๕ ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๕๙) พบว่า อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ก่อนข้างคางที่ คือ ร้อยละ ๘.๓-๑๑.๔ และพบเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี มีภาวะเตี้ย ผอม อ้วนเพิ่มขึ้นในปี ๒๕๕๕ และลดลงในปี ๒๕๕๘ โดยภาวะเตี้ยยังคงมีความชุกสูงสุดที่สุด คือ ร้อยละ ๑๐.๕ หรือประมาณ ๔.๗ แสนคน ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัยมีสาเหตุโดยตรงมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร

สำหรับปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในเด็กอายุ ๑-๕ ปี ได้แก่ ไม่กินอาหารเช้า กินอาหารมื้อหลักไม่ครบ 3 มื้อ ไม่กินผัก ผลไม้ นม ทุกวัน แต่ละวันกินไม่เพียงพอ กินอาหารไม่มีประโยชน์ทุกวัน เช่น ต้มน้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมขบเคี้ยว ลูกอม เป็นต้น นอกจากนี้ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย ๖ เดือนแรก แม้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ เป็นร้อยละ ๑๒.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ แต่ยังคงเป็นอัตราที่ต่ำมาก

ส่วนข้อมูลการให้อาหารอื่นนอกจากนมแม่เมื่อเด็กอายุ ๖-๑๑ เดือนนั้น พบว่า ทารกอายุ ๖-๘ เดือน และทารกอายุ ๙-๑๑ เดือน ได้รับอาหารตามวัยไม่เพียงพอถึงร้อยละ ๒๘.๐ และร้อยละ ๒๙.๙ ตามลำดับ





การสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยต้องอาศัยการขับเคลื่อนทั้งระดับองค์กรและระดับเครือข่าย ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคมผ่านการประสานความร่วมมือของหน่วยงานและเครือข่ายทุกระดับตั้งแต่พื้นที่ เขตจังหวัด และเขตสุขภาพเพื่อประชาชน ให้เป็นนโยบายสาธารณะ ตามนโยบาย "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" การดำเนินงานตามแผนงาน/ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยนั้น จำเป็นต้องมีการกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของเด็กปฐมวัย

หลักการในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ที่ระบุถึงกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะทุกระดับนำแนวทาง "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" ไปบูรณาการสู่การปฏิบัติให้บังเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

จึงนำเข้าสู่การพิจารณาหยาบยบายสาธารณะในประเด็น
"การสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม"
ในสมัยประชุมสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙

การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่เก้า

ได้พิจารณารายงาน เรื่องการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม^๑

รับทราบ ว่า เด็กปฐมวัยซึ่งหมายถึง เด็กแรกเกิดถึงก่อนอายุครบ ๖ ปีบริบูรณ์ และหมายรวมถึงทารกในครรภ์มารดานั้น เป็นช่วงแรกของชีวิตที่มีความสำคัญมากในการพัฒนาคุณภาพพื้นฐานของชีวิตและศักยภาพของคน

ตระหนัก ว่า การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย ต้องเริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดาจนกระทั่งเด็กเติบโต ด้วยการให้โภชนาการที่ดีในหญิงตั้งครรภ์หรือตั้งแต่อ่อนตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร ทารก และเด็ก ทั้งอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน เพียงพอ ปลอดภัยและหลากหลาย ที่เหมาะสมตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิก เป็นต้น การเลี้ยงดูที่เหมาะสม อันประกอบด้วยหลายมิติ เช่น การกอด การเล่น การอ่านที่สมวัย การฝึกวินัยเชิงบวก การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมตามอัตลักษณ์ประจำท้องถิ่น รวมทั้งการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามวัย ที่เอื้อต่อการเจริญเติบโต การเรียนรู้ และการพัฒนาทักษะทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและมีพัฒนาการสมวัย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา และภาษา

กังวล ว่า พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเลี้ยงดูเด็ก ยังขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับองค์ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เด็กไทยมากกว่าครึ่งอยู่ในภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาด้านโภชนาการทั้งขาดสารอาหารและอ้วน ปัญหาพัฒนาการไม่สมวัย ปัญหาการมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ซึ่งจะมีผลต่อสุขภาวะนำไปสู่ประสิทธิภาพการทำงานผลิตภาพต่ำ รายได้น้อย ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การพัฒนาประเทศ และมีเด็กไทยอีกจำนวนไม่น้อยมีปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ถูกทอดทิ้ง ถูกกระทำรุนแรงและขาดโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการและสวัสดิการที่จำเป็น

เห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยจำเป็นต้องอาศัยการขับเคลื่อน ทั้งระดับองค์กรและระดับเครือข่าย ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม ผ่านการประสานความร่วมมือของหน่วยงานและเครือข่ายทุกระดับตั้งแต่พื้นที่ เขตจังหวัด และเขตสุขภาพเพื่อประชาชน เพื่อขับเคลื่อนวาระการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยให้เป็นนโยบายสาธารณะที่มีแนวปฏิบัติและเป้าหมายร่วมกันผ่านการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้งนี้ต้องมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งมีการสรุปรายงานผลจากทุกหน่วยงานที่เข้ามามีส่วนร่วม

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๙ / หลัก ๓



ตระหนัก ว่า คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กดยช.) เป็นกลไกระดับชาติ และคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด / กรุงเทพมหานคร เป็นกลไกระดับจังหวัด ที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง ผ่านการสร้างควมมีส่วนร่วมของหน่วยงาน องค์กรและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

เห็นว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานภาครัฐ เครือข่ายภาควิชาการภาคเอกชนและประชาสังคม ทำงานเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัย ทั้งในแง่การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กรายบุคคล และการจัดการปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาวะของเด็ก

ตระหนัก ว่า การดำเนินงานตามแผนงาน/ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยนั้น จำเป็นต้องมีการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาศักยภาพของเด็กปฐมวัย ทั้งกาย จิต ปัญญา สังคม และภาษา ด้วยการสร้างและจัดการความรู้ การสื่อสารสังคม

ชื่นชม หลักการในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ ที่ระบุถึงกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะทุกระดับนำแนวทาง “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ” ไปบูรณาการสู่การปฏิบัติให้บังเกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งการใช้ศักยภาพของทุกภาคส่วนในทุกระดับ เพื่อการขับเคลื่อนนโยบายสมัชชาสุขภาพจังหวัด/ประเด็น การสร้างธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ รวมทั้งการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายตามฉันทมติ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ๗.๑ เรื่องการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อบูรณาการกลไกคุ้มครองเด็ก เยาวชน และครอบครัวจากปัจจัยเสี่ยง

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้ คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กดยช.) ดำเนินการ

๑.๑ ส่งเสริมและกำกับติดตาม ให้หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ได้รับสิทธิประโยชน์ ตามนโยบาย และแนวทางที่ ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. (ฉบับผ่านการลงประชามติ ปี พ.ศ. ๒๕๕๙) กำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สิทธิประโยชน์ด้านสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย

๑.๒ กำหนดให้เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด ร่วมเป็นคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด/กรุงเทพมหานคร

๑.๓ หาแนวทาง สนับสนุนการมีส่วนร่วมภาคเอกชน ในการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย

๒. ขอให้ เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด ดำเนินการ

๒.๑ ร่วมกับคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย ระดับจังหวัด/กรุงเทพมหานคร สนับสนุนการทำงาน ในพื้นที่เป้าหมายร่วมกันในการสร้างเสริม สุขภาวะเด็กปฐมวัย

๒.๒ ประสานและผลักดัน ให้ประเด็นการสร้างเสริม สุขภาวะเด็กปฐมวัยกำหนดไว้ในธรรมนูญสุขภาพพื้นที่

๓. ขอให้ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักนายกรัฐมนตรี กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการคลัง กระทรวงยุติธรรม กระทรวงดิจิทัล



เพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการ
สร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน

๓.๑ จัดทำแนวทางปฏิบัติ ในการสร้างเสริมสุขภาพะเด็กปฐมวัย โดยครอบคลุมถึงการพัฒนา
ศักยภาพบุคลากร สถานบริการ องค์ความรู้ ฯลฯ ให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี

๓.๒ พัฒนาเครื่องมือ เพื่อรวบรวมข้อมูลเด็กปฐมวัยรายบุคคล แบบบูรณาการด้านสุขภาพ
การเจริญเติบโต และพัฒนาการ สำหรับนำไปใช้ และส่งต่อข้อมูลระหว่างครอบครัว สถานบริการสาธารณสุข
และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย อย่างต่อเนื่อง และส่งต่อข้อมูลไปสู่การพัฒนาเด็กวัยเรียน

๓.๓ นำแนวปฏิบัติดังกล่าว ในข้อ ๓.๑-๓.๒ ไปขับเคลื่อน ติดตามและประเมินผล ให้เกิดเป็นรูปธรรม

๔. ขอให้ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุน นโยบาย แผนงาน มาตรการ ด้วยการสร้างการมี
ส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ภาควิชาการ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชน โดยใช้งบประมาณและทรัพยากร
ที่มีอยู่ในท้องถิ่นหนุนเสริม เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และกองทุนอื่น ๆ
เพื่อสร้างเสริมสุขภาพะเด็กปฐมวัยในระดับพื้นที่ รวมถึงการจัดการปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพะเด็กปฐมวัย

๕. ขอให้ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานหลักร่วมกับ
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์
และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) กรมประชาสัมพันธ์ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับ
สื่อกระแสหลัก สื่อสารสาธารณะและสื่อสารระดับท้องถิ่น สื่อสาร สร้างความตระหนักรู้ต่อสาธารณะ เพื่อเห็น
ความสำคัญและการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพะเด็กปฐมวัย

๖. ขอให้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับ หน่วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
สถาบันการศึกษา และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องสนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพะ
เด็กปฐมวัย ด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม เพื่อนำองค์ความรู้ไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพะเด็กปฐมวัย

๗. ขอให้ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ
ครั้งที่ ๑๑



การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย
ด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม

**เอกสารหลักประกอบการพิจารณา
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙
การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย
ด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม**



การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม

๑. นิยาม/คำจำกัดความ

เด็กปฐมวัย ในที่นี้หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงก่อนอายุครบ ๖ ปีบริบูรณ์ และหมายรวมถึงทารกในครรภ์มารดา

สุขภาวะเด็กปฐมวัย หมายถึง ภาวะของเด็กปฐมวัยที่สมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วย การเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสังคม ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย หมายถึง กระบวนการใดๆ อันนำไปสู่การจัดการเพื่อมุ่งผลลัพธ์ให้เกิดสุขภาวะเด็กปฐมวัยที่สมบูรณ์เต็มตามศักยภาพ

การบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม หมายถึง การเชื่อมประสานพลังความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ตามบทบาทหน้าที่ในการทำงาน เพื่อมุ่งผลลัพธ์สู่การสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัย

๒. ความเป็นมา/หลักการและเหตุผล

ความสำคัญของเด็กปฐมวัย

ในช่วงเวลาที่ประเทศไทยกำลังเผชิญหน้ากับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร เข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aged Society) อย่างรวดเร็ว โดยคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๘๓ จะมีผู้สูงอายุเพิ่มเป็น ร้อยละ ๓๑ (๒๐.๕ ล้านคน) ของประชากรทั้งหมดกรอบนโยบายการขับเคลื่อนประเทศของรัฐบาลที่ต้องการเปลี่ยนแปลงประเทศไทยให้เป็น Thailand 4.0 อันหมายถึง การขับเคลื่อนเศรษฐกิจด้วยนวัตกรรม เพื่อพัฒนาประเทศไปสู่การเป็นประเทศรายได้สูง สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นและความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพคนไทยให้เติบโต เป็นคนที่มีคุณภาพ มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรู้ ความสามารถมุ่งสร้างการทำงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ มีจิตสาธารณะ รับผิดชอบต่อสังคม และมีสุขภาพดี หรือคนไทย ๔.๐ พร้อมรับมือกับการแข่งขันทางเศรษฐกิจ และแบกรับภาระพึ่งพิงที่เพิ่มขึ้นได้

เป็นที่ยอมรับสากลว่า การจะพัฒนาคนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัย อีกทั้ง งานวิจัยในต่างประเทศยืนยันว่าการลงทุนเพื่อพัฒนาเด็กถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามากที่สุด เพราะจะได้ผลตอบแทนกลับมา ๖.๗-๑๗.๖ เท่าของเงินที่ลงทุน หรือประมาณร้อยละ ๗-๑๐ ต่อปี การลงทุนเพื่อเด็ก ตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์ยิ่งให้ผลคุ้มค่าทั้งนี้ เนื่องจากช่วงปฐมวัย เป็นช่วงเวลาของการสร้างรากฐานชีวิตทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ที่สำคัญสมองของมนุษย์มีกระบวนการพัฒนาอย่างรวดเร็ว สมองจะเติบโตถึงร้อยละ ๘๐ ของสมองผู้ใหญ่ตั้งแต่วัยเป็นทารกในครรภ์จนถึงอายุประมาณ ๓ ปี หากเด็กไม่ได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสมจะเกิดผลกระทบต่อการสร้างเส้นใยประสาท ทำให้สมองพัฒนาไม่เต็มที ส่งผลให้ศักยภาพการเรียนรู้ลดลง

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กปฐมวัย

การศึกษาที่ตีพิมพ์ใน The Lancet Series พบว่า ทั่วโลกมีเด็กปฐมวัย ๒๐๐ ล้านคน ที่ไม่สามารถพัฒนาสติปัญญาและอารมณ์ได้เต็มศักยภาพ ด้วยสาเหตุปัจจัยที่ป้องกันได้ ๔ ประการ คือ ๑) ภาวะเตี้ย ๒) การขาดธาตุไอโอดีน ๓) ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และ ๔) การขาดการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ถึงแม้ได้รับการรักษาแต่ก็ไม่สามารถช่วยให้ความสามารถทางสติปัญญากลับมาดีได้ดังเดิม การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า เด็กปฐมวัยจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ประกอบด้วย สถานะสุขภาพของมารดา โรคพันธุกรรมและความพิการแต่กำเนิด ภาวะโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด ภาวะโภชนาการของเด็ก ระดับการศึกษาของบิดา มารดา เศรษฐฐานะของครอบครัว การเลี้ยงดูและการจัดสภาพแวดล้อมในชุมชน สถานประกอบกิจการ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และสังคมรอบตัวเด็ก

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่พึงประสงค์

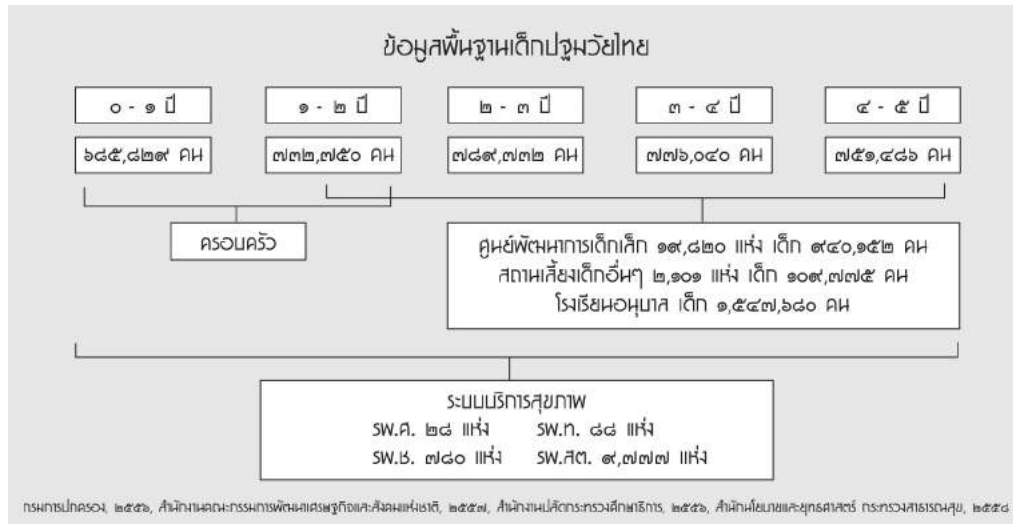
การสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยต้องเริ่มตั้งแต่เป็นทารกในครรภ์ โดยมารดาต้องได้รับการดูแลให้ได้สารอาหารที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ทั้งจากอาหารและยาบำรุงครรภ์และได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพตามเกณฑ์ เพื่อคัดกรองโรคพันธุกรรมและความผิดปกติ รวมทั้งเพื่อรับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อเด็กเกิดจำเป็นต้องได้รับการปกป้องให้อยู่อาศัยในสถานที่ที่สะอาด ปลอดภัย ปราศจากความรุนแรง ได้รับอาหารที่เหมาะสม ซึ่งอาหารที่สำคัญที่สุดในช่วงแรกของชีวิต คือนมแม่ เด็กควรได้กินนมแม่อย่างเดียวถึงอายุ ๖ เดือน และกินนมแม่ต่อเนื่องควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุอย่างน้อย ๒ ปี พ่อแม่จำเป็นต้องจัดอาหารให้เหมาะสมกับอายุของเด็ก ในปริมาณที่เพียงพอและมีความหลากหลาย มารดาให้นมบุตรจำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่เพียงพอและเหมาะสมเช่นกัน ในด้านการเลี้ยงดู พ่อแม่ควรมีบทบาทในการส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็ก อันประกอบด้วย การเลี้ยงดูด้วยความรัก ความเข้าใจและการฝึกวินัยเชิงบวก การเปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นตามวัยกับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูและของเล่นโดยไม่ปล่อยให้เด็กอยู่กับอุปกรณ์สื่อสาร ไอทีและโทรทัศน์ การอ่านหนังสือเพื่อสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูกับเด็กและเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้ด้านภาษา การเฝ้าติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กอย่างใกล้ชิด และการจัดเวลาให้เด็กได้พักผ่อนอย่างเต็มที่

ครอบครัว ชุมชนและสังคม มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ผ่านการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพอันได้แก่ การจัดอาหารให้มีความหลากหลาย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับเด็ก การจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการที่มีคุณภาพและเข้าถึงได้ การจัดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก เป็นต้น ที่สำคัญคือการดูแลให้เด็กปฐมวัยในทุกส่วนของสังคมสามารถเข้าถึงบริการและสวัสดิการขั้นพื้นฐานต่าง ๆ อย่างเท่าเทียม โดยเฉพาะเด็กด้อยโอกาสและเด็กที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก

ข้อมูลพื้นฐานเด็กปฐมวัยของไทย

ในขณะที่ประเทศต้องการเด็กไทยที่พร้อมจะเติบโตเป็นประชากรที่มีศักยภาพสูง แต่อัตราการเกิดที่น้อยลงอย่างต่อเนื่องส่งผลให้จำนวนเด็กน้อยลง ปัจจุบันประเทศไทยมีเด็กปฐมวัยโดยประมาณ ๔ ล้านคน (รายละเอียดตามรูปที่ ๑) ในเด็กกลุ่มอายุแรกเกิดถึง ๒ ปี ส่วนใหญ่มีพ่อแม่และครอบครัวเป็นผู้ดูแลอยู่ที่บ้าน ในเด็กกลุ่มอายุ ๒-๕ ปี บางส่วนเข้าสู่ระบบสถานรับเลี้ยงเด็กเล็กและสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยของรัฐ และเอกชน โดยมีเด็กจำนวน ๙๔๐,๑๕๒ คน เข้าสู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน ๑๙,๘๒๐ แห่งทั่วประเทศ และ

มีบางส่วนยังอยู่กับครอบครัว ในกลุ่มนี้บางส่วนไม่มีโอกาสได้รับการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมกับวัย คิดเป็น ๑๒ % ของเด็กในช่วงอายุ ๒-๕ ปี ที่ไม่ได้รับโอกาสในการเข้าเรียนในศูนย์เด็กเล็กหรือโรงเรียนอนุบาล เพื่อเตรียมความพร้อมในช่วงปฐมวัย



รูปที่ ๑ จำนวนเด็กปฐมวัยแยกอายุ ข้อมูลจากเอกสารการทบทวนด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ๒๕๕๙

ด้วยจำนวนเด็กที่เกิดน้อยลง การสร้างเสริมสุขภาพของเด็กแต่ละคนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพ จึงสำคัญยิ่ง ที่ผ่านมารัฐบาลให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยในหลากหลายมิติ หน้าที่การดูแลเด็กปฐมวัยได้ถูกจัดสรรให้เป็นบทบาทของหน่วยงานรัฐอย่างน้อย ๖ กระทรวง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทยกระทรวงแรงงาน และกระทรวงยุติธรรม ทั้งนี้ยังไม่นับรวมหน่วยงานในภาควิชาการและประชาสังคมอีกจำนวนมาก ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีการดำเนินนโยบาย มาตรการ และแผนงานที่หลากหลาย

๓. นโยบาย แผนและมาตรการที่ดำเนินการในปัจจุบัน

๓.๑ นโยบายและเป้าหมายระดับนานาชาติ ประเทศไทยให้คำรับรองในพันธะสัญญาหรือข้อตกลงร่วมระดับนานาชาติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ที่สำคัญมีดังนี้

๑) อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก เป็นข้อตกลงระหว่างประเทศที่จัดทำขึ้นโดยคณะกรรมการด้านสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ โดยได้รับการรับรองจากที่ประชุมสมัชชาสหประชาชาติในปี พ.ศ. ๒๕๓๒ มีสาระสำคัญครอบคลุม ๔ เรื่อง ได้แก่ (๑) การห้ามเลือกปฏิบัติต่อเด็ก และการให้ความสำคัญแก่เด็กทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน (๒) การกระทำหรือดำเนินการทั้งหลายต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กเป็นอันดับแรก (๓) สิทธิในการมีชีวิต การอยู่รอดและการพัฒนาทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม และ (๔) สิทธิในการแสดงความคิดเห็นของเด็ก และการให้ความสำคัญกับความคิดเหล่านั้น อนุสัญญานี้เป็นข้อตกลงสากลที่ออกย้ำให้เห็นถึงความสำคัญและความเปราะบางของเด็กปฐมวัย ที่ต้องการการปกป้อง คุ้มครอง ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อการเติบโตเต็มศักยภาพ



๒) เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านสุขภาพ องค์การสหประชาชาติได้ประกาศเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลกผ่านเจตนารมณ์ทางการเมืองของประเทศสมาชิกร่วมกันในการแก้ไขปัญหาความยากจนและขจัดความเหลื่อมล้ำในทุกมิติและรูปแบบ โดยกำหนดให้เริ่มดำเนินการตั้งแตปี พ.ศ. ๒๕๕๙ ถึง พ.ศ. ๒๕๗๓ สารสำคัญของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน มีประเด็นที่เชื่อมโยงกับการสร้างเสริม สุขภาวะเด็กปฐมวัยที่สำคัญ ได้แก่ เป้าหมายที่ ๒ การยุติความหิวโหย สร้างความมั่นคงทางอาหารและยกระดับโภชนาการ เป้าหมายที่ ๓ การสร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและความเป็นอยู่ที่ดี เป้าหมายที่ ๔ การสร้างหลักประกันว่าทุกคนมีโอกาสในการศึกษาที่มีคุณภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต และเป้าหมายที่ ๕ การบรรลุความเสมอภาคระหว่างเพศเป้าหมายทั้งหมดนี้ สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยผ่านการจัดการปัญหาและสภาพแวดล้อมในหลากหลายมิติ

๓) เป้าหมายยุทธศาสตร์ระดับโลกด้านโภชนาการ WHA Global Nutrition Targets 2025 ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ ๖๕ (65th World health assembly) ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกได้ตั้งเป้าหมายยุทธศาสตร์ระดับโลกด้านโภชนาการร่วมกันว่าจะบรรลุเป้าหมาย ๖ ตัวชี้วัดในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ ประกอบด้วย ๑) การลดปัญหาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์และหญิงวัยเจริญพันธุ์ (อายุ ๑๕-๔๙ ปี) ๒) ลดอัตราการน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ๓) ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน ๔) ลดปัญหาภาวะเตี้ย ๕) ลดปัญหาภาวะผอม ๖) ลดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี เป้าหมายทั้ง ๖ ตัวชี้วัด สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาภาวะโภชนาการในสตรีตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย

๓.๒ นโยบายและแผนระดับชาติ ประเทศไทยมีกฎหมาย นโยบาย แผนยุทธศาสตร์ และแผนการดำเนินงานจำนวนมากที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยที่สำคัญ มีดังนี้

๑) รัฐธรรมนูญ (ร่างฉบับที่ผ่านประชามติ) ร่างรัฐธรรมนูญฯ ฉบับที่ผ่านความเห็นชอบจากประชาชนในการประชามติ เมื่อวันที่ ๗ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๙ ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยและสตรีตั้งครรภ์ในฐานะเป็นกลุ่มคนที่อ่อนไหวต่อปัญหาสุขภาพ เห็นได้จากการกำหนดในมาตรา ๔๘ “สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ (วรรคสอง)” และในหมวด ๖ แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา ๗๑ วรรคสาม ซึ่งกำหนดให้ “รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าว ถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมรวมตลอดทั้งให้การบำบัดฟื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกกระทำดังกล่าว” (วรรคสี่) ข้อกำหนดเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่ารัฐธรรมนูญฯ (ร่างฉบับที่ผ่านประชามติ) มุ่งเน้นให้รัฐต้องมีแนวนโยบายที่ชัดเจนนอกเหนือจากการให้สิทธิพื้นฐานด้านสุขภาพที่ได้กำหนดไว้อยู่เดิม เพื่อดูแลมิให้กลุ่มเด็กปฐมวัยและสตรีตั้งครรภ์ต้องถูกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมทั้งต้องจัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลกลุ่มคนดังกล่าวตามความต้องการตามสภาพด้วย

๒) ยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) ได้วางกรอบทิศทางก้าวข้างหน้าให้ประเทศไทยก้าวสู่อนาคตที่พึงประสงค์ในปี พ.ศ. ๒๕๗๙ เพื่อบรรลุวิสัยทัศน์ “ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” ประกอบไปด้วย ๖ ด้าน หัวใจสำคัญหนึ่งในหกด้านนั้นคือ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนให้มีคุณภาพเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ และเป็นคนไทยที่มีความสุข โดยรัฐบาลกำหนดแนวทางการดำเนินงาน มุ่งเน้นการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต การยกระดับการศึกษาการเรียนรู้ให้มีคุณภาพเท่าเทียมและทั่วถึงการปลูกฝังระเบียบวินัย





คุณธรรม จริยธรรม ค่านิยมที่พึงประสงค์ การสร้างเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดี การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย ทั้งนี้การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยถือเป็นหัวใจของการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตและการสร้างเสริมศักยภาพคนให้มีคุณภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว

๓) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔) ได้จัดทำบนพื้นฐานของยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๗๙) ซึ่งเป็นแผนแม่บทหลักของการพัฒนาประเทศ และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) รวมทั้งการปรับโครงสร้างประเทศไทยไปสู่ประเทศไทย ๔.๐ โดยทิศทางการพัฒนาในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ ๑๒ มุ่งเตรียมความพร้อมและวางรากฐานในการยกระดับประเทศไทยให้เป็นประเทศพัฒนาแล้ว มีความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนา ๑๐ ยุทธศาสตร์ โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญ คือ ยุทธศาสตร์ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทุนมนุษย์ ที่มุ่งเน้นการวางรากฐานให้คนไทยเป็นคนที่มีสมบูรณ์ มีคุณธรรมจริยธรรม มีวินัย ค่านิยมที่ดี มีจิตสาธารณะ และมีความสุข โดยมีสุขภาพและสุขภาพที่ดี ครอบครัวอบอุ่นตลอดจนเป็นคนเก่งที่มีทักษะความรู้ความสามารถและพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ทั้งนี้ ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาตั้งแต่เด็กปฐมวัยให้มีการพัฒนาทักษะทางสมองและทักษะทางสังคม เพื่อให้เติบโตเป็นคนที่มีความรู้ในอนาคต

๔) พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. ๒๕๔๖ มีสาระสำคัญในการกำหนดวิธีปฏิบัติต่อเด็กเพื่อสวัสดิภาพของเด็ก ให้เด็กได้รับการอุปการะเลี้ยงดูเด็ก การสงเคราะห์ การคุ้มครองสวัสดิภาพ และการส่งเสริมความประพฤติเด็ก เพื่อให้เด็กได้รับการเลี้ยงดู อบรมสั่งสอน และมีพัฒนาการที่เหมาะสม รวมถึงการป้องกันไม่ให้เกิดถูกทารุณกรรม ตกเป็นเหยื่อการแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบหรือถูกเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรม

๕) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ เป็นกรอบทิศทางการดำเนินงานด้านระบบสุขภาพของประเทศไทยใน ๕-๑๐ ปีข้างหน้า ที่เอื้อต่อการทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัย เนื่องจากให้ความสำคัญกับเรื่องสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพของทุกคน เรื่องความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ และเรื่องการจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองทางสุขภาพ โดยรวมถึงการจัดการปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพทั้งหมด ซึ่งถือเป็นปัจจัยแวดล้อมที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาศักยภาพของเด็กทุกคน โดยพื้นที่หรือชุมชนสามารถนำธรรมนูญฯ ไปใช้กำหนดภาพพึงประสงค์ด้านสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ภูมินิเวศและภูมิปัญญาของพื้นที่หรือชุมชนได้

๖) นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ และสำนักนายกรัฐมนตรี ได้จัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) ระยะยาว ๒๕๔๕-๒๕๔๙ ขึ้นเป็นครั้งแรก และพัฒนาเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙ โดยมุ่งที่จะเตรียมความพร้อมให้แก่เด็กปฐมวัยก่อนเข้าเรียนในระดับประถมศึกษา ตามนโยบายของรัฐที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กปฐมวัยนับตั้งแต่มีพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๒

๗) แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ เป็นแผน ที่จัดทำขึ้นตามนโยบายรัฐบาลด้านเด็กปฐมวัย ซึ่งมอบหมายให้กระทรวงศึกษาธิการประสานหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงยุติธรรม จัดทำแผนฯ เพื่อเร่งรัดให้เด็กปฐมวัยทุกคน (เด็กแรกเกิดถึงก่อนเข้าประถมศึกษา ปีที่ ๑ ครอบคลุมเด็กทั่วไป เด็กด้อยโอกาส เด็กต่างด้าวที่อยู่ในประเทศไทย) ได้รับการพัฒนารอบด้านตามวัย





อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง ตามยุทธศาสตร์ ๔ ด้านคือ (๑) ให้เด็กทุกคนได้รับบริการในการพัฒนาเต็มศักยภาพ (๒) ให้ไอโอดีนอย่างเพียงพอ (๓) ให้การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ (๔) มีกลไกกำกับกำกับการดำเนินงานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะกำหนดให้มีคณะกรรมการติดตามรับผิดชอบในระดับจังหวัด ทั้งนี้ ร่างแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำ

๘) แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ เป็นแผน ที่จัดทำขึ้นตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อเป็นกรอบแนวทางการพัฒนาเด็กและเยาวชนในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๑ โดยมีเป้าหมายหลักให้เด็กและเยาวชนมีความมั่นคงในชีวิต มีความเข้มแข็งทางร่างกายและจิตใจ มีคุณธรรม จริยธรรม และมีสำนึกความเป็นพลเมือง กล้าคิดและแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ตามหลักประชาธิปไตย และมีความสุข โดยกำหนดยุทธศาสตร์การทำงาน ๔ ด้าน ได้แก่ (๑) การสร้างภูมิคุ้มกันในการดำรงชีวิตของเด็กและเยาวชน (๒) การคุ้มครองและพัฒนาเด็กที่ต้องการการคุ้มครองเป็นพิเศษและเด็กพิเศษ (๓) ส่งเสริมและสนับสนุนความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาเด็กและเยาวชน (๔) การพัฒนาระบบบริหารจัดการในการคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน ทั้งนี้ได้มีการจัดทำร่างแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ ตามกรอบแนวทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ขณะนี้อยู่ระหว่างดำเนินการ

๙) ยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์ การเกิดและเติบโตอย่างมีคุณภาพ คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบหลักการ ร่างนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนามันยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๙) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ ซึ่งมีเป้าหมายสำคัญ คือการคงที่อัตราเจริญพันธุ์ไว้ที่ ๑.๖ และเร่งเพิ่มคุณภาพของเด็กให้สูงขึ้น ผ่าน ๔ ยุทธศาสตร์ ได้แก่ การพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและสร้างการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม การพัฒนาระบบจัดสวัสดิการสังคม และการพัฒนาระบบสารสนเทศและการสื่อสารสังคม ยุทธศาสตร์ฯ ฉบับที่ ๒ นี้ ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมการเกิดและการเติบโตอย่างมีคุณภาพของเด็ก สอดคล้องกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยที่พึงประสงค์

๑๐) วาระแห่งชาติเรื่องการอ่าน มติคณะรัฐมนตรี วันที่ ๕ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๒ กำหนดให้การอ่านเป็นวาระแห่งชาติ และกำหนดให้ พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๖๑ เป็นทศวรรษแห่งการอ่าน โดยรัฐบาลมีนโยบายสำคัญ ได้แก่ นโยบายการปฏิรูปการศึกษาในทศวรรษที่สอง (พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๖๑) มุ่งเน้นให้มีการปฏิรูปการศึกษาทั้งระบบ กำหนดวิสัยทัศน์ คนไทยได้เรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างมีคุณภาพ และนโยบายด้านการสร้างเสริมการอ่านโดยตรง ซึ่งนโยบายดังกล่าวจะมีส่วนช่วยให้เด็กปฐมวัยได้รับการส่งเสริมเรื่องการอ่านหนังสือ อันจะส่งผลต่อการกระตุ้นพัฒนาการทางร่างกายและสมอง รวมทั้งการปลูกฝังจิตสำนึกและทักษะชีวิตผ่านหนังสือด้วย

๑๑) แผนแม่บทส่งเสริมวัฒนธรรมการอ่านสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ของไทย พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย เป็นหน่วยงานหลักในการส่งเสริมวัฒนธรรมการอ่านและการเรียนรู้ด้วยการสนับสนุนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม เพื่อการพัฒนาคุณภาพประชากรผ่านการอ่านและการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรักการอ่าน แสวงหาความรู้อย่างต่อเนื่อง และเรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ เริ่มจากครอบครัว ชุมชน และสังคมตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ ปลูกสร้างพฤติกรรมรักการอ่านที่เข้มแข็ง ให้กับคนทุกช่วงวัย กลยุทธ์ ๑.๑ ส่งเสริมบทบาทพ่อแม่อ่านกับลูกก่อนวัยเรียน แผนแม่บทดังกล่าว มีความสอดคล้องประเด็นยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ ภายใต้ (ร่าง) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔)





๓.๓ หน่วยงานและมาตรการการดำเนินงานที่ผ่านมาจากนโยบายด้านเด็กปฐมวัย ทั้งในระดับนานาชาติและระดับชาติ นำไปสู่การมีแผนปฏิบัติการและมาตรการสำคัญเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยในประเทศไทยจำนวนมาก ที่ผ่านมา หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง โดยสรุปดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข กำหนดนโยบายและสิทธิประโยชน์ของเด็กปฐมวัยในการรับบริการสุขภาพ รวมทั้งกำหนดมาตรฐานสถานบริการสาธารณสุขและบุคลากรเพื่อให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการให้ความรู้ คำแนะนำด้านสุขภาพสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอดและเด็กปฐมวัย รวมทั้งติดตามและเฝ้าระวังการเจริญเติบโต ภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็กให้สมวัย

กระทรวงศึกษาธิการ เน้นความสำคัญของการเตรียมความพร้อมในการศึกษาขั้นสูงต่อไป มีการกำหนดแนวทางการดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จัดหลักสูตรสถานศึกษาและการจัดกระบวนการเรียนรู้สำหรับเด็กในแต่ละช่วงวัย

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เน้นการเตรียมสังคมให้พร้อมเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย มีการดำเนินนโยบายเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติ เมื่อวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๕๙ ให้จ่ายเงินอุดหนุนสำหรับเด็กในครอบครัวที่ยากลำบาก ตั้งแต่แรกเกิดจนครบอายุ ๓ ปี (๓๖ เดือน) เป็นเงินรายละ ๖๐๐ บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นสวัสดิการขั้นพื้นฐานเพื่อแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายให้เด็กได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพและเป็นการคุ้มครองทางสังคมและสวัสดิการพื้นฐานที่ทัดเทียมนานาประเทศ

กระทรวงมหาดไทย โดยกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับการจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในด้านอาหารเสริม (นม) อาหารกลางวัน ค่ารายหัวเกี่ยวกับวัสดุการศึกษา สื่อการเรียนการสอน

กระทรวงแรงงาน มีมาตรการดูแลศูนย์เด็กเล็กที่อยู่ในสถานประกอบการและดูแลคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่ทำงานในสถานประกอบการให้ได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายและสนับสนุนให้สามารถทำงานต่อเนื่องควบคู่ไปกับการดูแลสุขภาพของตนเองและการเลี้ยงดูบุตรได้

นอกจากนี้ หน่วยงานในภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชนอีกจำนวนมากได้ให้ความสำคัญและมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยในประเทศไทยทั้งในระดับชาติ ระดับสังคม ระดับชุมชนและระดับครอบครัว

๔. ปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการดำเนินงาน

๔.๑ **ปัญหาเด็กปฐมวัย** การพัฒนาศักยภาพของเด็กปฐมวัยไทยถือได้ว่ายังไม่บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์และวิกฤติการณ์ด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กไทย ดังนี้

๑) ช่วงตั้งครรภ์ โรคขาดสารไอโอดีนและภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ส่งผลต่อระดับสติปัญญาของเด็ก แม้ว่ารัฐบาลจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ แต่ยังไม่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ยังขาดสารไอโอดีน มีภาวะโลหิตจางถึงร้อยละ ๒๓.๕ หรือประมาณ ๑.๗ แสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๗ นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นหญิงไทย ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของทั้งทารกในครรภ์และหญิงตั้งครรภ์เอง จากข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ พบว่าอัตราการมีบุตรของวัยรุ่นสูงถึง ๖๐ ต่อพันการเกิดมีชีพ





๒) เด็กปฐมวัย จากการสำรวจพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ทุก ๓ ปี ตั้งแต่พ.ศ. ๒๕๔๒ จนถึงครั้งล่าสุดใน พ.ศ. ๒๕๕๗ ของกรมอนามัย ยังพบเด็กไทยร้อยละ ๓๐ มีพัฒนาการด้อยกว่าวัย เมื่อพิจารณาพัฒนาการที่ล่าช้ามากที่สุด ยังคงเป็นปัญหาเดิม คือพัฒนาการล่าช้าด้านภาษาและการเข้าใจภาษา ซึ่งพัฒนาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความสามารถทางสติปัญญา อันเป็นพื้นฐานสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ของเด็ก นอกจากนี้ ผลการสำรวจสถานการณ์ไอคิวของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ทั่วประเทศ โดยกรมสุขภาพจิต เท่ากับ ๙๘.๕๙ (ค่าเฉลี่ยปกติ ๙๐-๑๐๙) ซึ่งถือเป็นค่าสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ค่อนข้างต่ำ

ในช่วง ๑๕ ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. ๒๕๔๕-๒๕๕๙) พบว่า อัตราทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ข้างค่อนคนที คือ ร้อยละ ๘.๓-๑๑.๔ และพบเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี มีภาวะเตี้ย ผอม อ้วน เพิ่มขึ้นในปี ๒๕๕๕ และลดลงในปี ๒๕๕๘ โดยภาวะเตี้ยยังคงมีความชุกสูงที่สุด คือ ร้อยละ ๑๐.๕ หรือประมาณ ๔.๗ แสนคน ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัยมีสาเหตุโดยตรงมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร สำหรับปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในเด็กอายุ ๑-๕ ปี ได้แก่ ไม่กินอาหารเช้า กินอาหารมื้อหลักไม่ครบ ๓ มื้อ ไม่กินผัก ผลไม้ นม ทุกวัน แต่ละวันกินไม่เพียงพอ กินอาหารไม่มีประโยชน์ทุกวัน เช่น ดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน ขนมขบเคี้ยว ลูกอม เป็นต้นนอกจากนี้ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย ๖ เดือนแรก แม้จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๕.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๙ เป็นร้อยละ ๑๒.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ แต่ยังคงเป็นอัตราที่ต่ำมาก ส่วนข้อมูลการให้อาหารอื่นนอกจากนมแม่เมื่อเด็กอายุ ๖-๑๑ เดือนนั้น พบว่า ทารกอายุ ๖-๘ เดือน และทารกอายุ ๙-๑๑ เดือน รับประทานอาหารตามวัยไม่เพียงพอถึง ร้อยละ ๒๘.๐ และร้อยละ ๒๙.๙ ตามลำดับ

๔.๒ อุปสรรคและข้อจำกัดของครอบครัว ชุมชน และสังคมจากสถานการณ์ปัญหาเด็กปฐมวัย
โดยเฉพาะด้านพัฒนาการและโภชนาการที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่าความคาดหวังเกี่ยวกับคุณภาพของเด็กปฐมวัยไทยยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ ทั้งที่มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวนมากให้ความสำคัญและดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัย แสดงให้เห็นว่ายังมีช่องว่างหรือข้อจำกัดในการดำเนินงานทั้งในระดับครอบครัว ชุมชนสังคมและระดับชาติทำให้เด็กปฐมวัยของไทยยังไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยที่พึงประสงค์ ซึ่งช่องว่างดังกล่าวอาจสรุปได้ดังนี้

๑) ระดับครอบครัวการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัย ในระดับครอบครัว พ่อแม่เป็นผู้มีบทบาทสำคัญที่สุด พ่อแม่จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติที่เหมาะสม จากข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีไทย พ.ศ. ๒๕๕๕ พบว่าทั่วประเทศมีเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ที่ถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลที่ตีพอ ร้อยละ ๔.๖ มีเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี ที่มีหนังสือสำหรับเด็กอย่างน้อย ๓ เล่ม เพียงร้อยละ ๔๒.๗ ทั้งที่หนังสือสำหรับเด็กและการอ่านหนังสือกับเด็กเป็นหนึ่งในแนวทางที่พิสูจน์แล้วว่า ช่วยส่งเสริมพัฒนาการเด็กและเสริมทักษะทางการเรียนรู้โดยเฉพาะภาษา ข้อมูลเหล่านี้เป็นเพียงตัวอย่างเล็กน้อยที่อาจสะท้อนให้เห็นว่าความพร้อมในการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยไทยจำเป็นต้องเริ่มสร้างที่ครอบครัว ซึ่งครอบครัวไทยในปัจจุบันมีสัดส่วนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น พ่อแม่จำเป็นต้องทำงานนอกบ้าน เพื่อหารายได้ให้เพียงพอ และพ่อแม่มีแนวโน้มจะใช้เครื่องมือสื่อสารและไอทีในการเลี้ยงดูเด็กมากขึ้นตามเวลาว่างที่มีน้อยลง สิ่งเหล่านี้อาจเกิดจากข้อจำกัดในด้านเวลา องค์กรความรู้ และค่านิยมสังคมที่เปลี่ยนไป องค์กรความรู้หรือแนวทางที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กที่มีอยู่อาจยังไม่เพียงพอ หรือยังมิได้รับการสื่อสารไปสู่ครอบครัวอย่างทั่วถึง รวมทั้งองค์กรความรู้ใหม่ที่ทันสมัยต่อสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปจำเป็นต้องได้รับการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม





๒) ระดับชุมชนและสังคมชุมชนและสังคมรอบด้าน มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กเพราะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของเด็ก จากข้อมูลที่พบปัญหาเรื่องสถานะทางสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ทั้งปัญหาเรื่องภาวะโลหิตจาง ภาวะเด็กเตี้ยอ้วน สะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างในการให้บริการสุขภาพและคำแนะนำเพื่อการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมของครอบครัวผ่านบุคลากรสาธารณสุขทั้งในระดับชุมชนและระดับนโยบาย และอาจเกี่ยวพันถึงการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในด้านการจัดอาหาร การจัดกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้สำหรับเด็กในศูนย์ฯ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีอุปกรณ์และสถานที่ปลอดภัยและเหมาะสำหรับการเล่นของเด็กในชุมชน นอกจากนี้ สวัสดิการขั้นพื้นฐานในด้านอื่นที่ควรมีในชุมชนสำหรับเด็กทุกคน อาจยังมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ตามงบประมาณและการบริหารจัดการ และอาจไม่ครอบคลุมเด็กในกลุ่มที่ด้อยโอกาสและเด็กที่อยู่ในสภาวะยากลำบาก ด้วยข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงข้อมูลของเด็กและครอบครัว รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลระหว่างครอบครัว หน่วยบริการสาธารณสุข ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและหน่วยงานอื่นๆ ในชุมชน

๓) ระดับนโยบายภาพรวม การดำเนินงานที่ผ่านมามีหน่วยงานต่างทำงานตามภารกิจ โดยใช้กรอบนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยเหมือนกัน แต่การดำเนินงานขาดการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงาน กลายเป็นช่องว่างของระบบและกลไกในการดูแลเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง เห็นตัวอย่างได้จากการประเมินผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙ ทั้ง ๓ ยุทธศาสตร์ ในช่วงครึ่งแผนฯ พบว่า การทำงานในทุกยุทธศาสตร์ ทั้งการส่งเสริมพ่อแม่ผู้เกี่ยวข้อง และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย ส่วนใหญ่สำเร็จเชิงปริมาณครอบคลุมหลายหน่วยงานและสามารถดำเนินการเปิดเสร็จได้ในหน่วยงานตนเอง แต่การดำเนินงานเชิงระบบและอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย มักไม่ประสบผลสำเร็จ ไม่สามารถบูรณาการ เชื่อมโยง หรือขยายผลยังต้องเร่งรัดและพัฒนาเพื่อให้เกิดประสิทธิผลต่อยอดและมีความยั่งยืนในการทำงาน

อีกตัวอย่างที่ช่วยยืนยันช่องว่างเรื่องการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานได้ดี คือ การกำหนดนิยามคำว่า เด็กปฐมวัย ที่แตกต่างกัน อาทิ นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาเด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) ระยะยาว พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙ และกระทรวงสาธารณสุข ให้คำนิยามเด็กปฐมวัยหมายถึง เด็กตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน หรืออายุต่ำกว่า ๖ ปี ขณะที่แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ ให้คำนิยาม ไว้ว่า เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงก่อนเข้าประถมศึกษาปีที่ ๑ ครอบคลุมเด็กทั่วไป เด็กด้อยโอกาส เด็กพิการ รวมถึงเด็กต่างด้าวที่อยู่ในประเทศไทยทั้งนี้ เป็นผลมาจากการให้ความสำคัญและการวางกรอบแนวคิดในการทำงานเพื่อเด็กปฐมวัยผ่านบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่ต่างกัน

รัฐบาลเล็งเห็นช่องว่างที่ไม่มีหน่วยงานใดเป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัยอย่างรอบด้าน จึงมีความพยายามสร้างกลไกในการขับเคลื่อนการทำงานเพื่อเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ผ่านการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ และคณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กดยช.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการระดับชาติ ที่กำหนดทิศทางการพัฒนาด้านเด็กปฐมวัย โดยมีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน ทั้งสองคณะ และมีแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านเด็กปฐมวัยและแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๕-๒๕๕๙ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าว ได้ผ่านกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมจากหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และคณะกรรมการระดับชาติทั้งสองชุดจะมีผู้แทนจากหน่วยงานทุกภาคส่วน แต่ในทางปฏิบัติการดำเนินการของแต่ละหน่วยงานยังมีลักษณะแยกส่วนขาดความเชื่อมโยงกันในภาพรวม ทั้งในระดับชาติ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ ส่งผลให้การทำงานเพื่อการส่งเสริมเด็กปฐมวัยประสบความสำเร็จเฉพาะตามภารกิจของแต่ละหน่วยงาน แต่ยังขาดประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยให้บรรลุตามเป้าหมาย



๔.๓ สิ่งทีคาดหวังในอนาคต

๑) องค์ความรู้และการวิจัย ในด้านการวิจัยและพัฒนา แม้ที่ผ่านมานหน่วยงานด้านวิชาการจะทำการศึกษาวิจัยองค์ความรู้ด้านเด็กปฐมวัยจำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อตอบสนองภารกิจของหน่วยงานเป็นหลัก ทำให้การพัฒนาองค์ความรู้ด้านเด็กยังขาดทิศทางและความชัดเจน เพื่อการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน การพัฒนางานวิจัยเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย ควรมีเป้าประสงค์ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และแนวทางการพัฒนาคุณภาพการเลี้ยงดูเด็กในครอบครัว และระบบบริการหนุนเสริมครอบครัวและชุมชนให้มีความสามารถในการดูแลเด็กปฐมวัย ตลอดจนการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและชุมชน โดยการนำผลการวิจัยในระดับสากลปรับใช้เพื่อต่อยอดภูมิปัญญาท้องถิ่นที่มีอยู่ เพื่อให้ได้มาซึ่ง มาตรการ/นโยบายที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศในภาพรวมและแต่ละท้องถิ่น

๒) ความพร้อมของครอบครัว พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก ควรได้รับข้อมูลคำแนะนำ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถเลี้ยงดูและส่งเสริมเด็กให้สามารถเติบโตเต็มตามศักยภาพได้ ทั้งนี้ต้องอาศัยการรวบรวมแนวทางปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยอย่างองค์รวมให้เข้าใจง่าย การสื่อสารองค์ความรู้และข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง รวมทั้งการวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ เพื่อให้สามารถตอบรับกับสถานการณ์ของเด็กปฐมวัยที่เปลี่ยนไปในสังคม

๓) มาตรการชุมชนและสังคมที่จะสนับสนุนแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยที่พึงประสงค์ ชุมชนและท้องถิ่นควรมีบทบาท ในการกำหนดทิศทางการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยของตนเอง เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ โดยการปรับใช้องค์ความรู้จากการวิจัยต่อยอดกับภูมิปัญญาท้องถิ่น นอกจากนี้ในชุมชนควรมีมาตรการเพื่อกำกับติดตามการได้รับบริการทั้งด้านสุขภาพ การศึกษา สวัสดิการของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ผ่านการมีส่วนร่วมในกลไกการทำงานของภาครัฐ และการส่งต่อข้อมูลของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เหมาะสมและตอบสนองต่อสถานการณ์เด็กปฐมวัยในพื้นที่

๔) ระดับนโยบายมีกลไกการทำงานบูรณาการที่เข้มแข็งและเชื่อมโยงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อให้แต่ละหน่วยงานสามารถดำเนินการตามบทบาทของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ซ้ำซ้อน มุ่งผลลัพธ์ในการสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบายควรมีการดำเนินงาน ดังนี้

๑) มีการวางแผนและกำหนดเป้าหมายที่พึงประสงค์ด้านเด็กปฐมวัยร่วมกัน

๒) มีกลไกเชื่อมโยงประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยโดยคณะกรรมการระดับชาติ และระดับจังหวัด ที่มีความเข้มแข็งในการบูรณาการ และกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผน

๓) สร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและภาคเอกชน เพื่อร่วมกันสร้างเสริมสุขภาวะของเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วม

บทสรุป

ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็น Thailand 4.0 ไม่ได้ หากประเทศไทยยังไม่ได้รับการพัฒนาให้เป็นคนไทย ๔.๐ ซึ่งการจะพัฒนาศักยภาพประชากรไทยให้มีความสามารถ มีสมรรถนะ มีคุณภาพในอนาคต ต้องเริ่มจากการสร้างเสริมเด็กปฐมวัยในวันนี้ให้เป็นเด็กไทย ๔.๐ ที่มีสุขภาวะที่สมบูรณ์ในการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการเรียนรู้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสังคม ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล



การสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยต้องเริ่มตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาหรือให้ดีกว่านั้นคือ เริ่มตั้งแต่ก่อนมารดาตั้งครรภ์ ต่อเนื่องจนถึงเด็กเกิดและเติบโต หากวันนี้รัฐบาล ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และทุกส่วนในสังคม ยังไม่ตระหนักถึงวิกฤติการณ์เกี่ยวกับเด็กปฐมวัยของไทยยังไม่เตรียมความพร้อมในการดูแลเด็กตั้งแต่ในครรภ์มารดา ไม่มีการเตรียมความพร้อมหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงก่อนตั้งครรภ์ ไม่มีการเตรียมครอบครัว สภาพแวดล้อม ชุมชนและสังคมรอบตัวเด็กให้พร้อมในการเลี้ยงดูเด็กไม่สามารถบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานอย่างไร้รอยต่อ รวมทั้งไม่มีระบบหรือกลไกในการกำกับติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ เป็นที่คาดเดาได้ว่า การได้รับบริการสวัสดิการ และการสนับสนุนทางสังคม ที่จำเป็นสำหรับการเติบโตของเด็กจะยังคงมีช่องว่างและข้อจำกัดใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นตามบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป และเป็นที่ยอมรับได้ว่า เด็กปฐมวัยไทย ซึ่งเป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดในชีวิตของพลเมืองในอนาคตจะต้องเผชิญกับความไม่พร้อมทั้งหลายดังที่ได้กล่าวมา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศที่ไม่อาจบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดได้

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เป็นอีกความหวังหนึ่งในการขับเคลื่อนการทำงานด้านเด็กปฐมวัยให้เกิดผลเป็นรูปธรรม เนื่องจากเป็นเวทีที่ทุกภาคส่วนจะได้ร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน และกำหนดเป้าหมาย เพื่อผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ในการสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัย ผ่านการสร้างสรรค่นโยบายสาธารณะ เพื่อให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน สังคม และนโยบายระดับประเทศ

๕. ประเด็นพิจารณาของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พิจารณารับรอง (ร่าง) มติ ๓ “การสร้างเสริมสุขภาพของเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม”

๖. เอกสารอ้างอิง

- ๑) Black MM, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early Childhood Coming of Age. Science through the life-course. The Lancet 2016; Published: October 4, 2016. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31).
- ๒) Heckman, James J., Moon, SeongHyeok, Pinto, Rodrigo, Savelyev, Peter A. and Yavitz, Adam Q. (2010). "Analyzing Social Experiments as Implemented: A Reexamination of the Evidence from the HighScopePerry Preschool Program." *QuantitativeEconomics*1(1): 1- 46.
- ๓) Joseph F. Hagan, Judith S. Shaw, Paula M. Duncan. (2007). BRIGHT FUTURES: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents: Promoting Child Development. The American Academy of Pediatrics. Third edition. 39-75.
- ๔) Orla Doyle, Colm P. Harmon, James J. Heckman, and Richard E. Tremblay. (2009). Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency. NIH Public Access. Published on line Jan 21, 2009. doi: 10.1016 /j.ehb.2009.01.002
- ๕) Susan P Walker, Theodore D Wachs, Julie Meeks Gardner, Betsy Lozoff, Gail A Wasserman, Ernest Pollitt, Julie A Carter. (2007). Childdevelopment in developing countries 2: Child development:





- risk factor for adverse outcome in developing countries. Vol 369, January 13, 2007, 145-157.
- ๖) The Lancet. Advancing early childhood development: from science to scale. An Executive Summary for the Lancet's series. The Lancet; 2016.
- ๗) Walker, Susan P et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. The Lancet 2011, Volume 378, Issue 9799, 1325–1338.
- ๘) World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva; 2002.
- ๙) กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานการสำรวจสุขภาพ: ผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๖ ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ; ๒๕๕๖.
- ๑๐) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือไอคิวและอีคิว ความฉลาดสองด้านเพื่อความสมบูรณ์ของมนุษย์. นนทบุรี: บิยอนด์ พับลิชชิ่ง; ๒๕๕๐.
- ๑๑) กรมสุขภาพจิต. รายงานการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ๒๕๕๔. สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ ๒. กรุงเทพมหานคร; ๒๕๕๕.
- ๑๒) คณะกรรมการปฏิรูปสังคม ชุมชน เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส ร่วมกับคณะกรรมการปฏิรูประบบสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมกับประเทศไทย สภาปฏิรูปแห่งชาติ. รายงานเรื่องการปฏิรูประบบสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย; ๒๕๕๔.
- ๑๓) จินตนา พัฒนพงศ์ธร, ชัยชนะ บุญสุวรรณ, และ นฤมล ธนเจริญวัชร. การศึกษาพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; ๒๕๕๗.
- ๑๔) ศูนย์อนามัยที่ ๓ ชลบุรี. (๒๕๕๗). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กไทย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๗. ศูนย์อนามัยที่ ๓ ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รอตีพิมพ์
- ๑๕) สำนักงานสถิติแห่งชาติ องค์การยูนิเซฟ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสถานการณ์สตรีและเด็ก ประเทศไทย ครั้งที่ ๔; ๒๕๕๕.
- ๑๖) สำนักงานสถิติแห่งชาติ องค์การยูนิเซฟ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสถานการณ์สตรีและเด็ก ประเทศไทย ครั้งที่ ๓; ๒๕๔๙.
- ๑๗) สำนักงานสถิติแห่งชาติ องค์การยูนิเซฟ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจสถานการณ์สตรีและเด็ก ประเทศไทย ครั้งที่ ๕; ๒๕๕๘.
- ๑๘) สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทยครั้งที่ ๕; ๒๕๔๖.
- ๑๙) สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ ๔ พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒. นนทบุรี: บริษัทเดอะกราฟิกซิสเต็มส์ จำกัด; ๒๕๕๒.
- ๒๐) สายฤดี วรวิจิตรโกศาทรและคณะ. อ่านสร้างสุข ๒๐ พลังจิตใต้สำนึกสร้างหนูน้อยพลังใจเข้มแข็ง. กรุงเทพมหานคร: แผนงานสร้างเสริมวัฒนธรรมการอ่าน; ๒๕๕๙.





๒๑) สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. รายงานผลการติดตามและประเมินผลนโยบาย และยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์เด็กปฐมวัย (๐-๕ ปี) ระยะยาว พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๙ ช่วงครึ่งแผน พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔.

๒๒) องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ. Convention on the right of the Child; 2559.





เส้นทางเดิน (Road map) การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์
<p>๑. คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (กดยช.)</p>	<p>๑.๑) ส่งเสริมและกำกับติดตามให้หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยได้รับสิทธิประโยชน์ตามนโยบายและแนวทางที่(ร่าง) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ....กำหนด ตามสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย</p> <p>๑.๒) กำหนดให้เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดร่วมเป็นคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด/กรุงเทพมหานคร</p> <p>๑.๓) หาแนวทางสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคเอกชน ในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย</p>	<p>๑.๑) หญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัยได้รับสิทธิประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านบริการสุขภาพ การศึกษา และสวัสดิการ ฯลฯ</p> <p>๑.๒) มีการแต่งตั้งเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัดในคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด/กรุงเทพมหานคร</p> <p>๑.๓) ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย</p>
<p>๒. เครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด</p>	<p>๒.๑) ร่วมกับคณะอนุกรรมการส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด/กรุงเทพมหานคร สนับสนุนการทำงานในพื้นที่</p> <p>๒.๒) ประสานและผลักดันให้ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยกำหนดไว้ในธรรมนูญสุขภาพพื้นที่</p>	<p>๒.๑) มีการกำหนดเป้าหมายและดำเนินงานในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยร่วมกัน</p> <p>๒.๒) มีประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยกำหนดไว้ในธรรมนูญสุขภาพพื้นที่</p>



เส้นทางเดิน (Road map) การสร้างเสริมสุขภาพะเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์
<p>๓. กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย เป็นหน่วยงานหลัก ร่วมกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาลังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ สำนักงานรัฐมนตรี กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงพาณิชย์ กระทรวงการคลัง กระทรวงยุติธรรม กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หน่วยงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน</p>	<p>๓.๑) จัดทำแนวทางปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพะเด็กปฐมวัยให้แล้วเสร็จภายใน ๑ ปี</p> <p>๓.๒) พัฒนาเครื่องมือ เพื่อรวบรวมข้อมูลเด็กปฐมวัย รายบุคคลด้านสุขภาพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการสำหรับนำไปใช้และส่งต่อข้อมูล ระหว่างครอบครัว สถานบริการสาธารณสุข และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย อย่างต่อเนื่อง และส่งต่อข้อมูลไปสู่การพัฒนาเด็กวัยเรียน</p> <p>๓.๓) นำแนวปฏิบัติไปขับเคลื่อนให้เกิดเป็นรูปธรรม</p>	<p>๓.๑) มีแนวทางปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพะเด็กปฐมวัย ภายใน ๑ ปี</p> <p>๓.๒) มีเครื่องมือที่สามารถรวบรวมข้อมูล เด็กปฐมวัยรายบุคคลด้านสุขภาพ การเจริญเติบโต และพัฒนาการ</p> <p>๓.๓) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำแนวปฏิบัติ ไปขับเคลื่อนให้เกิดเป็นรูปธรรม</p>
<p>๔. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p>	<p>๔.๑) สนับสนุนให้เกิดนโยบาย แผนงาน มาตรการ ด้วยการสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ภาควิชาการและภาคเอกชน โดยใช้งบประมาณ ที่มีอยู่ในท้องถิ่นหนุนเสริม เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น/พื้นที่ และกองทุนอื่น ๆ</p>	<p>๔.๑) เกิดนโยบาย แผนงาน มาตรการ การสร้างเสริมสุขภาพะเด็กปฐมวัยในชุมชน อย่างมีส่วนร่วม</p>



เส้นทางเดิน (Road map) การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์/ผลสัมฤทธิ์
<p>๕. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) กรมประชาสัมพันธ์ และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับสื่อสารสาธารณะและสื่อสารระดับท้องถิ่น</p>	<p>๕.๑) สื่อสารสร้างความตระหนักรู้ต่อสาธารณะ เพื่อให้เห็นความสำคัญและการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย</p>	<p>๕.๑) มีสื่อเผยแพร่ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย</p>
<p>๖. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ร่วมกับ หน่วยงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สถาบันการศึกษา และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง</p>	<p>๖.๑) สนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม</p>	<p>๖.๑) มีองค์ความรู้และนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย</p>

ผลกระทบสำคัญ

- เป้าประสงค์ เด็กไทย ๔.๐: เด็กมีการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ มีสุขภาพดี มีความคิดสร้างสรรค์ มีวินัย และพัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้
- ตัวชี้วัดเด็กปฐมวัย: มีพัฒนาการสมวัยและสูงดีสมส่วน



การสร้างเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย
ด้วยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วม





พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ได้ทรงแสดงถึงความห่วงใยพสกนิกรเกี่ยวกับปัญหาไข้เลือดออก
ทรงมีพระราชดำรัสพระราชทานแก่ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าเฝ้าในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ความว่า

“...โครงการปราบยุงลายคั้งค่างมานานแล้ว
และอันตรายยังมีอยู่มาก
อยากให้ปราบปรามอย่างจริงจัง
อันตรายจากโรคไข้เลือดออกจะได้ทุเลาลง...”



สานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน



กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหายุงลายซึ่งเป็นพาหะมาเป็นลำดับ แต่ก็
ยังไม่เป็นผลสำเร็จเท่าที่ควร ปัญหาดังกล่าวยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่สร้างความสูญเสียชีวิต
และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความสูญเสียด้านเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งที่ทุกฝ่ายได้ช่วยกัน
รณรงค์ป้องกันและควบคุมมาโดยตลอด และได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ
และเอกชน พบว่าปัญหายุงลายยังไม่ลดลงมากนักยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศเรื่อยมา



การประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙
วันที่ ๒๑-๒๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
อาคารอิมแพ็คฟอรัม เมืองทองธานี

“ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง
สู่ธรรมนูญระบบสุขภาพ
และสุขภาพที่ยั่งยืน”



ในประเทศไทย มีรายงานโรคติดต่อที่เกิดจากยุงลาย ที่สำคัญได้แก่ ไข้เลือดออกเดงกี (Dengue illness) ไข้ปวดข้อยุงลาย (Chikungunya Fever) และไข้ติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika fever) โดยผู้ที่ได้รับเชื้อจะมีอาการไข้สูงนาน ๒-๗ วัน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดตามข้อ มีผื่นขึ้นตามตัวหรือเลือดออกในอวัยวะต่าง ๆ โดยระดับความรุนแรงของแต่ละโรคจะแตกต่างกัน ได้แก่ ไข้เลือดออกเดงกีเกิดจากเชื้อไวรัสที่มีอยู่ถึง ๔ ชนิด ทำให้ประชาชนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ถึง ๔ ครั้ง

ตลอดช่วงอายุ และจะส่งผลต่อระดับความรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกจัดประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการระบาดของไข้เลือดออกเดงกีสูงเป็นอันดับ ๖ ใน ๓๐ ประเทศทั่วโลกที่มีรายงานจำนวนผู้ป่วยสูงและเป็นอันดับ ๓ ในภูมิภาคเอเชีย และมีแนวโน้มสูงขึ้นมาโดยตลอด แต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยมากบ้างน้อยบ้าง โดยในปีที่มีการระบาดน้อยจะมีรายงานจำนวนผู้ป่วยประมาณ ๖๐,๐๐๐-๗๐,๐๐๐ ราย ส่วนในปีที่มีการระบาดมากจะมีรายงานจำนวนผู้ป่วยสูง

ถึง ๑๒๐,๐๐๐-๑๕๐,๐๐๐ ราย ในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา พบผู้ป่วยเฉลี่ย ๘๖,๐๐๐ รายต่อปี และทุกปีจะมีอัตราผู้ป่วยเสียชีวิต ๑ รายต่อผู้ป่วย ๑,๐๐๐ ราย ส่วนไข้ปวดข้อยุงลาย หรือ ไข้ชึ้นคุณย่าอาการจะไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่อาการปวดข้อจัดเป็นความทุกข์ทรมานแก่ร่างกายของผู้ที่ได้รับเชือนานหลายเดือน และไข้ติดเชื้อไวรัสซิกาส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีอาการไม่รุนแรง แต่อาจส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทำให้มีสมองพิการและเกิดภาวะศีรษะเล็กแต่กำเนิด (Microcephaly)



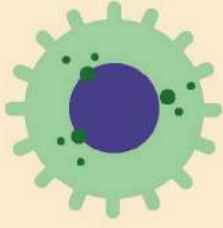
ยุงลายบ้าน (Aedes aegypti)

ประเทศไทยมียุงลายมากกว่า ๑๐๐ ชนิด พบได้ทั้งในครัวเรือนและในชุมชนทั่วไป แต่ที่เป็นพาหะนำโรคสำคัญมีอยู่ ๒ ชนิด คือ ยุงลายบ้าน (Aedes aegypti) และยุงลายสวน (Aedes albopictus)

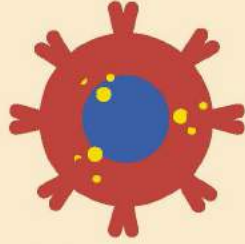
โดยยุงลายบ้าน จะเป็นพาหะหลัก ส่วนใหญ่จะพบแหล่งเพาะพันธุ์ ในภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่ภายในบ้านและรอบบ้าน



ในประเทศไทย มีรายงานโรคติดต่อที่เกิดจากยุงลาย ที่สำคัญได้แก่



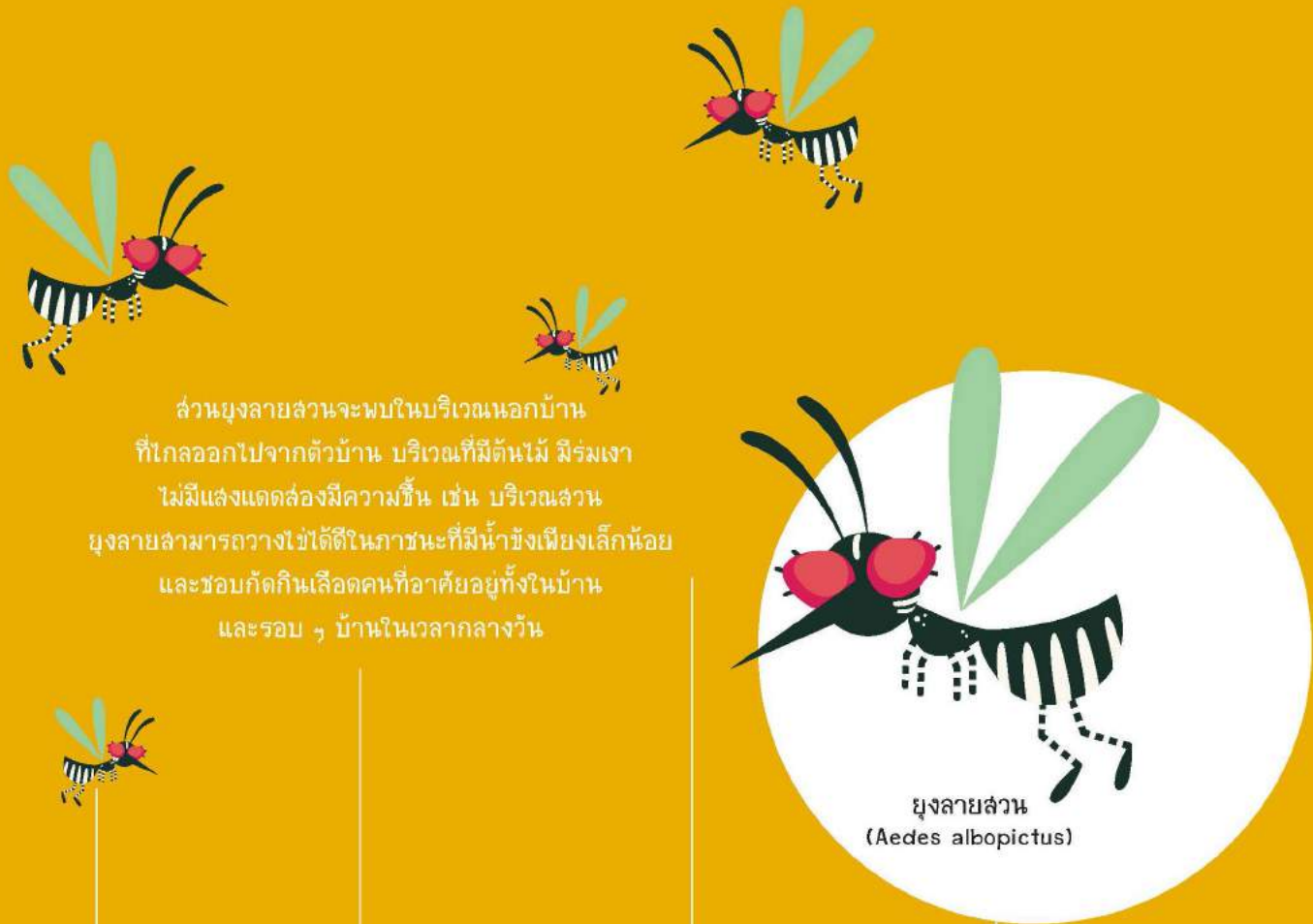
โรคไข้เลือดออกเดงกี
(Dengue illness)



โรคไข้ปวดข้อยุงลาย
(Chikungunya Fever)



และโรคติดเชื้อไวรัสซิกา
(Zika fever)



ส่วนยุงลายส่วนจะพบในบริเวณนอกบ้าน
ที่ไกลออกไปจากตัวบ้าน บริเวณที่มีต้นไม้ มีร่มเงา
ไม่มีแสงแดดส่องมีความชื้น เช่น บริเวณสวน
ยุงลายสามารถวางไข่ได้ดีในภาชนะที่มีน้ำขังเพียงเล็กน้อย
และชอบกัดกินเลือดคนที่อาศัยอยู่ทั้งในบ้าน
และรอบ ๆ บ้านในเวลากลางวัน

ยุงลายสวน
(Aedes albopictus)



การควบคุมปัญหาโรคติดต่อ

ที่นำโดยยุงลาย จำเป็นต้องอาศัยการขับเคลื่อน

ทั้งในระดับประเทศ ระดับจังหวัด องค์กร

เครือข่าย ชุมชน สังคม ครอบครัว และตัวบุคคล

รวมทั้งการนำกระบวนการทางกฎหมายที่มีอยู่มาใช้บังคับ

เช่น การดูแลสิ่งแวดล้อม ธรรมนูญสุขภาพกองทุนสุขภาพ

พื้นที่ระบบสุขภาพอำเภอ กระบวนการสมัชชาสุขภาพ

จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการสานพลังของเครือข่าย

ทุกระดับเพื่อขับเคลื่อนเรื่องนี้ต่อไป

ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย

๑. โรคติดต่อที่นำโดยยุงลายยังไม่มีวัคซีนป้องกัน
และยังไม่มียาในการกำจัดเชื้อไวรัส

๒. ยุงลายสามารถขยายพันธุ์ได้อย่างรวดเร็ว ทั้งในพื้นที่เมือง
และชนบท ชอบวางไข่ในน้ำสะอาด ใส และนิ่ง

๓. ภาวะโรคเรื้อรังทำให้ยุงลายมีศักยภาพ
ในการขยายพันธุ์มากขึ้น และออกหากินบ่อยขึ้น

๔. นวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์ในการป้องกันโรคติดต่อ
ที่นำโดยยุง ยังอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย
และอาจใช้เวลานานกว่าจะสามารถ
นำมาใช้ได้อย่างแท้จริง



“ทำทุกคน ทำทุกที่ และทำทันที”

จึงนำสู่การพิจารณานโยบายสาธารณะในประเด็น

“สานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน”

ในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙

สานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่เก้า

ได้พิจารณารายงาน เรื่อง “สานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน”^๑

รับทราบและตระหนัก ว่า ยุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออกเดงกี (Dengue Hemorrhagic Fever, DHF) ไข้เดงกีช็อก (Dengue Shock Syndrome, DSS) ไข้เดงกี (Dengue Fever, DF) ไข้ปวดข้อยุงลาย หรือไข้ชิคุนกุนยา (Chikungunya Fever) และโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika Virus Disease) ซึ่งทำให้มีผู้คนเจ็บป่วย จนถึงเสียชีวิตเป็นจำนวนมากทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ไข้เลือดออก ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวมอย่างกว้างขวางและในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนที่ป้องกันโรคได้

ตระหนัก ว่า การระบาดของโรคที่นำโดยยุงลายก็ยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้น และในปัจจุบันยังมีโรคเกิดขึ้นใหม่ที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญของโลก และได้เริ่มเป็นปัญหาในประเทศไทย ได้แก่ โรคติดเชื้อไวรัสซิกา ซึ่งจะทำให้ทารกในครรภ์เกิดมา มีศีรษะเล็กผิดปกติ และมียุงลายเป็นพาหะนำโรคเช่นเดียวกับไข้เลือดออก หากไม่ดำเนินการปราบยุงลายอย่างจริงจังและทันกาล จะทำให้เพิ่มอันตรายต่อสุขภาพ และเกิดผลเสียต่อเศรษฐกิจของประเทศไทยได้

รับทราบ ว่า โรคที่นำโดยยุงลาย สามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยการป้องกันตนเองจากการถูกยุงกัด และการปราบยุงลาย โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และตัวยุงลาย

ตระหนัก ว่า ยุงมีวงจรชีวิตที่ประกอบด้วย ไข่ ลูกน้ำ ตัวโม่ง และยุงตัวแก่ ในการปราบยุงลาย ได้มีแนวทางและวิธีการควบคุมและกำจัดลูกน้ำและยุงลายอย่างครบวงจรชีวิตแล้ว แต่การปฏิบัติยังทำได้ไม่จริงจังให้เกิดความทั่วถึงและยั่งยืน ทั้งนี้เพราะเป็นปัญหาที่เกิดจากพฤติกรรมของคน ในการร่วมกันดูแลสิ่งแวดล้อม รวมทั้งลูกน้ำและยุงลายอยู่ในบ้าน ในบริเวณบ้าน และสิ่งแวดล้อมในชุมชน การแก้ปัญหาจำเป็นที่จะต้องมีความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยที่แต่ละคนมีส่วนร่วมและรับผิดชอบ

ห่วงใย ถึง สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก และไข้ติดเชื้อไวรัสซิกา ที่อาจจะก่อความเสียหายรุนแรงทางสุขภาพและเศรษฐกิจ หากไม่ได้สานพลังทุกภาคส่วนที่จะปราบลูกน้ำ/ยุงลาย ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากภาคประชาชนให้เกิดความทั่วถึงทั้งประเทศ และยั่งยืนถาวร

เห็นว่า การควบคุมปัญหาโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย จำเป็นต้องอาศัยการขับเคลื่อนทั้งในระดับประเทศ ระดับจังหวัด องค์กร เครือข่าย ชุมชน สังคม ครอบครัว และตัวบุคคล รวมทั้งการนำกระบวนการทางกฎหมาย

^๑ เอกสารสมัชชาสุขภาพ ๙ / หลัก ๔

ที่มีอยู่มาใช้บังคับ เช่น การดูแลสิ่งแวดล้อม ธรรมนูญสุขภาพ กองทุนสุขภาพในระดับพื้นที่ ระบบสุขภาพอำเภอ กระบวนการสมัชชาสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือสำคัญ ในการสานพลังของเครือข่ายทุกระดับเพื่อขับเคลื่อนเรื่องนี้ต่อไป

จึงมีมติดังต่อไปนี้

๑. ขอให้ ภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพและองค์กรสุขภาพภาคประชาชน โดยการสนับสนุนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันดำเนินการพัฒนามาตรการของพื้นที่ในการดำเนินการปราบยุงลายอย่างครบวงจร ทัวถึง และยั่งยืน โดยเสริมสร้างความมีระเบียบวินัยให้กับประชาชน เพื่อความปลอดภัยของตนเองและครอบครัว ใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น ให้มีความสำคัญกับการมีส่วนร่วมและความรับผิดชอบของทุกภาคส่วน ตลอดจนการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคลจนถึงระดับชุมชน

๒. ขอให้ คณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน กำหนดให้การปราบยุงลายเป็นเป้าหมายการดำเนินงาน โดยเชื่อมโยงกลไกการปราบยุงลายของจังหวัด/กรุงเทพมหานคร ในพื้นที่เขตสุขภาพนั้น ๆ รวมถึงการติดตาม ประเมินผล และรายงานผลให้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ

๓. ขอให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร ร่วมกับศูนย์ควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลง หรือสำนักงานป้องกันควบคุมโรค หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัด สถาบันการศึกษาในพื้นที่ หน่วยงานด้านสาธารณสุขภาครัฐทุกระดับในจังหวัด

๓.๑ สนับสนุนองค์ความรู้ด้านวิชาการ และกระบวนการในการปราบยุงลายอย่างมีส่วนร่วม เช่น การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม และองค์ความรู้ในเรื่องโรคติดต่อ นำโดยแมลง ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกระดับ สำนักงานปกครองจังหวัด สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด ภาคีเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน และหน่วยงานหรือองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๓.๒ ประสานความร่วมมือกันระหว่างสำนักงานปกครองจังหวัด สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด ทำให้เกิดแผนการดำเนินกิจกรรมที่ชัดเจนในทุกระดับ

๓.๓ ส่งเสริมและพัฒนาให้เกิดการเรียนรู้การสอน หรือการอบรมเกี่ยวกับ การปราบยุงลายในท้องถิ่น

๔. ขอให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการปราบยุงลาย

๕. ขอให้ สมาชิกเครือข่ายสมัชชาสุขภาพจังหวัด ร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และภาคประชาชน

๕.๑ ร่วมกันพิจารณาดำเนินการโดยกระบวนการสมัชชาสุขภาพพื้นที่ให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับจังหวัดเพื่อ “สานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน”

๕.๒ ดำเนินงานกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในบ้าน รอบบ้าน และพื้นที่สาธารณะ อย่างเป็นรูปธรรม จริงจัง และต่อเนื่อง เช่น ส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการทางธรรมชาติและภูมิปัญญาท้องถิ่น รวมกลุ่มสร้างเครือข่าย หมู่บ้านปลอดลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น

๕.๓ สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีการจัดทำข้อกำหนดท้องถิ่น (ข้อบัญญัติท้องถิ่น หรือเทศบัญญัติ) ให้มีมาตรการปราบยุงลายโดยชุมชน พร้อมทั้งปฏิบัติตามอย่างจริงจัง เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การกำจัดขยะในทุกพื้นที่ อย่างเป็นระบบ ทัวถึง และยั่งยืน เป็นต้น



๕.๔ เข้าร่วมในระบบสุขภาพอำเภอ ในการประสาน ติดตาม ประเมินผล สนับสนุนการขับเคลื่อนในพื้นที่ทุกระดับอย่างจริงจัง อย่างเป็นรูปธรรม เช่น การจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล และกลไกอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน เป็นต้น

๕.๕ สนับสนุนให้นำมาตรการปราบยุงลายโดยชุมชน กำหนดไว้ในธรรมนูญสุขภาพระดับพื้นที่

๖. ขอให้ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานหลัก ประสานงาน กับ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงกลาโหม กระทรวงแรงงาน กรุงเทพมหานคร สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ องค์กรด้านศาสนาอื่น ๆ และชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งประเทศไทย รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน และประชาสังคม อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันดำเนินการ ดังนี้

๖.๑ จัดทำแผนปฏิบัติงานและแนวทางการดำเนินงาน ในการปราบยุงลายแบบบูรณาการทุกภาคส่วนโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ให้เสร็จภายใน ๑ ปี

๖.๒ ประสานและสนับสนุนการปราบยุงลายในพื้นที่รับผิดชอบอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงาน มีการติดตาม ประเมินผล และรายงานผลเป็นระยะ อย่างน้อยปีละสองครั้ง และเผยแพร่ต่อสาธารณะ

๗. ขอให้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงสาธารณสุข สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นหรือเทศบัญญัติ โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น สถานที่ก่อสร้าง สถานที่รกร้างว่างเปล่า สถานที่รวบรวมขยะ แค้มป์คนงานก่อสร้างที่พักอาศัยชั่วคราว และบ้านเช่า เป็นต้น สนับสนุนให้เกิดการบังคับใช้อย่างจริงจัง

๘. ขอให้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนการดำเนินการวิจัยและพัฒนา “สถานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน” และเผยแพร่ข้อมูลผลงานวิจัยให้ประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ

๙. ขอให้ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และกรุงเทพมหานครโดยสำนักอนามัย ส่งเสริม สนับสนุน และประชาสัมพันธ์ การสถานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐานด้วยกลไกเครื่องมือบุคลากรที่มีอยู่ โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนด้วย

๑๐. ขอให้ เลขานุการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐





**เอกสารหลักประกอบการพิจารณา
มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙
สถานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน**



สานพลังปรบยุบสาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

๑. นิยาม/คำจำกัดความ

สานพลัง หรือ ประสานกำลัง หมายถึง การร่วมมือ ร่วมความคิด ร่วมแรง ร่วมใจกันทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จ ในเอกสารนี้ มีความหมายถึงการสานพลังภาครัฐ/การเมือง ภาควิชาการ/วิชาชีพ และภาคประชาชน/เอกชน

ปรบยุบสาย (ปรบ แปลว่า ทำให้อยู่ในอำนาจ) หมายถึง การปรบยุบสายไม่ให้แพร่พันธุ์ และไม่ให้นำเชื้อโรคมาสู่คน

ยุบสาย หมายถึง ยุบชนิดหนึ่งที่มีลายสีดำสลับขาวทั้งตัว หัวและขา แบ่งเป็น ยุบสายบ้านและยุบสายสวน นำโรคสู่คนหลายชนิด ได้แก่ ไข้แดงกึ่ง ไข้เลือดออกแดงกึ่ง (หรือที่เรียกกันว่า ไข้เลือดออก) ไข้แดงกึ่งช็อก ไข้ปวดข้อ ยุบสาย (หรือไข้ชิคุนคุนยา) โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยที่ยุบสายบ้านนำโรคได้มากกว่ายุบสายสวน

พื้นที่เป็นฐาน หมายถึง ตรงกับความต้องการ และสอดคล้องกับศักยภาพของพื้นที่ทุกภาคส่วนในพื้นที่ร่วมกันคิด ร่วมวางแผนร่วมปฏิบัติให้เกิดผลได้จริงในพื้นที่ รวมถึงการประเมินผล

พาหะนำโรค หมายถึง ตัวนำเชื้อโรค หรือตัวนำโรค ซึ่งอาจเป็นสัตว์หรือคนก็ได้เช่น ยุบสาย

ค่าดัชนีลูกน้ำยุบสาย หมายถึง การประเมินความชุกของลูกน้ำยุบสาย ประกอบด้วย

HI (House Index) หมายถึง ค่าดัชนีลูกน้ำยุบสายที่พบในหมู่บ้าน

CI (Container Index) หมายถึง ค่าดัชนีลูกน้ำยุบสายที่พบในภาชนะ ในอาคารสถานที่และโรงเรียน

๒. ความสำคัญของปัญหาสถานการณ์และแนวโน้ม

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ได้ทรงแสดงถึงความห่วงใยพสกนิกรเกี่ยวกับปัญหาไข้เลือดออก ทรงมีพระราชดำรัสพระราชทานแก่ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่เข้าเฝ้า ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ ความว่า “...โครงการปรบยุบสายค้างค่างมานานแล้ว และอันตรายยังมีอยู่มากอยากให้ปรบปรามอย่างจริงจัง อันตรายจากโรคไข้เลือดออกจะได้ทุเลาลง...”^๑

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการแก้ไขปัญหของโรคติดต่อที่มียุบสายเป็นพาหะมาเป็นลำดับ แต่ก็ยังไม่เป็นผลสำเร็จเท่าที่ควร ปัญหาดังกล่าวยังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ที่สร้างความสูญเสียชีวิตและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความสูญเสียด้านเศรษฐกิจของประเทศทั้งที่ทุกฝ่ายได้ช่วยกันรณรงค์ป้องกันและควบคุมมาโดยตลอด และได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน พบว่าปัญหายังไม่ได้ลดลงมากนัก ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศเรื่อยมา

^๑ มอบให้ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ณ พระราชวังไกลกังวล หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ๒๙ สิงหาคม ๒๕๔๒

๒.๑ สถานการณ์โรคติดต่อที่นำโดยยุงลายในประเทศไทย

โรคติดต่อที่นำโดยยุงลายในประเทศไทย ได้แก่ โรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (ไข้เลือดออก ไข้เดงกี) ไวรัสชิคุนกุนยา (ไข้ปวดข้อยุงลาย หรือไข้ชิคุนกุนยา) และไวรัสซิกา (โรคติดเชื้อไวรัสซิกา) ทั้งนี้ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสดังกล่าวอาจจะไม่มีอาการ แต่เป็นแหล่งแพร่เชื้อโดยยุงลายเป็นพาหะได้

๒.๑.๑ โรคไข้เลือดออกเดงกี (Dengue illness, รวมโรคจากไวรัสเดงกีทุกอย่าง) เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) เป็นโรคประจำถิ่นของประเทศไทยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยมานานกว่า ๕๘ ปี โดยเริ่มระบาดครั้งแรกในประเทศไทยที่กรุงเทพฯ เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๐๑ พบผู้ป่วยในปีนั้น ประมาณ ๒,๐๐๐ กว่าราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๑๔ ในระยะ ๕ ปี ต่อจากนั้นก็มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปี ส่วนใหญ่รายงานจากกรุงเทพฯ และธนบุรี การระบาดเป็นแบบปีหนึ่งสูงและปีถัดมาลดต่ำลง หลังจากนั้นโรคไข้เลือดออกได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่าง ๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่ ที่มีประชากรหนาแน่นและการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนในที่สุดก็พบว่า มีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคนี้จากทุกจังหวัดของประเทศไทย รูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เป็นแบบปีเว้นปี มาเป็นแบบสูง ๒ ปีแล้วลดต่ำลง หรือลดต่ำลง ๒ ปีแล้วเพิ่มสูงขึ้น

องค์การอนามัยโลกจัดประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงเป็นอันดับ ๖ ใน ๓๐ ประเทศทั่วโลก ที่มีรายงานจำนวนผู้ป่วยสูง และเป็นอันดับ ๓ ในภูมิภาคเอเชีย ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๐๑-๒๕๕๘ พบว่าอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนมีแนวโน้มสูงขึ้นมาโดยตลอด แต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยมากบ้างน้อยบ้าง โดยในปีที่มีการระบาดน้อยจะมีรายงานจำนวนผู้ป่วย ประมาณ ๖๐,๐๐๐-๗๐,๐๐๐ ราย ส่วนในปีที่มีการระบาดมากจะมีรายงานจำนวนผู้ป่วยสูงถึง ๑๒๐,๐๐๐-๑๕๐,๐๐๐ ราย พบผู้ป่วยเฉลี่ย ๘๖,๐๐๐ ราย ในรอบ ๑๐ ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันทุกจังหวัดมีรายงานผู้ป่วยมากบ้างน้อยบ้าง และมีรายงานต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี โดยมากมักเป็นผู้ป่วยที่อาศัยในเขตเมือง เขตเทศบาล และชุมชนที่มีที่พักอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น

มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในทุกกลุ่มอายุ เมื่อจำแนกผู้ป่วยโดยเฉลี่ยในปี พ.ศ. ๒๕๔๗-๒๕๕๘ พบว่ากลุ่มอายุที่ได้รับรายงานมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ ๕-๑๔ ปี (ร้อยละ ๔๒.๓๘) รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี (ร้อยละ ๒๖.๕๕) และกลุ่มอายุ ๒๕-๓๔ ปี (ร้อยละ ๑๑.๔๕) ตามลำดับ โดยที่การเกิดโรคในกลุ่มอายุ ๕-๑๔ ปี มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไปมีแนวโน้มสูงขึ้น และเมื่อจำแนกข้อมูลในปี พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘ ตามพื้นที่ในหรือนอกเขตเทศบาล พบว่าผู้ป่วยที่รายงานส่วนใหญ่อยู่นอกเขตเทศบาล (ประมาณร้อยละ ๖๒) แต่เมื่อพิจารณาอัตราป่วยต่อจำนวนประชากร พบว่าผู้ป่วยในเขตและนอกเขตเทศบาล มีอัตราป่วยไม่แตกต่างกัน

ในประเทศไทย มีรายงานการตรวจพบเชื้อไวรัสเดงกี ๔ ชนิด ได้แก่ DENV-1, DENV-2, DENV-3 และ DENV-4 หมุนเวียนกันไปในแต่ละปี ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการทำให้ประชาชนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ถึง ๔ ครั้งตลอดช่วงอายุ โดยเฉพาะหากได้รับเชื้อมากกว่า ๑ ครั้ง จะทำให้มีโอกาสเกิดโรคที่มีความรุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต

๒.๑.๒ โรคไข้ปวดข้อยุงลาย หรือ ไข้ชิคุนกุนยา (Chikungunya Fever) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสชิคุนกุนยา ผู้ที่ได้รับเชื้อจะมีอาการไข้สูง และปวดข้อ อาการจะไม่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่อาการปวดข้อจัดเป็นความทุกข์ทรมานแก่ร่างกายของผู้ที่ได้รับเชื่อนานหลายเดือน มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้ปวดข้อยุงลายในประเทศไทยโดยเฉลี่ยปีละประมาณ ๑๐๐-๒๐๐ ราย โดยส่วนใหญ่มีรายงานการพบผู้ป่วยทางภาคใต้ และ

เกิดการระบาดครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ซึ่งมีรายงานผู้ป่วย จำนวน ๔๗,๗๙๗ ราย

๒.๑.๓ โรคติดเชื้อไวรัสซิกา (Zika fever) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสซิกา มีอาการไข้ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ตาแดง มีผื่นขึ้น และปวดข้อและกล้ามเนื้อนานเวลา ๒-๗ วัน เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๕๙ องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศแจ้งเตือนให้ทุกประเทศทั่วโลกต้องติดตามสถานการณ์และเฝ้าระวังโรคนี้ สืบเนื่องจากการระบาดในแถบลาตินอเมริกา ซึ่งอาจทำให้เกิดการระบาดต่อเนื่องไปยังประเทศอื่น ๆ ถึงแม้ว่า ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไข้ซิกาครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ข้อมูลเมื่อสิ้นปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีผู้ป่วยยืนยันเฉลี่ย ปีละ ๕ ราย โดยพบการติดเชื้อกระจายทุกภาค ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง ยกเว้นในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ทำให้มีสมองพิการและเกิดภาวะศีรษะเล็กแต่กำเนิด (Microcephaly) นอกจากนี้ คนที่ติดเชื้อไวรัสซิกาจากยุงลาย ยังสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ทางช่องทางอื่น ๆ เช่น ผ่านทางเลือด แพร่จากมารดาที่ติดเชื้อสู่ทารกในครรภ์ ความเสี่ยงในการแพร่เชื้อในประเทศไทยมีความเป็นไปได้เล็กน้อย ถึงปานกลาง โดยอาจมีผู้ติดเชื้อทั้งในประเทศและจากต่างประเทศ รวมถึงอาจมีผู้ติดเชื้อจากประเทศไทย เดินทางไปต่างประเทศ เนื่องจากมีชาวไทยและชาวต่างชาติเดินทางเข้าออกพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค ในหลายรูปแบบ อย่างไรก็ตาม สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปัจจุบัน

๒.๑.๔ โรคติดต่ออื่น ๆ ที่นำโดยยุงลายแต่ยังไม่มีผู้ป่วยในประเทศไทย เช่น ไข้เหลือง ไข้เวสต์ไนล์ เป็นต้น หากไม่มีการปราบยุงลายที่ได้ผล โรคดังกล่าวอาจเป็นปัญหาในประเทศไทยได้ในระยะต่อไป จากการเดินทางติดต่อระหว่างประชาชนของประเทศต่าง ๆ ที่มีความสะดวกสบายมากขึ้นอย่างมาก

๒.๒ สถานการณ์ของยุงลายในประเทศไทย

ประเทศไทยมียุงลาย มากกว่า ๑๐๐ ชนิด พบได้ทั้งในครัวเรือนและในชุมชนทั่วไป แต่ที่เป็นพาหะนำโรค มีอยู่ ๒ ชนิด คือยุงลายบ้าน (*Aedes aegypti*) และยุงลายสวน (*Aedes albopictus*) โดยยุงลายบ้าน จะเป็นพาหะหลักและยุงลายสวนเป็นพาหะรอง โดยทั่วไปยุงลายออกหากินในเวลากลางวัน ชีวนิสัยหรือ พฤติกรรมของยุงยังเป็นปัจจัยสำคัญในการระบาดของโรค แหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้านส่วนใหญ่อยู่ ภายในบ้านและบริเวณรอบ ๆ ใกล้เคียงบ้าน จากการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลายบ้านพบว่า ร้อยละ ๖๔.๕๒ เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่ภายในบ้าน และร้อยละ ๓๕.๕๓ เป็นภาชนะเก็บขังน้ำที่อยู่นอกบ้าน ส่วนยุงลายสวน จะพบในบริเวณนอกบ้านที่ไกลออกไปจากตัวบ้าน ซึ่งบริเวณที่พบจะสัมพันธ์กับบริเวณที่มีต้นไม้มีร่มเงา ไม่มีแสงแดดส่อง และมีความชื้น เช่น บริเวณสวน ยุงลายสวนสามารถวางไข่ได้ดีในบริเวณที่มีน้ำขัง เพียงเล็กน้อย

การเฝ้าระวังความชุกของยุงลายพาหะนำโรค ใช้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ทั้งในชุมชน (House Index) และ ในอาคารสถานที่ต่าง ๆ (Container Index) ได้แก่ โรงพยาบาล โรงเรียน ศาสนสถาน ผลการสุ่มสำรวจในแต่ละ พื้นที่ยังคงพบว่า ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายยังคงสูงในอัตราเกินกว่ามาตรฐานที่กำหนด (House Index ไม่เกินร้อยละ ๑๐ และ Container Index เท่ากับ ๐)

การสุ่มสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชนพักอาศัยใน ๓๙ จังหวัด จากรายงานของสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๔-๒๕๕๘ พบว่า ค่ามัธยฐานของบ้านที่พบลูกน้ำยุงลาย สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และสามารถตรวจพบลูกน้ำยุงลายได้ตลอดทั้งปี โดยจะพบมากในช่วงฤดูฝน (พฤษภาคม-กันยายน)

ผลการสุ่มสำรวจภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลาย โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗

และ พ.ศ. ๒๕๕๘ โดยสุ่มสำรวจในสถานที่ต่างๆ ได้แก่ โรงเรียน โรงพยาบาลและศาสนสถาน อย่างน้อย จังหวัดละ ๑ แห่ง พบว่า ในศาสนสถานมีภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายมากที่สุด คือร้อยละ ๕๗.๓๘ และ ๖๐.๔๕ ตามลำดับรองลงมาคือโรงเรียน โดยมีภาชนะที่พบลูกน้ำยุงลายร้อยละ ๓๒.๖๔ และ ๓๔.๔๓ ขณะที่ใน โรงพยาบาลยังคงพบภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลาย ร้อยละ ๑๖.๕๓ และ ๑๙.๓๘ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามาตรการผลักดัน ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมไปยังชุมชนและ/หรือ หน่วยงาน องค์กรต่างๆ ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ของ ความร่วมมือ

๓. ปัจจัยสนับสนุนการระบาดของโรคที่นำโดยยุงลาย

๓.๑ โรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน และยังไม่มียาที่ใช้กำจัดเชื้อไวรัสที่นำโดยยุงลาย ซึ่งใช้รักษาการติดเชื้อเหล่านี้ได้

๓.๒ ยุงลายมีชีวิตนิสัยและศักยภาพในการขยายพันธุ์ได้อย่างรวดเร็วและมีปริมาณมาก การพบยุงลาย ในประเทศไทยเป็นครั้งแรก เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๕๐ โดย F.V. Theobald ในระยะต้น ๆ เข้าใจกันว่ายุงลายจะ แพร่พันธุ์อยู่เฉพาะเมืองใหญ่ แต่ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๐๘ รายงานของ J.E. Scanlon ระบุว่ายุงลายไม่ได้ จำกัดอยู่เฉพาะในเมืองใหญ่ ๆ แต่พบอยู่ทั่วไปทุกเมืองรวมทั้งในชนบทตามภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย

ยุงลายเพศเมียผสมพันธุ์เพียงครั้งเดียวหลังจากการผสมพันธุ์ก็จะกัดคนเพื่อหาเลือดกิน เพราะยุงลาย จะแพร่พันธุ์ได้ก็ต่อเมื่อได้กินเลือด เพื่อนำเอาโปรตีนและแร่ธาตุไปใช้สำหรับการเจริญเติบโตของไข่ในรังไข่ หลังจากกินเลือดแล้ว ๒-๓ วันก็จะหาที่วางไข่ โดยวางไข่ครั้งละประมาณ ๑๐๐ ฟอง และสามารถวางไข่ได้ ตลอดชีวิตที่มีช่วงอายุขัยประมาณ ๓๐-๔๕ วัน ซึ่งเท่ากับว่ายุงลายเพศเมียมีศักยภาพในการแพร่พันธุ์ได้สูง ถึงประมาณ ๓๐๐-๕๐๐ ฟองตลอดช่วงอายุขัย โดยที่แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอยู่ในบริเวณที่คนอาศัยอยู่และ บริเวณใกล้เคียง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาชนะขังน้ำชนิดต่าง ๆ ที่สร้างขึ้น และแหล่งที่มีน้ำขังตามธรรมชาติ เช่น โปรงไม้ กาบใบของพืชหลายชนิด

ยุงลายชอบวางไข่ในภาชนะที่มีน้ำสะอาด ใส นิ่ง โดยวางไข่ฟองเดี่ยว ๆ อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เหนือระดับน้ำประมาณ ๑ เซนติเมตร เพื่อให้ไข่ที่อยู่ในระยะที่มีการพัฒนาความสมบูรณ์อย่างสมบูรณ์เต็มที่ จึงพร้อมที่จะฟักได้ทันทีเมื่อมีน้ำท่วมถึง และที่สำคัญคือไข่ยุงลายจะสามารถทนอยู่ได้นานถึง ๒-๘ เดือน ในอุณหภูมิและความชื้นที่เหมาะสม (๒๔+๒ องศาเซลเซียส และความชื้นสัมพัทธ์ร้อยละ ๗๐+๑๐)

๓.๓ ภาวะโลกร้อน (Global Warming) หมายถึง การที่อุณหภูมิเฉลี่ยของอากาศบนโลกสูงขึ้น จากแบบจำลองการคาดคะเนภูมิอากาศ พบว่าในปี พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๖๔๓ อุณหภูมิเฉลี่ยของโลกจะเพิ่มขึ้นถึง ๑.๑ ถึง ๖.๔ องศาเซลเซียส ผลกระทบของภาวะโลกร้อนนั้นจะทำให้สภาพลมฟ้าอากาศที่ผิดปกติไปจากเดิม ภัยธรรมชาติที่รุนแรงมากขึ้น น้ำท่วม แผ่นดินไหว พายุที่รุนแรง อากาศที่ร้อนผิดปกติจนมีคนเสียชีวิต รวมไปถึง โรคระบาดชนิดใหม่ ๆ หรือโรคระบาดที่เคยหายไปจากโลกนี้แล้วก็กลับมาให้เราได้เห็นใหม่ และ “พาหะนำโรค” เพิ่มจำนวนมากขึ้น ในภาวะโลกร้อนที่มีอุณหภูมิสูงขึ้นจะมีผลให้ยุงลายมีพลังมากขึ้น หากอาหารและ เข้ากัดกินเลือดบ่อยขึ้นทำให้มีโอกาสเกิดการระบาดของโรคติดต่อที่นำโดยยุงได้มากขึ้น

๓.๔ ภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคมและความเป็นเมือง

๓.๔.๑ การเจริญเติบโตของความเป็นเมือง (Urbanization) การขยายตัวของชุมชนและประชากร หนาแน่นทำให้มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงและการระบาดของโรคที่นำโดยยุง



๓.๔.๒ การเคลื่อนย้ายของประชากร (Population Movement) มักพบความสัมพันธ์ของการเกิดโรคกับการเคลื่อนย้ายประชากร และการย้ายถิ่นฐานในการประกอบอาชีพ หรือการท่องเที่ยว เนื่องจากมีเส้นทางการคมนาคมที่สะดวกรวดเร็ว โดยเฉพาะในช่วงเทศกาลต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับฤดูกาลระบาดของโรค จึงเป็นการเพิ่มโอกาสการกระจายของผู้ป่วยโรคติดต่อต่าง ๆ และการไหลเวียนของเชื้อโรคหลายชนิดได้ในเวลาอันรวดเร็ว

๓.๔.๓ การเกิดโรคเชิงวัฒนธรรม วัฒนธรรมของประเทศไทยเกี่ยวข้องกับภาคเกษตรกรรม มีการกักเก็บน้ำดื่ม น้ำใช้ เป็นประเด็นที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการเกิดและการแพร่กระจายของโรคติดต่อที่นำโดยยุงในเขตชนบท

๓.๕ นวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย เช่น การพัฒนายาต้านไวรัสเดงกีในคน การทำหมันยุงลายด้วยเทคนิควิธีต่าง ๆ การพัฒนาวัคซีนเดงกีที่มีการทดลองใช้ในบางประเทศ เช่น บราซิล เม็กซิโก และฟิลิปปินส์ยังอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัยและยังมีขั้นตอนอีกยาวไกลกว่าจะเกิดการนำมาใช้ในวงกว้างได้อย่างแท้จริง ส่วนการปราบยุงลายโดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายและการควบคุมยุงลายอย่างต่อเนื่อง เป็นวิธีที่เป็นธรรมชาติซึ่งทุกคนสามารถปฏิบัติได้เอง และมีประสิทธิผลสูง จะต้องดำเนินการคู่ไปกับนวัตกรรมการป้องกันควบคุมโรคอย่างต่อเนื่องต่อไป

๔. มาตรการดำเนินการในการเฝ้าระวัง/ป้องกัน/ควบคุมโรคที่ผ่านมา

มาตรการสำคัญที่ได้ดำเนินการ โดยใช้หลักการและมาตรการในการควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีการแพร่ระบาดอยู่ในประเทศไทยมาเป็นเวลานาน ซึ่งมุ่งเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อไม่ให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน การควบคุมโรคที่ได้มาตรฐาน และการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการป่วยและการเสียชีวิตน้อยที่สุด ได้แก่

๔.๑ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสำคัญและเป็นนโยบายที่ต้องดำเนินการในทุกพื้นที่ โดยผ่านกลไก “อำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน” ซึ่งกลวิธีที่เป็นมาตรการสำคัญ คือ กระบวนการจัดการพาหะแบบผสมผสาน (Integrated Vector Management: IVM) ที่กำหนด ให้พื้นที่ระดับอำเภอดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน ดำเนินการด้านการควบคุมพาหะนำโรคและการประเมินผลมาตรการสำคัญที่ดำเนินการมี ดังนี้

๔.๑.๑ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ โดยจัดทำบันทึกความเข้าใจเพื่อการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกับหน่วยงาน ๘ หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุตสาหกรรม และกรุงเทพมหานคร โดยมุ่งเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และบูรณาการความร่วมมือจากเครือข่ายระดับพื้นที่ภายใต้ “ระบบสุขภาพระดับอำเภอ” (District health system: DHS) และกลไกอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน

๔.๑.๒ การสื่อสารความเสี่ยง เพื่อแจ้งเตือนประชาชนให้ทราบสถานการณ์การระบาดของโรคไข้เลือดออกในชุมชน ให้รู้จักวิธีการป้องกันตนเองจากการถูกยุงกัด และวิธีการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้าน รวมถึงการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยหรือสงสัยว่าป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก และให้ความร่วมมือกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน





๔.๑.๓ การเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (War room) ในพื้นที่ระบาดที่มีสถานการณ์การพบผู้ป่วยต่อเนื่องเพื่อวิเคราะห์ติดตามสถานการณ์ และบัญชาการเพื่อแก้ไขปัญหาการระบาด พิจารณาสั่งการโดยนายอำเภอหรือผู้ว่าราชการจังหวัด เพื่อขอความร่วมมือกับทุกภาคส่วนในการแก้ไขปัญหาการระบาด

๔.๑.๔ การควบคุมการระบาดของโรคในพื้นที่ โดยทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)

ระดับตำบล

๔.๑.๔.๑ ฟันเคมีกำจัดยุงตัวเต็มวัยในบ้านผู้ป่วย และรอบบ้านผู้ป่วยในรัศมีอย่างน้อย

๑๐๐ เมตร

๔.๑.๔.๒ กำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้านผู้ป่วยและรอบบ้านผู้ป่วยในรัศมีอย่างน้อย ๑๐๐ เมตร และประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ที่เกิดโรค ซึ่งหลังการควบคุมโรคแล้วควรมีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (House Index) น้อยกว่า ๑๐ หรือมีค่าใกล้ ๐ มากที่สุด

๔.๑.๕ การเตรียมความพร้อม ของบุคลากรทางการแพทย์ การจัดระบบแพทย์ที่ปรึกษา เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยและป้องกันการเสียชีวิต

๔.๑.๖ การผลักดันมาตรการทางกฎหมาย โดยมีพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับการปราบปรามยุงลาย ได้แก่

๔.๑.๖.๑ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ เป็นกฎหมายที่คุ้มครองด้านสุขลักษณะ และการอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมซึ่งครอบคลุมทั้งกิจกรรม การกระทำทุกอย่าง และกิจกรรมประเภทต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม และสุขภาพอนามัยของประชาชน ตั้งแต่ระดับชาวบ้าน ครัวเรือน ชุมชน ตลอดจนกิจการขนาดเล็ก ขนาดใหญ่

๔.๑.๖.๒ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ ซึ่งโรคที่มียุงลายเป็นพาหะเป็นโรคติดต่อที่ต้องควบคุมตาม พ.ร.บ. ดังกล่าว คณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัดตามหมวด ๓ มาตรา ๒๐ มีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานกรรมการ และกรรมการประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ฝ่ายรัฐเท่านั้น มีหน้าที่กำหนดแผนนโยบาย ระบบ แนวทางปฏิบัติ แผนปฏิบัติการในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ และดำเนินงาน

๔.๒ การดำเนินงานโดยพื้นที่เป็นฐาน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและประชาชนในบางพื้นที่รวมตัวกันเป็นแกนในการปราบยุงลายป้องกันไข้เลือดออก โดยการประสานผู้เกี่ยวข้องในชุมชน หมู่บ้าน ให้เกิดข้อตกลงในพื้นที่ในการปราบยุงลาย หรือกำหนดมาตรการลดลูกน้ำยุงลายในธรรมนูญสุขภาพตำบล เช่น ธรรมนูญสุขภาพคนตำบลหนองหิน อำเภอเมืองสระบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด ธรรมนูญสุขภาพตำบลคนบ้านเหล่า โดยเครือข่ายชุมชนคนบ้านเหล่าอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา เป็นต้น ทั้งนี้การดำเนินการทำข้อตกลงต่างๆ นั้น ผลสำเร็จอยู่ที่การปฏิบัติได้จริง และมีความยั่งยืน

๕. สภาพปัญหา ข้อจำกัด โอกาสพัฒนา และแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านการควบคุมโรค

๕.๑ สภาพปัญหา

ปัญหาของโรคติดต่อที่มียุงลายเป็นพาหะนั้น เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่สร้างความสูญเสียชีวิต และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ ทั้งที่ทุกฝ่ายได้ช่วยกัน





รณรงค์ป้องกันและควบคุมมาโดยตลอดและได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ยังคงขาดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และบางส่วนขาดความรู้ในการนำไปปฏิบัติให้ถูกต้อง จึงทำให้ปัญหา ก็ยังไม่ได้ลดลงมากนัก และยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับประเทศเรื่อยมา

๕.๒ ข้อจำกัด

ที่ผ่านมา พบว่าการสานพลังเพื่อปราบยุงลายยังทำได้ไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ ไม่ยั่งยืน ส่วนหนึ่ง มีเหตุปัจจัยมาจากกฎหมาย ถึงแม้จะมีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ ได้กำหนดให้มีการถ่ายโอนภารกิจด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ในทางปฏิบัติ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีข้อจำกัดในการดำเนินการ ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ รวมถึงงบประมาณในการดำเนินงาน

นอกจากนี้จากการเก็บข้อมูลในพื้นที่เพื่อติดตามการดำเนินงานโรคไข้เลือดออกในปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๕๙ ที่มุ่งเน้นมาตรการด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พบว่า

๕.๒.๑ ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่งผลต่อความร่วมมือในการกำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในครัวเรือนและส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติว่าเป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข

๕.๒.๒ การที่ผู้ป่วยจำนวนมากซื้อยามากินเอง หรือไปรับการรักษาที่สถานบริการเอกชนหรือกรณีที่ ผู้ป่วยไปรับการรักษาที่คลินิก แต่ไม่ได้รับการรายงานจากคลินิกว่ามีผู้ป่วยสงสัยอาการโรคไข้เลือดออก ทำให้ ไม่มีการรายงานโรค ส่งผลให้การควบคุมโรคไม่ทันเวลา และเกิดการระบาดต่อเนื่อง

๕.๒.๓ ประชาชนในเขตชุมชนเมือง มักจะไม่อนุญาตให้เจ้าหน้าที่ที่มควบคุมโรคเข้าไปตรวจ แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายหรือฉีดพ่นสารเคมีในบ้าน

๕.๒.๔ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนที่มีหน้าที่ในการควบคุมและระงับโรคติดต่อบางแห่ง ยังขาดบุคลากรและองค์ความรู้ทางด้านระบาดวิทยาของโรคติดต่อที่นำโดยยุงลาย ทำให้ขาดประสิทธิภาพ การควบคุมโรค

๕.๒.๕ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีข้อจำกัดในการตราข้อบัญญัติ หรือเทศบัญญัติในเรื่องที่ กฎหมายให้อำนาจไว้ เช่น ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ มาตรา ๒๕ กำหนดว่าห้ามไม่ให้ ผู้ใดก่อเหตุรำคาญ และประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๕ ได้กำหนดให้แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นเหตุรำคาญ

๕.๒.๖ หน่วยงานเครือข่ายภายใต้บันทึกความเข้าใจ มีข้อจำกัดด้านภารกิจหลักของหน่วยงานและ งบประมาณที่จะนำมาใช้ในการดำเนินการ

๕.๓ โอกาสพัฒนา

ปัญหาของโรคติดต่อที่มียุงลายเป็นพาหะเป็นเรื่องเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของคน และสิ่งแวดล้อม โดยที่ยุงลายเป็นยุงที่อยู่ในบ้าน บริเวณบ้าน ชุมชน ดังนั้น การปราบยุงลาย จึงต้องเน้นให้ประชาชน เห็นความสำคัญและถือเป็นภารกิจที่ต้องช่วยกัน กระตุ้นและชักนำให้ประชาชน องค์การชุมชน ตลอดจน เครือข่ายสุขภาพให้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง



กระบวนการจัดการเพื่อให้เกิดการมีสถานพลังจากทุกภาคส่วนจึงมีความจำเป็น ได้แก่

๕.๓.๑ กระบวนการสมัชชาสุขภาพ เช่น สมัชชาสุขภาพจังหวัด สมัชชาสุขภาพตำบล สมัชชาสุขภาพโรงเรียน ซึ่งเป็นกระบวนการที่คนในพื้นที่นั้น ๆ ร่วมกัน เพื่อให้ได้ข้อเสนอหรือนโยบายสาธารณะ โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพ และนำเสนอข้อเสนอหรือนโยบายสาธารณะต่อชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกันในพื้นที่ต่อไปรวมถึงการติดตามผลักดันข้อเสนอหรือนโยบายสาธารณะ ขยายผลและเชื่อมโยงกับสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

๕.๓.๒ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งเป็นกรอบในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพไปสู่ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนสามารถนำไปขับเคลื่อนได้กำหนดไว้เป็นภาพพึงประสงค์ของระบบสุขภาพอนาคต ในหมวดการป้องกันและควบคุมโรคว่า “ประชาชน ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความรู้ความเข้าใจ จิตสำนึก ความเข้มแข็ง และมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีกลไกบริหารจัดการในการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ที่มีองค์ประกอบจากทุกภาคส่วน และมีระบบข้อมูลข่าวสารและศูนย์เฝ้าระวังเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพและมีทีมเฝ้าระวังเคลื่อนที่เร็ว ที่มีสมรรถนะและทำงานเกื้อหนุนเชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และประเทศ”

นอกจากนี้ ยังกำหนดไว้ในหมวดธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ว่า “ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีทุกภาคส่วนสามารถนำสาระในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติไปปรับใช้ในการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และระบบสุขภาพของชุมชน” ภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่จึงสามารถจัดทำธรรมนูญสุขภาพพื้นที่หรือประเด็น เพื่อใช้เป็นกติกาและพันธะร่วมกันของชุมชน และอาจใช้กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่สนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ และบูรณาการกับงานด้านต่าง ๆ ในชุมชนด้วย ดังนั้น หากชุมชนเห็นพ้องนำมาตราการกำจัดการุญชในธรรมนูญสุขภาพดังกล่าวในลักษณะที่จะปฏิบัติได้ ก็ย่อมจะเกิดผลอย่างทั่วถึงและยั่งยืน

๕.๓.๓ สุขภาพหนึ่งเดียว (One Health) เป็นแนวคิดในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพสำหรับสุขภาพ คน สัตว์ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อม อันจะส่งเสริมให้เกิดการทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ และเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของทุกชีวิตเป็นการดำเนินงานประสานงานระหว่างภาคส่วน ทั้งนี้ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๖ (พ.ศ. ๒๕๕๖) ได้รับรองมติ การสร้างความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อ “สุขภาพหนึ่งเดียว” ของคน-สัตว์-สิ่งแวดล้อม ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการรวมพลังการปราบปรามได้

๕.๓.๔ ระบบสุขภาพอำเภอ (District health system, DHS) เป็นฐานในการ บูรณาการทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนเพื่อร่วมกันดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม ด้วยการผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ อย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง และครอบคลุมทั้งระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม อย่างสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่

๕.๓.๕ เขตสุขภาพเพื่อประชาชน ซึ่งเกิดขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการจัดตั้งสุขภาพเพื่อประชาชน พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยแบ่งเป็น ๑๒ เขต และ กรุงเทพมหานคร โดยจะมีคณะกรรมการเขตสุขภาพเพื่อประชาชน (กขป.) ของแต่ละเขต ประกอบด้วยผู้แทนภาครัฐ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



ผู้แทนภาควิชาการ/วิชาชีพ และผู้แทนภาคเอกชน/ประชาสังคม โดยมีสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นเลขานุการร่วมกัน มีหน้าที่กำหนดเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์ในการดำเนินการและพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพในเขตพื้นที่ โดยบูรณาการภารกิจและอำนาจหน้าที่ และขับเคลื่อนสู่เป้าหมายโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ซึ่งก็สามารถกำหนดเป้าหมายการปราบพาหะของโรคติดต่อในพื้นที่เขตที่มีปัญหาดังกล่าวได้ด้วย

๖. ประเด็นเพื่อการพิจารณาในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พิจารณาเอกสารสมัชชาสุขภาพ ๙ / ร่างมติ ๔ สถานพลังปราบยุ่งลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

๗. เอกสารอ้างอิง

- ๑) World Health Organization “Global Strategy for Dengue Prevention and Control 2010-2020” ISBN 978 92 4 150403 4 Geneva 27, Switzerland.
- ๒) สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง “คู่มือวิชาการโรคติดเชื้อเด็งกีและโรคไข้เลือดออกเด็งกี ด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พิมพ์ครั้งที่ ๑, สิงหาคม ๒๕๕๘.
- ๓) กรมควบคุมโรค “คู่มือการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปี ๒๕๕๙ พิมพ์ครั้งที่ ๑, สิงหาคม ๒๕๕๙.
- ๔) สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง “ผลการสำรวจดัชนีลูกน้ำยุงลายโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑-๑๒ ปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๕๘ (เอกสารอัดสำเนา).
- ๕) สำนักระบาดวิทยา “ระบบเฝ้าระวังโรค (รายงาน ๕๐๖)” <http://www.boe.moph.go.th/> กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ๖) กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ “รายงานผลการผลการตรวจหาซีโรทัยป์ไวรัสไข้เลือดออก ๒๕๕๑-๒๕๕๗” http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/ez.mm_main.asp
- ๗) กรมควบคุมโรค พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘.
- ๘) กรมควบคุมโรค “บันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ฉบับที่ ๒” ๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๕๘ ถึงวันที่ ๑๕ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๒.
- ๙) คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ “ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ พ.ศ. ๒๕๕๙”
- ๑๐) สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข “การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสอ.)” ฉบับประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ ๑, กันยายน ๒๕๕๗.



เส้นทางเดิน (Road map) สานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์/ตัวชี้วัด	ผลกระทบ
<p>ภาคีเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ องค์กรสุขภาพภาคประชาชน (โดยการสนับสนุนจากหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกันพัฒนามาตรการและดำเนินการ ปราบยุงลายครบวงจร อย่างทั่วถึง และยั่งยืน - สนับสนุนการใช้ทรัพยากรและภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม และ ความรับผิดชอบต่อทุกภาคส่วนจนถึงระดับบุคคล - ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ทุกระดับ 	<ul style="list-style-type: none"> - ทุกภาคส่วนร่วมกันดำเนินการ ปราบยุงลาย อย่างครบวงจร ทั่วถึง และยั่งยืน ตัวชี้วัด : จำนวนเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ ทุกระดับ ที่มีการขับเคลื่อนในการปราบ ยุงลายอย่างจริงจัง ทั่วถึง อย่างยั่งยืน 	
<p>เขตสุขภาพเพื่อประชาชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กำหนดให้การปราบยุงลายเป็นเป้าหมาย การดำเนินการ โดยเชื่อมโยงกลไกการปราบ ยุงลายของจังหวัดต่างๆ ในพื้นที่เขตสุขภาพนั้น ๆ รวมถึงการติดตามและประเมินผล 	<ul style="list-style-type: none"> - มีการเชื่อมโยง กลไกการขับเคลื่อน ในการปราบยุงลายอย่างจริงจัง ทั่วถึง อย่างยั่งยืน ตัวชี้วัด : จำนวนเครือข่ายสมัชชาสุขภาพ ที่มีการเชื่อมโยงการขับเคลื่อนในการ ปราบยุงลายอย่างจริงจัง ทั่วถึง อย่างยั่งยืน 	<p>เป้าประสงค์ สานพลังปราบยุงลาย ให้ลดลง</p> <p>ตัวชี้วัด อุบัติการณ์ของปัญหาโรคติดต่อ ที่มียุงลายเป็นพาหะลดลง</p>
<ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม จังหวัด สถาบันการศึกษาในพื้นที่ หน่วยงานด้านสาธารณสุขภาครัฐ ทุกระดับในจังหวัด 	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนความรู้ทางด้านวิชาการในการปราบ ยุงลายให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ - ประสานความร่วมมือระหว่างสำนักปกครอง จังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด ทำให้ได้เกิดแผนการ ดำเนินงานทุกระดับ - ส่งเสริม พัฒนา ให้เกิดการเรียนการสอน หรือ อบรม การปราบยุงลายในทุกระดับ 	<ul style="list-style-type: none"> - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้รับ การพัฒนาให้มีความรู้เกี่ยวกับยุงลาย และโรคที่มียุงลายเป็นพาหะ - มีแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับการปราบ ยุงลาย ระดับท้องถิ่น ตัวชี้วัด : ร้อยละของ อปท. ได้รับการ พัฒนาองค์ความรู้ - ร้อยละของ อปท. ที่แผนการ ดำเนินงานเกี่ยวกับการปราบยุงลาย 	



เส้นทางเดิน (Road map) สานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์/ตัวชี้วัด	ผลกระทบ
<p>สมาชิกเครือข่าย สมัชชาสุขภาพจังหวัด ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ภาคประชาชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ร่วมกันพิจารณาดำเนินการโดยกระบวนการสมัชชาสุขภาพพื้นที่ ให้เกิดนโยบายสาธารณะระดับจังหวัด - กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในบ้านและสถานที่ของตนเอง อย่างเป็นรูปธรรม จริงจัง และต่อเนื่อง - สนับสนุนให้ อปท. มีการจัดทำข้อกำหนดท้องถิ่นหรือเทศบัญญัติ มีมาตรการปราบยุงลายโดยชุมชน - เข้าร่วมในระบบสุขภาพอำเภอในการประสานติดตาม สนับสนุนการขับเคลื่อนในระดับตำบล หมู่บ้าน และชุมชน - สนับสนุนให้นำมาตรการปราบยุงลายโดยชุมชน กำหนดไว้ในธรรมนูญสุขภาพในระดับพื้นที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - นโยบายสาธารณะระดับจังหวัดใน “สานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน” ตัวชี้วัด : ร้อยละของพื้นที่ที่มีค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายไม่เกินมาตรฐาน 	<p>เป้าประสงค์ สานพลังปราบยุงลาย ให้ลดลง</p> <p>ตัวชี้วัด อุบัติการณ์ของปัญหาโรคติดต่อที่มียุงลายเป็นพาหะลดลง</p>
<p>กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค) กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงวัฒนธรรม กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงอุตสาหกรรม กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย องค์การศาสนาอื่น ๆ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งประเทศไทย และหน่วยงานภาคีรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง</p>	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนปฏิบัติงานและแนวทางการดำเนินงานในการปราบยุงลายแบบบูรณาการโดยใช้พื้นที่เป็นฐานได้เสร็จ ภายใน 1 ปี - ประสานและสนับสนุนการปราบยุงลายในพื้นที่รับผิดชอบ อย่างเป็นรูปธรรม มีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และเผยแพร่ต่อสาธารณะ 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนปฏิบัติการ และแนวทางการดำเนินงาน ในการปราบยุงลาย อย่างจริงจัง ทัวถึง และยั่งยืน ตัวชี้วัด : จำนวนแผนฯ และแนวทางการดำเนินงาน ในการปราบยุงลาย อย่างจริงจัง ทัวถึง และยั่งยืน 	

เส้นทางเดิน (Road map) สานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน

ปัจจัยนำเข้า	กระบวนการ	ผลลัพธ์/ตัวชี้วัด	ผลกระทบ
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ออกข้อกำหนดท้องถิ่นหรือเทศบัญญัติ โดยอำนาจตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และ พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งรวมถึงสถานที่ก่อสร้าง สถานที่รกร้างว่างเปล่า สถานที่รวบรวมขยะ แคมป์คนงานก่อสร้าง ที่พักอาศัยชั่วคราว และ บ้านเช่า และสนับสนุนให้บังคับใช้อย่างจริงจัง 	<ul style="list-style-type: none"> - การใช้ข้อกำหนดท้องถิ่นหรือเทศบัญญัติ โดยอำนาจตามพระราชบัญญัติ การสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และ พ.ร.บ.โรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ในการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ตัวชี้วัด : ร้อยละของพื้นที่ที่มีการบังคับใช้ ข้อกำหนดท้องถิ่นหรือเทศบัญญัติ อย่างเหมาะสม	<p>เป้าประสงค์ สานพลังปราบยุงลาย ให้ลดลง</p> <p>ตัวชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - อุบัติการณ์ของปัญหาโรคติดต่อ ที่มียุงลายเป็นพาหะลดลง - มีข้อตกลง แผนงาน และ กิจกรรมในการปราบยุงลาย ของหน่วยงาน องค์กรต่าง ๆ ในระดับพื้นที่
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการดำเนินงานวิจัยและพัฒนา “สานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน” 	<ul style="list-style-type: none"> - การส่งเสริมและสนับสนุนงานวิจัยและ พัฒนาการสานพลังปราบยุงลาย โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ตัวชี้วัด : จำนวนโครงการ/กิจกรรม ที่ได้รับการสนับสนุน	
กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ แห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริม สนับสนุนให้ใช้กลไกและเครื่องมือที่มีอยู่ ในระดับพื้นที่ ดำเนินงานในการปราบยุงลาย 	<ul style="list-style-type: none"> - ข้อกำหนดในธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ระดับต่าง ๆ และมติในสมัชชาสุขภาพ จังหวัด รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินการ ตามฉันทามติของพื้นที่ ตัวชี้วัด : จำนวนพื้นที่ที่มีข้อตกลง แผน การปราบยุงลาย	
เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	<ul style="list-style-type: none"> - รายงานความก้าวหน้าต่อสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๐ 		





สานพลังปราบยุงลาย
โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน





บัญชีรายชื่อกลุ่มเครือข่าย
สมาชิกรายชื่อสมาชิกแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙





บัญชีรายชื่อกลุ่มเครือข่ายพื้นที่ (MA)

สมาชิกรัฐสภาแห่งชาติ ครั้งที่ ๙ พ.ศ. ๒๕๕๙

รายชื่อกลุ่มเครือข่ายพื้นที่ (MA)

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| ๑. เครือข่ายจังหวัดสตูล | ๒. เครือข่ายจังหวัดสมุทรปราการ | ๓. เครือข่ายจังหวัดสมุทรสงคราม |
| ๔. เครือข่ายจังหวัดสมุทรสาคร | ๕. เครือข่ายจังหวัดสระแก้ว | ๖. เครือข่ายจังหวัดสระบุรี |
| ๗. เครือข่ายจังหวัดสิงห์บุรี | ๘. เครือข่ายจังหวัดสุโขทัย | ๙. เครือข่ายจังหวัดสุพรรณบุรี |
| ๑๐. เครือข่ายจังหวัดสุราษฎร์ธานี | ๑๑. เครือข่ายจังหวัดสุรินทร์ | ๑๒. เครือข่ายจังหวัดหนองคาย |
| ๑๓. เครือข่ายจังหวัดหนองบัวลำภู | ๑๔. เครือข่ายจังหวัดอ่างทอง | ๑๕. เครือข่ายจังหวัดอำนาจเจริญ |
| ๑๖. เครือข่ายจังหวัดอุดรธานี | ๑๗. เครือข่ายจังหวัดอุตรดิตถ์ | ๑๘. เครือข่ายจังหวัดอุทัยธานี |
| ๑๙. เครือข่ายจังหวัดอุบลราชธานี | ๒๐. เครือข่ายจังหวัดกรุงเทพมหานคร | ๒๑. เครือข่ายจังหวัดกระบี่ |
| ๒๒. เครือข่ายจังหวัดกาญจนบุรี | ๒๓. เครือข่ายจังหวัดกาฬสินธุ์ | ๒๔. เครือข่ายจังหวัดกำแพงเพชร |
| ๒๕. เครือข่ายจังหวัดขอนแก่น | ๒๖. เครือข่ายจังหวัดจันทบุรี | ๒๗. เครือข่ายจังหวัดฉะเชิงเทรา |
| ๒๘. เครือข่ายจังหวัดชลบุรี | ๒๙. เครือข่ายจังหวัดชัยนาท | ๓๐. เครือข่ายจังหวัดชัยภูมิ |
| ๓๑. เครือข่ายจังหวัดชุมพร | ๓๒. เครือข่ายจังหวัดเชียงราย | ๓๓. เครือข่ายจังหวัดเชียงใหม่ |
| ๓๔. เครือข่ายจังหวัดตรัง | ๓๕. เครือข่ายจังหวัดตราด | ๓๖. เครือข่ายจังหวัดตาก |
| ๓๗. เครือข่ายจังหวัดนครนายก | ๓๘. เครือข่ายจังหวัดนครปฐม | ๓๙. เครือข่ายจังหวัดนครพนม |
| ๔๐. เครือข่ายจังหวัดนครราชสีมา | ๔๑. เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช | ๔๒. เครือข่ายจังหวัดนครสวรรค์ |
| ๔๓. เครือข่ายจังหวัดนนทบุรี | ๔๔. เครือข่ายจังหวัดนราธิวาส | ๔๕. เครือข่ายจังหวัดน่าน |
| ๔๖. เครือข่ายจังหวัดบึงกาฬ | ๔๗. เครือข่ายจังหวัดบุรีรัมย์ | ๔๘. เครือข่ายจังหวัดปทุมธานี |
| ๔๙. เครือข่ายจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ | ๕๐. เครือข่ายจังหวัดปราจีนบุรี | ๕๑. เครือข่ายจังหวัดปัตตานี |
| ๕๒. เครือข่ายจังหวัดพระนครศรีอยุธยา | ๕๓. เครือข่ายจังหวัดพะเยา | ๕๔. เครือข่ายจังหวัดพังงา |
| ๕๕. เครือข่ายจังหวัดพัทลุง | ๕๖. เครือข่ายจังหวัดพิจิตร | ๕๗. เครือข่ายจังหวัดพิษณุโลก |
| ๕๘. เครือข่ายจังหวัดเพชรบุรี | ๕๙. เครือข่ายจังหวัดเพชรบูรณ์ | ๖๐. เครือข่ายจังหวัดแพร่ |
| ๖๑. เครือข่ายจังหวัดภูเก็ต | ๖๒. เครือข่ายจังหวัดมหาสารคาม | ๖๓. เครือข่ายจังหวัดมุกดาหาร |
| ๖๔. เครือข่ายจังหวัดแม่ฮ่องสอน | ๖๕. เครือข่ายจังหวัดยโสธร | ๖๖. เครือข่ายจังหวัดยะลา |





๖๗. เครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด

๖๘. เครือข่ายจังหวัดระนอง

๖๙. เครือข่ายจังหวัดระยอง

๗๐. เครือข่ายจังหวัดราชบุรี

๗๑. เครือข่ายจังหวัดลพบุรี

๗๒. เครือข่ายจังหวัดลำปาง

๗๓. เครือข่ายจังหวัดลำพูน

๗๔. เครือข่ายจังหวัดเลย

๗๕. เครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ

๗๖. เครือข่ายจังหวัดสกลนคร

๗๗. เครือข่ายจังหวัดสงขลา

รายชื่อกลุ่มเครือข่ายภาคประชาสังคม ชุมชน และเอกชน (MS)

MS ๐๑ กลุ่มเครือข่ายผู้สูงอายุ ๑

สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ

MS ๐๒ กลุ่มเครือข่ายผู้สูงอายุ ๒

- ๑ มูลนิธิศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- ๒ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
- ๓ สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย
- ๔ เครือข่ายสูงวัยสร้างสุขภาวะ

MS ๐๓ กลุ่มเครือข่ายเด็กและเยาวชน ๑

สภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย

MS ๐๔ กลุ่มเครือข่ายเด็กและเยาวชน ๒

- ๑ มูลนิธิเกียรติร่วมมิตรเพื่อการศึกษา
- ๓ มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว
- ๓ มูลนิธิเพื่อการฟื้นฟูพัฒนาเด็กและครอบครัว
- ๔ มูลนิธิสถาบันครอบครัวไทย
- ๕ มูลนิธิหนังสือเพื่อเด็ก
- ๖ มูลนิธิพัฒนาชีวิตชนบท
- ๗ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาเด็ก
- ๘ สหพันธ์นิสิตนักศึกษาแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระอุปถัมภ์ฯ





MS ๐๕ กลุ่มเครือข่ายเด็กและเยาวชน ๓

- ๑ มูลนิธิสถานฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนสตรีนทร
- ๒ มูลนิธิช่วยเหลือเด็กกำพร้าของสตรีไทยมุสลิมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
- ๓ มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท
- ๔ มูลนิธิมิตรมวลเด็ก
- ๕ มูลนิธิส่งเสริมการพัฒนาบุคคล
- ๖ มูลนิธิสันติสุข
- ๗ สมาคมครอบครัวศึกษาแห่งประเทศไทย

MS ๐๖ กลุ่มเครือข่ายเด็กและเยาวชน ๔

- ๑ สมาคมรักแม่แห่งประเทศไทย
- ๒ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย
- ๓ สมาคมศูนย์ข่าวเยาวชนไทย
- ๔ สมาคมบ้านเยาวชนแห่งประเทศไทย
- ๕ สมาคมผู้บำเพ็ญประโยชน์แห่งประเทศไทยฯ
- ๖ สมาคมสงเคราะห์เด็กกำพร้าแห่งประเทศไทย
- ๗ สมาคมสวัสดิการเด็กในประเทศไทย
- ๘ เเบญจราชาลัยสมาคมในพระบรมราชินูปถัมภ์

MS ๐๗ กลุ่มเครือข่ายเด็กและเยาวชน ๕

- ๑ สภาเยาวชนกรุงเทพมหานคร
- ๒ สภาองค์กรพัฒนาเด็กและเยาวชน
- ๓ สภาเยาวชนคาทอลิกแห่งประเทศไทย
- ๔ สำนักข่าวเด็กและเยาวชน
- ๕ ศูนย์ประสานงานเด็กและเยาวชนสร้างสรรค์เพื่อชีวิตและสิ่งแวดล้อม
- ๖ ศูนย์ประสานงานเยาวชนเพื่อเยาวชน
- ๗ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทิพูเย
- ๘ กลุ่มปลาดาว





MS ๐๘ กลุ่มเครือข่ายเด็กและเยาวชน ๖

- ๑ สมาคมศูนย์พัฒนาเยาวชน
- ๒ เครือข่ายคณะทำงานเด็ก
- ๓ เครือข่ายเยาวชนเพื่อการพัฒนา
- ๔ กลุ่มเยาวชน Black box
- ๕ กลุ่มนวัตกรรมเยาวชนเพื่อสังคม (why i why)
- ๖ พิธียานุเคราะห์มูลนิธิ
- ๗ สัมมาชีวศิลป์มูลนิธิ
- ๘ เครือข่ายรักดี
- ๙ สมาคมเรือเยาวชนเอเชียอาคเนย์แห่งประเทศไทย
- ๑๐ ชมรมเยาวชนดีเด่นแห่งชาติ
- ๑๑ เครือข่ายยุวทัศน์กรุงเทพมหานคร

MS ๐๙ กลุ่มเครือข่ายสตรี ๑

สภาสตรีแห่งชาติในพระบรมราชินูปถัมภ์

MS ๑๐ กลุ่มเครือข่ายสตรี ๒

- ๑ มูลนิธิผู้หญิง
- ๒ มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง
- ๓ มูลนิธิสร้างความสำเร็จเรื่องสุขภาพผู้หญิง
- ๔ มูลนิธิเอเชีย
- ๕ สมาคมติดตามการพัฒนาสตรีในประเทศไทย
- ๖ สมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี
- ๗ สมาคมเพื่อการพัฒนาสิทธิมนุษยชนและสิทธิผู้หญิง

MS ๑๑ กลุ่มเครือข่ายสตรี ๓

- ๑ สมาคมสตรีนักธุรกิจและวิชาชีพแห่งประเทศไทย
- ๒ สมาคมสตรีภาคพื้นแปซิฟิกและเอเชียอาคเนย์แห่งประเทศไทย
- ๓ สมาคมสหพันธ์สตรีเพื่อสันติภาพโลก (ประเทศไทย)





- ๔ สถาบันผู้หญิงกับการเมือง
- ๕ องค์การแพช (PATH) แห่งประเทศไทย
- ๖ เครือข่ายผู้หญิงพลิกโคมประเทศไทย
- ๗ กลุ่มสตรีมุสลิมอาสาสมัคร

MS ๑๒ กลุ่มเครือข่ายองค์กรคนพิการ ๑

- ๑ คณะกรรมการสุขภาพคนพิการ
- ๒ สมาคมคนตาบอดแห่งประเทศไทย
- ๓ สมาคมคนพิการแห่งประเทศไทย
- ๔ สมาคมคนหูหนวกแห่งประเทศไทย
- ๕ สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสซึม (ไทย)
- ๖ สมาคมเพื่อคนพิการทางสติปัญญาแห่งประเทศไทย
- ๗ สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย

MS ๑๓ กลุ่มเครือข่ายองค์กรคนพิการ ๒

- ๑ มูลนิธิคนพิการไทย
- ๒ มูลนิธิออทิสติกไทย
- ๓ สมาคมคนพิการทางการเคลื่อนไหวสากล
- ๔ สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม
- ๕ สำนักงานองค์การคนพิการสากลประจำภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก
- ๖ ชมรมพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการกรุงเทพมหานคร

MS ๑๔ กลุ่มเครือข่ายองค์กรสนับสนุนหรือดำเนินการเพื่อคนพิการ ๑

- ๑ มูลนิธิคอลฟิลด์เพื่อคนตาบอดฯ
- ๒ มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทย
- ๓ มูลนิธิช่วยคนปัญญาอ่อนแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
- ๔ มูลนิธิพัฒนาคนพิการไทย (มพพท.)
- ๕ มูลนิธิส่งเสริมและพัฒนาคนพิการ
- ๖ มูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการในพระบรมราชูปถัมภ์
- ๗ มูลนิธิราชสุดา





MS ๑๕ กลุ่มเครือข่ายองค์กรสนับสนุนหรือดำเนินการเพื่อคนพิการ ๒

- ๑ มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวกในพระบรมราชินูปถัมภ์
- ๒ สมาคมผู้ปกครองบุคคลที่บกพร่องทางสติปัญญา
- ๓ สมาคมพิการทุกประเภทแห่งประเทศไทย
- ๔ สมาคมศูนย์การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการประเทศไทย
- ๕ สมาคมสายใยครอบครัว
- ๖ มูลนิธิโรงพยาบาลศรีวิชัย
- ๗ มูลนิธิสร้างสรรค์สังคมและสุขภาพ

MS ๑๖ กลุ่มเครือข่ายแรงงาน ๑

- ๑ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาแรงงานและอาชีพ
- ๒ มูลนิธิเพื่อแรงงานหญิงแห่งเอเชีย
- ๓ สมาคมช่างเสื้อสตรีไทย
- ๔ สมาคมเครือข่ายกลุ่มผู้ป่วยจากการทำงานและสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย
- ๕ สมาคมอาชีพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงาน
- ๖ สหภาพแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ (องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพฯ)

MS ๑๗ กลุ่มเครือข่ายแรงงาน ๒

- ๑ สหกรณ์แท็กซี่รวมมิตรจำกัด
- ๒ สหกรณ์สามล้อมวลชนจำกัด
- ๓ เครือข่ายแรงงานนอกระบบ ๔ ภาค
- ๔ เครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน
- ๕ คณะกรรมการสมานฉันท์แรงงานไทย
- ๖ กลุ่มบูรณาการแรงงานสตรี

MS ๑๘ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจสุขภาพ ๑

- ๑ สมาคมการค้ากลุ่มยาและเวชภัณฑ์
- ๒ สมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน
- ๓ สมาคมผู้วิจัยและผลิตเภสัชภัณฑ์
- ๔ เภสัชพาณิชย์สมาคม





MS ๑๙ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจสุขภาพ ๒

- ๑ สมาคมโรงพยาบาลเอกชน
- ๒ สมาคมอุตสาหกรรมเทคโนโลยีเครื่องมือแพทย์ไทย
- ๓ สมาคมอาหารเสริมสุขภาพ
- ๔ ชมรมเภสัชกรชั้นทะเบียนผลิตภัณฑ์

MS ๒๐ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจสุขภาพ ๓

สมาคมร้านขายยา

MS ๒๑ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจสุขภาพ ๔

ชมรมร้านขายยาแห่งประเทศไทย

MS ๒๒ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจร่วมภาคเอกชน

คณะกรรมการร่วมภาคเอกชน ๓ สถาบัน (กกร.)

MS ๒๓ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจบริการ ๑

สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย

MS ๒๔ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจบริการ ๒

- ๑ สมาคมการขายตรงไทย
- ๒ สมาคมการตลาดแห่งประเทศไทย
- ๓ สมาคมโฆษณาธุรกิจแห่งประเทศไทย
- ๔ สมาคมผู้ค้าเวชภัณฑ์สัตว์

MS ๒๕ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจการเงิน ๑

สมาคมธนาคารไทย

MS ๒๖ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจการเงิน ๒

- ๑ สภาธุรกิจตลาดทุนไทยและสมาคมในสังกัด
- ๒ สมาคมประกันชีวิตไทย
- ๓ สมาคมประกันวินาศภัยไทย

MS ๒๗ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจอุตสาหกรรม ๑

สภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย





MS ๒๘ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจอุตสาหกรรม ๒

- ๑ สมาคมผู้ประกอบการสตรี
- ๒ สมาคมผู้ผลิตเครื่องสำอางไทย
- ๓ สมาคมผู้ผลิตถุงมือยางไทย
- ๔ สมาคมผู้ผลิตน้ำตาลและชีวพลังงานไทย
- ๕ สมาคมผู้ผลิตสบู่ไทยสิ่งชำระล้างและผลิตภัณฑ์ส่วนบุคคล
- ๖ สมาคมผู้ผลิตอาหารทารกและเด็กเล็ก
- ๗ สมาคมส่งเสริมผู้ประกอบการวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อมไทย
- ๘ สมาคมอุตสาหกรรมเครื่องตี๋มไทย
- ๙ สมาคมอุตสาหกรรมเครื่องนุ่มห่มไทย
- ๑๐ สมาคมอุตสาหกรรมสิ่งทอไทย

MS ๒๙ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจการท่องเที่ยว

สภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยและสมาคมในสังกัด

MS ๓๐ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจเทคโนโลยีและการสื่อสาร

- ๑ สมาคมเวชสารสนเทศไทย
- ๒ สมาคมความมั่นคงปลอดภัยระบบสารสนเทศ
- ๓ สมาคมธุรกิจคอมพิวเตอร์ไทย
- ๔ สมาคมผู้ดูแลเว็บไทย
- ๕ สมาคมสมาพันธ์ไอเฟนเซอร์สแห่งประเทศไทย
- ๖ สมาคมอุตสาหกรรมซอฟต์แวร์ไทย

MS ๓๑ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจเพื่อสังคม

- ๑ มูลนิธิโรตารีแห่งประเทศไทย
- ๒ ชมรมรัฐวิสาหกิจเพื่อชุมชน (ชรช.)
- ๓ ชมรมส่งเสริมคุณธรรมทางการเงินและสังคม
- ๔ สโมสรไลออนส์ประเทศไทย
- ๕ เครือข่าย CSR-DIW





- ๖ เครือข่ายธุรกิจ SME คุณธรรม
- ๗ เครือข่ายธุรกิจเพื่อสังคมและสิ่งแวดล้อม
- ๘ องค์กรธุรกิจเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน
- ๙ สมาคมจดทะเบียนไทย (CSR Club)
- ๑๐ ศูนย์นวัตกรรมเพื่อคนพิการทางสติปัญญา

MS ๓๒ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจการเกษตร

- ๑ สมาคมผู้เพาะเลี้ยงปลาไทย
- ๒ สมาคมการค้าปุ๋ยและธุรกิจการเกษตรไทย
- ๓ สมาคมการค้ามันสำปะหลังไทย
- ๔ สมาคมผู้ผลิตอาหารสำเร็จรูป
- ๕ สมาคมผู้ส่งออกข้าวไทย
- ๖ สมาคมพ่อค้าข้าวโพดและพืชพันธุ์ไทย
- ๗ สมาคมยางพาราไทย
- ๘ สมาคมอาหารแช่เยือกแข็งไทย

MS ๓๓ กลุ่มเครือข่ายธุรกิจอาหาร

- ๑ สมาคมผู้ประกอบการอาหาร
- ๒ สมาคมภัตตาคารไทย
- ๓ สมาคมผู้ประกอบการร้านอาหารและแผงลอยแห่งประเทศไทย

MS ๓๔ กลุ่มเครือข่ายเกษตรกรรมยั่งยืน

- ๑ มูลนิธิเกษตรกรรมยั่งยืน (ประเทศไทย)
- ๒ มูลนิธิกสิกรรมธรรมชาติ
- ๓ เครือข่ายเกษตรกรรมทางเลือก
- ๔ เครือข่ายกสิกรรมไร้สารพิษแห่งประเทศไทย
- ๕ สถาบันชุมชนเกษตรกรรมยั่งยืน
- ๖ ชมรมเกษตรปลอดสารพิษ
- ๗ มูลนิธิข้าวขวัญ
- ๘ เครือข่ายเกษตรกรชาวสวนยางพัฒนาเกษตรกรรมยั่งยืนเพื่อความมั่นคงของสุขภาวะ





MS ๓๕ กลุ่มเครือข่ายเกษตรและอาหาร ๑

- ๑ มูลนิธิกองทุนมั่นสำปะหลัง
- ๒ มูลนิธิข้าวไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
- ๓ มูลนิธิชัยพัฒนา
- ๔ มูลนิธิส่งเสริมยุวเกษตรกรไทย
- ๕ สมาคมพืชสวนแห่งประเทศไทย
- ๖ สมาคมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีทางอาหารแห่งประเทศไทย (FoSTAT)
- ๗ สมาคมเศรษฐศาสตร์เกษตรแห่งประเทศไทย
- ๘ สมาคมส่งเสริมการเลี้ยงไก่แห่งประเทศไทย

MS ๓๖ กลุ่มเครือข่ายเกษตรและอาหาร ๒

- ๑ สมาคมสัตวบาลแห่งประเทศไทย
- ๒ สภามাত্রฐานผลิตภัณฑ์เกษตรกรรมทางเลือก
- ๓ องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติเอฟเอโอ
- ๔ เครือข่ายตลาดสีเขียว
- ๕ ชมรมเกษตรอินทรีย์แห่งประเทศไทย
- ๖ ชมรมถ่ายทอดเทคโนโลยีการเกษตร
- ๗ ตลาดสินค้าเกษตรล่วงหน้าแห่งประเทศไทย
- ๘ เครือข่ายเกษตรกรชาวสวนยางพัฒนาเกษตรกรรมยั่งยืนเพื่อความมั่นคงสุขภาวะ
- ๙ สภาเกษตรกรแห่งชาติ

MS ๓๗ กลุ่มเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ๑

- ๑ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย
- ๒ สมาคมจักรยานเพื่อสุขภาพไทย (TCHA)
- ๓ สมาคมกีฬาผู้ด้อยโอกาสไทย
- ๔ สมาคมพัฒนาทักษะการกีฬา





MS ๓๘ กลุ่มเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ๒

- ๑ มุลนิธิเมาไม่ขับ
- ๒ ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน
- ๓ เครือข่ายลดอุบัติเหตุ
- ๔ เครือข่ายองค์กรงดเหล้า

MS ๓๙ กลุ่มเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพ ๓

- ๑ มุลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่
- ๓ ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)
- ๓ เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่

MS ๔๐ กลุ่มเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพองค์กรวม

- ๑ มุลนิธิพัฒนาสุขภาพสังคม
- ๒ มุลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา
- ๓ มุลนิธิสุขภาพไทย
- ๔ มุลนิธิหมอชาวบ้าน
- ๕ ชมรมอยู่ร้อยปีชีวิที่มีสุข
- ๖ ชมรมจักรยานเพื่อสุขภาพแห่งประเทศไทย (TCC)

MS ๔๑ กลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนกลาง

- ๑ สมาคมการอาสาสมัครเพื่อพัฒนาสังคมไทย
- ๒ สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพเพื่อสังคม
- ๓ เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขนครบาล

MS ๔๒ กลุ่มเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนภูมิภาค

- ๑ สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคเหนือ
- ๒ ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคใต้
- ๓ สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคกลางเพื่อสังคม
- ๔ สมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



MS ๔๓ เครือข่ายองค์กรทำงานด้านขับเคลื่อนนโยบายสิทธิ ด้านการส่งเสริมป้องกันและดูแลรักษา HIV/AIDS

- ๑ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์
- ๒ มูลนิธิป้องกันยาเสพติดและเอดส์แห่งเอเชีย
- ๓ มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์
- ๔ มูลนิธิเฟิร์ด เอส บัค (ประเทศไทย)
- ๕ มูลนิธิรักษ์ไทย
- ๖ มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย
- ๗ สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์
- ๘ องค์การแอคชั่นเอดประเทศไทย
- ๙ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย
- ๑๐ คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์

MS ๔๔ กลุ่มเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๑

- ๑ สำนักงานแผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.)
- ๒ ชมรมเพื่อนโรคไต
- ๓ เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์

MS ๔๕ กลุ่มเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๒

- ๑ แผนงานศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย.)
- ๒ กลุ่มศึกษาปัญญาหา

MS ๔๖ กลุ่มเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคทั่วไป

- ๑ มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค
- ๒ สมาคมพิทักษ์ประโยชน์ผู้บริโภค
- ๓ สมาคมพัฒนาผู้บริโภคไทยสพบ.
- ๔ สหพันธ์องค์กรผู้บริโภค
- ๕ กลุ่มศึกษาข้อตกลงเขตการค้าเสรีภาคประชาชน



MS ๔๗ กลุ่มเครือข่ายสิ่งแวดล้อม ๑

- ๑ มุขนิธิคุ้มครองสัตว์ป่าและพรรณพืชแห่งประเทศไทย
- ๒ มุขนิธิชีววิถี
- ๓ มุขนิธิบูรณะนิเวศน
- ๔ มุขนิธิไปไม้สีเขียว
- ๕ มุขนิธิป้องกันคว้นพิษและพิทักษ์สิ่งแวดล้อม
- ๖ มุขนิธิพิทักษ์สิ่งแวดล้อมและการท่องเที่ยว (สพท.)
- ๗ มุขนิธิพลังงานเพื่อสิ่งแวดล้อม
- ๘ มุขนิธิเพื่อการบริหารจัดการน้ำแบบบูรณาการแห่งประเทศไทย
- ๙ มุขนิธิเพื่อสันติภาพเขียว (กรีนพีซ)

MS ๔๘ กลุ่มเครือข่ายสิ่งแวดล้อม ๒

- ๑ มุขนิธิเครือข่ายอนุรักษ์ผืนป่าตะวันตก (มอต.)
- ๒ มุขนิธิบริหารจัดการน้ำแบบบูรณาการ (ประเทศไทย)
- ๓ มุขนิธิฟื้นฟูชีวิตและธรรมชาติ
- ๔ มุขนิธิโลกสีเขียว
- ๕ มุขนิธิสถาบันราชพฤกษ์
- ๖ มุขนิธิสีบนาคะเสถียร
- ๗ สมาคมอนุรักษ์ศิลปกรรมและสิ่งแวดล้อม
- ๘ สมาคมวิศวกรรมสิ่งแวดล้อมแห่งประเทศไทย
- ๙ สมาคมอนามัยสิ่งแวดล้อมไทย
- ๑๐ สถาบันลูกโลกสีเขียวมูลนิธิพลังงานที่ยั่งยืน

MS ๔๙ กลุ่มเครือข่ายสิ่งแวดล้อม ๓

- ๑ สถาบันการจัดการบรรจุภัณฑ์และรีไซเคิลเพื่อสิ่งแวดล้อม
- ๒ สถาบันธรรมชาติเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม
- ๓ สถาบันสิ่งแวดล้อมไทย
- ๔ กลุ่มสมัชชาคนจน



- ๕ ชมรมอนุรักษ์สภาพแวดล้อม
- ๖ เครือข่ายอาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน (ทสม.)

MS ๕๐ กลุ่มเครือข่ายพัฒนาสังคม ๑

- ๑ มุขนิธิการเรียนรู้และพัฒนาประชาสังคม
- ๒ มุขนิชชุมชนไท
- ๓ มุขนิชิบูรณะชนบทแห่งประเทศไทย
- ๔ มุขนิชิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี
- ๕ มุขนิชิพัฒนาที่อยู่อาศัย
- ๖ สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน
- ๗ สหพันธ์พัฒนาองค์กรชุมชนคนจนเมืองแห่งชาติ (สอช.)
- ๘ สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา (LDI)
- ๙ มุขนิชิสถาบันวิจัยและปฏิบัติการสังคม

MS ๕๑ กลุ่มเครือข่ายพัฒนาสังคม ๒

- ๑ เครือข่ายคนไร้บ้าน
- ๒ เครือข่ายชุมชนป้อมมหากาฬ
- ๓ เครือข่ายสลัม ๔ ภาค
- ๔ คณะกรรมการคาทอลิกเพื่อความยุติธรรมและสันติ
- ๕ คณะกรรมการประสานงานองค์กรพัฒนาเอกชน (กป.อพช.)
- ๖ บางกอกฟอรั่ม
- ๗ สำนักงานกองทุนหมู่บ้านและชุมชนเมืองแห่งชาติ

MS ๕๒ กลุ่มเครือข่ายศาสนธรรม (ศาสนาพุทธ)

- ๑ มุขนิชิธรรมกาย
- ๒ มุขนิชิพุทธธรรม
- ๓ เปรียญธรรมสมาคมแห่งประเทศไทย
- ๔ พุทธสมาคมแห่งประเทศไทยฯ
- ๕ ยุวพุทธิกสมาคมแห่งประเทศไทยฯ



- ๖ เครือข่ายพุทธิกา : เพื่อพระพุทธรูปศาสนาและสังคม
- ๗ เครือข่ายสันติอโศก
- ๘ เสถียรธรรมสถาน
- ๙ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
- ๑๐ มูลนิธิสังฆะเพื่อสังคม (ส.ฆ.ส.)

MS ๕๓ กลุ่มเครือข่ายศาสนธรรม (ศาสนาคริสต์)

- ๑ สมาคมคาทอลิกแห่งประเทศไทย
- ๒ สภาคริสตจักรในประเทศไทย
- ๓ สหกิจคริสเตียนแห่งประเทศไทย

MS ๕๔ กลุ่มเครือข่ายศาสนธรรม (ศาสนาอิสลาม)

- ๑ มูลนิธิเพื่อศูนย์กลางอิสลามแห่งประเทศไทย
- ๒ มูลนิธิอิสลามเพื่อพัฒนาสังคมไทยและเศรษฐกิจแห่งประเทศไทย
- ๓ สมาคมยุวมุสลิมแห่งประเทศไทย
- ๔ เครือข่ายองค์กรมุสลิมแห่งเอเชีย The Asian Muslim Action Network (AMAN)
- ๕ เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาวะมุสลิมไทย

MS ๕๕ กลุ่มเครือข่ายศาสนธรรม (ศาสนาซิกข์)

- ๑ มูลนิธิไทยซิกข์
- ๒ สมาคมไทยซิกข์แห่งประเทศไทย

MS ๕๖ กลุ่มเครือข่ายสื่อ ๑

- ๑ สมาคมนักข่าวนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทย
- ๒ สมาคมนักหนังสือพิมพ์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
- ๓ สมาคมนักหนังสือพิมพ์ส่วนภูมิภาคแห่งประเทศไทย (สนพท.)
- ๔ สภาการหนังสือพิมพ์แห่งชาติ
- ๕ สถาบันนิรอาอัมมัตกุล
- ๖ เครือข่ายบรรณาธิการหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นภาคกลางและตะวันออก
- ๗ เครือข่ายบรรณาธิการหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นภาคใต้





- ๘ เครื่องข่ายบรรณาธิการหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นภาคเหนือ
- ๙ เครื่องข่ายบรรณาธิการหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นภาคอีสาน

MS ๕๗ กลุ่มเครือข่ายสื่อ ๒

- ๑ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาวิทยุชุมชนไทย
- ๒ สภาวิชาชีพข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย
- ๓ สมาคมผู้ประกอบการวิชาชีพวิทยุท้องถิ่นไทย
- ๔ สมาคมเคเบิลทีวีแห่งประเทศไทย
- ๕ สภาวิชาชีพกิจการการแพร่ภาพและการกระจายเสียง (ประเทศไทย)
- ๖ สมาคมนักข่าววิทยุและโทรทัศน์ไทย
- ๗ สหพันธ์วิทยุชุมชนแห่งชาติ
- ๘ สมาคมโฆษณาดิจิทัลแห่งประเทศไทย
- ๙ สมาคมโทรทัศน์ดาวเทียม (ประเทศไทย)
- ๑๐ สมาคมประชาสัมพันธ์ไทย
- ๑๑ สมาคมป้ายและโฆษณา
- ๑๒ สมาคมมีเดียเอเยนซีและธุรกิจสื่อแห่งประเทศไทย
- ๑๓ สมาคมเว็บไทย
- ๑๔ สมาพันธ์สมาคมวิชาชีพวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์
- ๑๕ สมาพันธ์สมาคมดิจิทัลคอนเทนต์บันเทิงไทย
- ๑๖ ชมรมผู้ประกอบการทีวีดิจิทัล
- ๑๗ สมาคมอุตสาหกรรมบันเทิงไทย
- ๑๘ เครือข่ายพันธมิตรสื่อสมัชชาสุขภาพ

MS ๕๘ กลุ่มเครือข่ายสื่อ ๓

- ๑ สมาคมช่างภาพสื่อมวลชนแห่งประเทศไทย
- ๒ สมาคมนักข่าวช่างภาพกีฬาแห่งประเทศไทย
- ๓ สมาคมนักประชาสัมพันธ์แห่งประเทศไทย
- ๔ สมาคมผู้สื่อข่าวกีฬาแห่งประเทศไทย





- ๕ สมาคมผู้สื่อข่าวบันเทิงแห่งประเทศไทย
- ๖ สมาคมผู้สื่อข่าวเศรษฐกิจ
- ๗ ชมรมนักข่าวสิ่งแวดล้อม
- ๘ ชมรมนักข่าวสายเทคโนโลยีสารสนเทศ
- ๙ เครือข่ายพันธมิตรสื่อมวลชนสุขภาพ
- ๑๐ สมาคมสื่อสารมวลชนสัมพันธ์จักรชัยเพื่อความมั่นคง
- ๑๑ สภาเครือข่ายสื่อภาคประชาชนแห่งชาติ (สค.สช.)
- ๑๒ สมาคมสื่อสารมวลชนมุสลิม
- ๑๓ สมาคมสมาคมนักข่าวเพื่อความมั่นคง
- ๑๔ สมาคมสื่อมวลชนพระพุทธศาสนาและวัฒนธรรมไทยแห่งชาติ
- ๑๕ สภาสื่อภาคประชาชนอาเซียนหนองบัว

MS ๕๙ กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่เกี่ยวกับสภาองค์กรชุมชน

- ๑ สภาองค์กรชุมชนตำบลกรุงเทพมหานครปริมณฑล และตะวันออก
- ๒ คณะอนุกรรมการสภาองค์กรชุมชนตำบลภาคกลางตอนบนและตะวันตก
- ๓ คณะอนุกรรมการสภาองค์กรชุมชนตำบลภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ๔ คณะอนุกรรมการสภาองค์กรชุมชนตำบลภาคใต้
- ๕ สภาองค์กรชุมชนภาคเหนือ
- ๖ ที่ประชุมระดับชาติของสภาองค์กรชุมชนตำบล

MS ๖๐ กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนและสวัสดิการชุมชน

- ๑ คณะประสานงานองค์กรชุมชนกรุงเทพฯปริมณฑล และตะวันออก
- ๒ คณะประสานงานองค์กรชุมชนชาติ
- ๓ องค์กรชุมชนภาคกลางตอนบนและตะวันตก
- ๔ คณะประสานงานองค์กรชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ๕ คณะประสานงานเครือข่ายองค์กรชุมชนภาคใต้
- ๖ คณะประสานงานองค์กรชุมชนภาคเหนือ
- ๗ เครือข่ายสวัสดิการชุมชนปริมณฑลและภาคตะวันออก





- ๘ เครื่องข่ายสวัสดิการชุมชนภาคใต้
- ๙ เครื่องข่ายสวัสดิการชุมชนภาคกลางและตะวันตก
- ๑๐ เครื่องข่ายสวัสดิการชุมชนภาคอีสาน

MS ๖๑ กลุ่มเครือข่ายองค์กรชุมชนที่เกี่ยวกับเครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเอง ๔ ภาค

- ๑ เครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเองกรุงเทพฯปริมณฑล และตะวันออก
- ๒ เครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเองภาคกลางตอนบนและตะวันตก
- ๓ แผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเองภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ๔ เครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเองภาคใต้
- ๕ เครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเองภาคเหนือ
- ๖ เครือข่ายแผนชีวิตชุมชนพึ่งตนเอง 4 ภาค

MS ๖๒ กลุ่มเครือข่ายนักกฎหมาย

- ๑ สมาคมบัณฑิตสตรีทางกฎหมายแห่งประเทศไทย
- ๒ สภานายความ
- ๓ เนติบัณฑิตยสภา
- ๔ สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

MS ๖๓ กลุ่มเครือข่ายด้านการศึกษาทั่วไป

- ๑ มูลนิธิการศึกษาเพื่อชีวิตและสังคม
- ๒ สมาคมเครือข่ายผู้ปกครองแห่งชาติ
- ๓ สมาคมครูสถานศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย
- ๔ สภาผู้ปกครองและครูแห่งประเทศไทย
- ๕ ศูนย์ประสานงานเครือข่ายผู้ปกครองในสถานศึกษา

MS ๖๔ กลุ่มเครือข่ายอาสาสมัคร ๑

- ๑ มูลนิธิปอเต็กตึ๊ง
- ๒ มูลนิธิพุทธจ้อจู้ไต้หวันแห่งประเทศไทย
- ๓ มูลนิธิเพื่อนช่วยเพื่อน
- ๔ มูลนิธิร่วมกตัญญู





- ๕ มุลินธิสยามกัมมาจล
- ๖ มุลินธิอาสาสมัครเพื่อสังคม
- ๗ มุลินธิเอสซีจี
- ๘ สภากาชาดไทย

MS ๖๕ กลุ่มเครือข่ายอาสาสมัคร ๒

- ๑ สถาบันคีนันแห่งเอเชีย
- ๒ สำนักบัณฑิตอาสาสมัครมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ๓ สถาบันวิทยุร่วมด้วยช่วยกัน
- ๔ สถาบันวิทยุเอฟเอ็ม ๑๐๐ เม็กกะเฮิร์ต (จส.๑๐๐)
- ๕ เครือข่ายจิตอาสา
- ๖ กลุ่มอาสาเสถียรธรรมสถาน
- ๗ โครงการบัณฑิตอาสาสมัคร.สงขลานครินทร์ (วช.หาดใหญ่)
- ๘ หน่วยส่งเสริมงานอาสาสมัครมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (ม.อ.)
- ๙ มุลินธิเครือข่ายศาสนาเพื่อสังคม

MS ๖๖ กลุ่มเครือข่ายเฉพาะ ๑

- ๑ มุลินธิชาวไทยภูเขา
- ๒ มุลินธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา (พชภ.)
- ๓ มุลินธิพันธกิจไทย-อาข่า
- ๔ มุลินธิรักษ่าข่า
- ๕ มุลินธิศึกษาพัฒนาประชาชนบนที่สูง (พปส.)
- ๖ สมาคมศูนย์รวมการศึกษาและวัฒนธรรมของชาวไทยภูเขาในประเทศไทย(ศวท.)
- ๗ สถาบันพัฒนาเยาวชนชาติพันธุ์

MS ๖๗ กลุ่มเครือข่ายเฉพาะ ๒

- ๑ ชมรมชาวอาข่าแห่งประเทศไทย
- ๒ เครือข่ายคนไทยพลัดถิ่น
- ๓ เครือข่ายคนไร้สัญชาติ (ลาวอพยพ)





- ๔ เครือข่ายชนเผ่าพื้นเมืองแห่งประเทศไทย
- ๕ เครือข่ายชาวเลเมอแกน
- ๖ เครือข่ายสตรีชนเผ่าพื้นเมืองแห่งประเทศไทย
- ๗ มุขนิธิเพื่อการประสานความร่วมมือของชนเผ่าพื้นเมืองแห่งเอเชีย
- ๘ กลุ่มอัตลักษณ์ทางเพศ

MS ๖๘ กลุ่มเครือข่ายภูมิปัญญาท้องถิ่น

- ๑ มุขนิธิพัฒนาการแพทย์แผนไทย
- ๒ สมาพันธ์แพทย์แผนไทยแห่งประเทศไทย
- ๓ เครือข่ายสุขภาพวิถีไทย (๔ ภาค)

MS ๖๙ กลุ่มเครือข่ายเศรษฐกิจพอเพียง / ปราชญ์ชาวบ้าน

- ๑ สถาบันเศรษฐกิจพอเพียง
- ๒ ชุมนุมร้านสหกรณ์แห่งประเทศไทย
- ๓ ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด
- ๔ ชุมนุมสหกรณ์เครดิตยูเนียนแห่งประเทศไทยจำกัด
- ๕ ชุมนุมสหกรณ์โคนมแห่งประเทศไทย
- ๖ ชุมนุมสหกรณ์ออมทรัพย์แห่งประเทศไทย

MS ๗๐ กลุ่มเครือข่ายด้านการศึกษาทางเลือก

- ๑ มุขนิธิกองทุนการศึกษาเพื่อการพัฒนา
- ๒ สมาคมบ้านเรียนไทย
- ๓ สมาคมสภาการศึกษาทางเลือก
- ๔ สถาบันการศึกษาทางไกล
- ๕ มหาวิทยาลัยเที่ยงคืน
- ๖ โรงเรียนหมู่บ้านเด็กมุขนิธิเด็ก
- ๗ เครือข่ายการศึกษาทางเลือก
- ๘ มุขนิธิอริยาภา





MS ๗๑ กลุ่มเครือข่ายศิลปินระดับภาค

- ๑ เครือข่ายศิลปินภาคเหนือ
- ๒ เครือข่ายศิลปินภาคใต้
- ๓ เครือข่ายศิลปินภาคกลาง
- ๔ เครือข่ายศิลปินภาคอีสาน

MS ๗๒ กลุ่มเครือข่ายศิลปินที่เกี่ยวกับคีตศิลป์ทัศนศิลป์ และวรรณศิลป์

- ๑ สมาคมการ์ตูนไทย
- ๒ สมาคมดนตรีแห่งประเทศไทย
- ๓ สมาคมนักเขียนแห่งประเทศไทย
- ๔ สมาคมนักแต่งเพลงแห่งประเทศไทย
- ๕ สมาคมนักกลอนแห่งประเทศไทย
- ๖ สมาคมสมาพันธ์ภาพยนตร์แห่งชาติ
- ๗ สถาบันทักษิณคดีศึกษา
- ๘ ชมรมหนังสือแห่งประเทศไทย
- ๙ ศูนย์ศิลป์สิรินธร
- ๑๐ กลุ่มดนตรีพื้นบ้านอีสานหมอลำแคน

MS ๗๓ กลุ่มเครือข่ายศิลปินทั่วไป

- ๑ มูลนิธิศิลปะเพื่อมวลมนุษยชาติ
- ๒ สมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย
- ๓ สมาคมผู้ค้าเวชภัณฑ์สำหรับสัตว์
- ๔ สมาคมศิลปินตลกแห่งประเทศไทย
- ๕ สมาคมศิลปินอีสาน
- ๖ สมาพันธ์ศิลปินเพื่อสังคม
- ๗ สโมสรนักเขียนภาคอีสาน
- ๘ มหาวิทยาลัยพื้นบ้านศรีวิชัย
- ๙ ชมรมเบิกฟ้าล้านนา



MS ๗๔ กลุ่มเครือข่ายด้านการเมือง

- ๑ มูลนิธิ ๑๔ ตุลา
- ๒ มูลนิธิพีวีดีคเนามัน
- ๓ มูลนิธิวิเทศพัฒนา
- ๔ สมาคมรัฐธรรมนูญเพื่อประชาธิปไตย

รายชื่อกลุ่มเครือข่ายภาควิชาชีพ วิชาการ (MK)

MK ๐๑ กลุ่มเครือข่ายแพทยสภาและองค์กรภายใต้แพทยสภา

- ๑ แพทยสภาและองค์กรภายใต้แพทยสภา

MK ๐๒ กลุ่มเครือข่ายแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

- ๑ แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

MK ๐๓ กลุ่มเครือข่ายสภาการพยาบาล

- ๑ สภาการพยาบาล

MK ๐๔ กลุ่มเครือข่ายสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย

- ๑ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

MK ๐๕ กลุ่มเครือข่ายสถาบันวิชาการ ๑

- ๑ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI)
- ๒ สถาบันวิจัยสังคมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ๓ สถาบันส่งเสริมการจัดการความรู้เพื่อสังคม (สคส.)
- ๔ สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตบางเขน
- ๕ สำนักวิจัยสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- ๖ สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยรามคำแหง
- ๗ สถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
- ๘ สถาบันการเรียนรู้เพื่อปวงชนมหาวิทยาลัยชีวิต

MK ๐๖ กลุ่มเครือข่ายสถาบันวิชาการ ๒

- ๑ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)
- ๒ สถาบันนโยบายวิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ



๓ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.)

MK ๐๗ กลุ่มเครือข่ายสถาบันวิชาการ ๓

- ๑ สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน (สพช.)
- ๒ สำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.)
- ๓ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ (HISO)
- ๔ สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ (สวค.)

MK ๐๘ กลุ่มเครือข่ายสถาบันวิชาการ ๔

- ๑ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)
- ๒ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (สสท.)
- ๓ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.)

MK ๐๙ กลุ่มเครือข่ายสถาบันวิชาการ ๕

- ๑ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP)
- ๒ มูลนิธินโยบายสุขภาพ (มนส.)
- ๓ มูลนิธิสตรี-สตรีดิวส์ (มสส.)
- ๔ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสช.)
- ๕ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.)
- ๖ สมาคมพัฒนาอนามัยแห่งประเทศไทย

MK ๑๐ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาแพทยศาสตร์

- ๑ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

MK ๑๑ กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพเภสัชศาสตร์

- ๑ สมาเภสัชกรรม
- ๒ สมาคมเภสัชกรรมชุมชน (ประเทศไทย)
- ๓ สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล

MK ๑๒ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษายาบาลศาสตร์

- ๑ กลุ่มสถาบันการศึกษายาบาลศาสตร์

MK ๑๓ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาเทคนิคการแพทย์

- ๑ กลุ่มสถาบันการศึกษานิติการแพทย์





MK ๑๔ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาศาธารณสุขศาสตร์

- ๑ เครือข่ายสถาบันการศึกษาศาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทย

MK ๑๕ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาด้านสังคมศาสตร์และสุขภาพสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล

- ๑ คณะสังคมศาสตร์และมานุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล
- ๒ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล
- ๓ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ๔ สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
- ๕ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

MK ๑๖ กลุ่มเครือข่ายหมออนามัย

- ๑ มูลนิธิเครือข่ายหมออนามัย
- ๒ สมาคมหมออนามัยแห่งชาติ

MK ๑๗ กลุ่มเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและเครือข่ายสถาบัน

- ๑ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- ๒ สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
- ๓ สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ (สสพ.)
- ๔ สำนักพัฒนาระบบตรวจสอบการรักษายาบาล (สพตร.)
- ๕ สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.)
- ๖ สำนักงานกลางสารสนเทศบริการสุขภาพ (สทส.)
- ๗ ศูนย์พัฒนากลุ่มโรคร่วมไทย (ศรท.)

MK ๑๘ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

- ๑ คณะการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ๒ คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ๓ คณะสิ่งแวดล้อมวิทยาเขตบางเขน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ๔ สถาบันวิจัยทรัพยากรทางน้ำแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ๕ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุขจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ๖ สถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อมแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ๗ สมาคมสิ่งแวดล้อมศึกษาแห่งประเทศไทย





MK ๑๙ กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพผังเมืองสถาปัตยกรรม

- ๑ สมาคมนักผังเมืองไทย
- ๒ สมาคมภูมิสถาปนิกแห่งประเทศไทย
- ๓ สมาคมสถาปนิกผังเมืองไทย
- ๔ สมาคมสถาปนิกสยาม
- ๕ วิศวกรรมสถานแห่งประเทศไทยฯ
- ๖ เครือข่ายวางแผนและผังเมืองเพื่อสังคม

MK ๒๐ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาเภสัชศาสตร์

- ๑ คณะกรรมการอำนวยการศูนย์ประสานงานการศึกษเภสัชศาสตร์แห่งประเทศไทย

MK ๒๑ กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพทันตแพทยศาสตร์

- ๑ ทันตแพทยสภา
- ๒ ทันตแพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์

MK ๒๒ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาทันตแพทยศาสตร์

- ๑ องค์การบริหารคณะทันตแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย

MK ๒๓ กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพเทคนิคการแพทย์

- ๑ สภาเทคนิคการแพทย์
- ๒ สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย

MK ๒๔ กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพกายภาพบำบัด

- ๑ สภากายภาพบำบัด
- ๒ สมาคมกายภาพบำบัดแห่งประเทศไทย

MK ๒๕ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษากายภาพบำบัด

กลุ่มสถาบันการศึกษากายภาพบำบัด

MK ๒๖ กลุ่มเครือข่ายคณะกรรมการวิชาชีพตามพ.ร.บ.ประกอบโรคศิลปะ

- ๑ คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย
- ๒ เครือข่ายสถาบันการแพทย์แผนไทย
- ๓ คณะกรรมการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์





- ๔ คณะกรรมการวิชาชีพสาขากิจกรรมบำบัด
- ๕ คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก
- ๖ คณะกรรมการวิชาชีพสาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก
- ๗ คณะกรรมการวิชาชีพสาขารังสีเทคนิค
- ๘ คณะกรรมการวิชาชีพสาขากายอุปกรณ์
- ๙ คณะกรรมการวิชาชีพสาขาการแพทย์แผนจีน

MK ๒๗ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- ๑ วิทยาลัยการแพทย์ทางเลือกมหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม
- ๒ คณะการแพทย์แผนจีนมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

MK ๒๘ กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ ๑

- ๑ ชมรมนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
- ๒ ชมรมผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน
- ๓ ชมรมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย
- ๔ สภาการสาธารณสุขชุมชน

MK ๒๙ กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพด้านสุขภาพ ๒

- ๑ สมาคมวิชาชีพสุขภาพแห่งประเทศไทย
- ๒ สมาคมสุขภาพพลศึกษาและสันทนาการแห่งประเทศไทย
- ๓ ชมรมทันตสาธารณสุขภูธร
- ๔ ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย
- ๕ ชมรมเภสัชชนบท
- ๖ ชมรมแพทย์ชนบท
- ๗ สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย
- ๘ ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

MK ๓๐ กลุ่มเครือข่ายวิชาชีพสื่อ

- ๑ สภาสถาบันนักวิชาการสื่อสารมวลชนแห่งประเทศไทย (ส.ส.ม.ท.)
- ๒ สมาคมนักวิชาการนิเทศศาสตร์และการสื่อสารมวลชนแห่งประเทศไทย





- ๓ สภาผู้ประกอบวิชาชีพวิทยุกระจายเสียงและวิทยุโทรทัศน์แห่งประเทศไทย (สวท.)
- ๔ สมาคมสภาองค์กรวิชาชีพวิทยุ-โทรทัศน์ภาคประชาชน
- ๕ องค์กรวิชาชีพสื่อมวลชนวิทยุทีวีเสรี
- ๖ สมาคมวิชาชีพนักจัดรายการวิทยุ-โทรทัศน์ไทย (สนวท.)

MK ๓๑ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาด้านสังคมศาสตร์

- ๑ คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อมสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- ๒ คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- ๓ คณะสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ๔ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ๕ วิทยาลัยประชากรศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

MK ๓๒ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาด้านรัฐศาสตร์

- ๑ คณะรัฐประศาสนศาสตร์สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
- ๒ คณะรัฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ๓ คณะรัฐศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ๔ คณะรัฐศาสตร์มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- ๕ สาขาวิชารัฐศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ๖ เครือข่ายคณะรัฐศาสตร์ภาคใต้

MK ๓๓ กลุ่มเครือข่ายสถาบันวิชาการด้านสื่อสารสาธารณะ

- ๑ คณะนิเทศศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ๒ คณะนิเทศศาสตร์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- ๓ คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- ๔ ศูนย์พยากรณ์เศรษฐกิจและธุรกิจมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย
- ๕ ศูนย์วิจัยมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต
- ๖ สถาบันวิจัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพ
- ๗ สวन्दูสิตโพลมหาวิทยาลัยราชภัฏสวन्दูสิต
- ๘ สำนักวิจัยเอแบคโพลล์มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ



๙ เครื่องข่าย We Voices

๑๐ มีเดียมอนิเตอร์

MK ๓๔ กลุ่มเครือข่ายอภีการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย

ที่ประชุมอภีการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งประเทศไทย

MK ๓๕ กลุ่มเครือข่ายอภีการบดีแห่งประเทศไทย

ที่ประชุมอภีการบดีแห่งประเทศไทย

MK ๓๖ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ชมรมผู้บริหารสถานศึกษาสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

MK ๓๗ กลุ่มเครือข่ายอภีการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล

มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

MK ๓๘ กลุ่มเครือข่ายสถาบันการศึกษาชั้นอุดมแห่งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

สมาคมสถาบันการศึกษาชั้นอุดมศึกษาแห่งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (สออ.ประเทศไทย)

รายชื่อกลุ่มเครือข่ายภาคราชการ การเมือง และองค์กรของรัฐ (MP)

MP ๐๑ สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

MP ๐๒ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

MP ๐๓ กรมการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กรมการสตรีและสถาบันครอบครัว

MP ๐๔ กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กรมกิจการเด็กและเยาวชน

MP ๐๕ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ



MP ๐๖ กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กรมกิจการผู้สูงอายุ

MP ๐๗ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

MP ๐๘ องค์การเภสัชกรรม กระทรวงสาธารณสุข

องค์การเภสัชกรรม

MP ๐๙ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์

MP ๑๐ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

MP ๑๑ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กรมสุขภาพจิต

MP ๑๒ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

กรมควบคุมโรค

MP ๑๓ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย

MP ๑๔ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

MP ๑๕ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

MP ๑๖ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

MP ๑๗ สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

MP ๑๘ กรมการข้าว กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

กรมการข้าว





MP ๑๙ กรมชลประทาน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

กรมชลประทาน

MP ๒๐ กรมประมง กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

กรมประมง

MP ๒๑ กรมปศุสัตว์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

กรมปศุสัตว์

MP ๒๒ กรมพัฒนาที่ดิน กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

กรมพัฒนาที่ดิน

MP ๒๓ กรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

กรมวิชาการเกษตร

MP ๒๔ กรมส่งเสริมการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

กรมส่งเสริมการเกษตร

MP ๒๕ กรมส่งเสริมสหกรณ์ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

กรมส่งเสริมสหกรณ์

MP ๒๖ สำนักงานการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรม กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

สำนักงานการปฏิรูปที่ดินเพื่อเกษตรกรรม

MP ๒๗ สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรกรรมและอาหารแห่งชาติ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

สำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรกรรมและอาหารแห่งชาติ

MP ๒๘ สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์

สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร

MP ๒๙ สำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

สำนักงานปลัดกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

MP ๓๐ กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

กรมควบคุมมลพิษ

MP ๓๑ กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

กรมทรัพยากรทางทะเลและชายฝั่ง





MP ๓๒ กรมทรัพยากรธรณี กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

กรมทรัพยากรธรณี

MP ๓๓ กรมทรัพยากรน้ำ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

กรมทรัพยากรน้ำ

MP ๓๔ กรมทรัพยากรน้ำบาดาล กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

กรมทรัพยากรน้ำบาดาล

MP ๓๕ กรมป่าไม้ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

กรมป่าไม้

MP ๓๖ กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม

MP ๓๗ กรมอุทยานแห่งชาติสัตว์ป่า และพันธุ์พืช กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

กรมอุทยานแห่งชาติสัตว์ป่า และพันธุ์พืช

MP ๓๘ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

MP ๓๙ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย กระทรวงมหาดไทย

สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย

MP ๔๐ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

กรมการปกครอง

MP ๔๑ กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย

กรมการพัฒนาชุมชน

MP ๔๒ กรมที่ดิน กระทรวงมหาดไทย

กรมที่ดิน

MP ๔๓ กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย

กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย

MP ๔๔ กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย

กรมโยธาธิการและผังเมือง





MP ๔๕ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

MP ๔๖ สำนักปลัดกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงศึกษาธิการ

สำนักปลัดกระทรวงศึกษาธิการ

MP ๔๗ สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา

MP ๔๘ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

MP ๔๙ สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา

MP ๕๐ สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ

สำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา

MP ๕๑ กระทรวงคมนาคม

- ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม
- ๒ กรมเจ้าท่า
- ๓ กรมการขนส่งทางบก
- ๔ กรมทางหลวง
- ๕ กรมทางหลวงชนบท
- ๖ สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร

MP ๕๒ กระทรวงแรงงาน

- ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงแรงงาน
- ๒ กรมการจัดหางาน
- ๓ กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน
- ๔ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน
- ๕ สำนักงานประกันสังคม





MP ๕๓ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

- ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม
- ๒ กรมอุตุนิยมวิทยา
- ๓ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

MP ๕๔ กระทรวงยุติธรรม

- ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงยุติธรรม
- ๒ กรมควบคุมประพฤติ
- ๓ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ
- ๔ กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
- ๕ กรมราชทัณฑ์
- ๖ กรมสอบสวนคดีพิเศษ
- ๗ สถาบันนิติวิทยาศาสตร์
- ๘ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
- ๙ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามทุจริตในภาครัฐ

MP ๕๕ กระทรวงอุตสาหกรรม

- ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม
- ๒ กรมโรงงานอุตสาหกรรม
- ๓ กรมส่งเสริมอุตสาหกรรม
- ๔ กรมอุตสาหกรรมพื้นฐานและการเหมืองแร่
- ๕ สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย
- ๖ สำนักงานมาตรฐานผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม
- ๗ สำนักงานเศรษฐกิจอุตสาหกรรม

MP ๕๖ กระทรวงพาณิชย์

- ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงพาณิชย์
- ๒ กรมการค้าต่างประเทศ
- ๓ กรมการค้าภายใน





- ๔ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ
- ๕ กรมทรัพย์สินทางปัญญา
- ๖ กรมพัฒนาธุรกิจการค้า
- ๗ กรมส่งเสริมการส่งออก

MP ๕๗ กระทรวงวัฒนธรรม

- ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงวัฒนธรรม
- ๒ กรมการศาสนา
- ๓ กรมศิลปากร
- ๔ กรมส่งเสริมวัฒนธรรม
- ๕ สำนักงานศิลปวัฒนธรรมร่วมสมัย

MP ๕๘ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา

- ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
- ๒ กรมพลศึกษา
- ๓ สำนักงานพัฒนาการท่องเที่ยว

MP ๕๙ กระทรวงพลังงาน

- ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงพลังงาน
- ๒ กรมเชื้อเพลิงธรรมชาติ
- ๓ กรมธุรกิจพลังงาน
- ๔ กรมพัฒนาพลังงานทดแทนและอนุรักษ์พลังงาน
- ๕ สำนักงานนโยบายและแผนพลังงาน

MP ๖๐ กระทรวงกลาโหม

- ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม
- ๒ กองบัญชาการกองทัพไทย
- ๓ กองทัพบก
- ๔ กองทัพเรือ
- ๕ กองทัพอากาศ





MP ๖๑ กระทรวงการคลัง

- ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงการคลัง
- ๒ กรมธนารักษ์
- ๓ กรมบัญชีกลาง
- ๔ กรมศุลกากร
- ๕ กรมสรรพสามิต
- ๖ กรมสรรพากร
- ๗ สำนักงานคณะกรรมการนโยบายรัฐวิสาหกิจ
- ๘ สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง
- ๙ สำนักบริหารหนี้สาธารณะ

MP ๖๒ กระทรวงการต่างประเทศ

- ๑ สำนักงานปลัดกระทรวงการต่างประเทศ
- ๒ กรมองค์การระหว่างประเทศ
- ๓ กรมสนธิสัญญาและกฎหมาย
- ๔ กรมเศรษฐกิจระหว่างประเทศ
- ๕ สำนักงานความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ

MP ๖๓ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

- ๑ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
- ๒ กรมวิทยาศาสตร์บริการ
- ๓ สำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ
- ๔ สถาบันมาตรวิทยาแห่งชาติ

MP ๖๔ รัฐวิสาหกิจ

- ๑ โรงงานยาสูบ
- ๒ องค์การสุรา
- ๓ บริษัทสหโรงแรมไทยและการท่องเที่ยว จำกัด
- ๔ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร





- ๕ การกีฬาแห่งประเทศไทย
- ๖ การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย
- ๗ องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ
- ๘ องค์การจัดการน้ำเสีย
- ๙ การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย
- ๑๐ การเคหะแห่งชาติ
- ๑๑ การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย

MP ๖๕ องค์การด้านสื่อสารมวลชนของรัฐ

- ๑ กรมประชาสัมพันธ์
- ๒ สถานีโทรทัศน์ไทยทีวีสีช่อง ๙ อสมท.
- ๓ องค์การกระจายเสียงและแพร่ภาพสาธารณะแห่งประเทศไทย

MP ๖๖ องค์การฝ่ายตุลาการหรือองค์กรศาล

- ๑ สำนักงานศาลปกครอง
- ๒ สำนักงานศาลยุติธรรม
- ๓ สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ

MP ๖๗ สถาบันพระปกเกล้าและสภาพัฒนาการเมือง

- ๑ สถาบันพระปกเกล้า
- ๒ สภาพัฒนาการเมือง

MP ๖๘ สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย

สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย

MP ๖๙ สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย

สมาคมองค์การบริหารส่วนจังหวัดแห่งประเทศไทย

MP ๗๐ สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย

สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย

MP ๗๑ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (กทม.)

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (กทม.)





MP ๗๒ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (พัทยา)

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษ (พัทยา)

MP ๗๓ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

MP ๗๔ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

MP ๗๕ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

MP ๗๖ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

MP ๗๗ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

- ๑ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค
- ๒ กองคุ้มครองผู้บริโภคด้านโฆษณา
- ๓ สำนักแผนและการพัฒนาการคุ้มครองผู้บริโภค

MP ๗๘ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)

- ๑ สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน
- ๒ กลุ่มงานพื้นที่
- ๓ กลุ่มงานสนับสนุนพื้นที่

MP ๗๙ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

- ๑ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
- ๒ สำนักคุ้มครองสิทธิมนุษยชน
- ๓ สำนักส่งเสริมและประสานการมีส่วนร่วม

MP ๘๐ สถาบันที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

- ๑ สำนักกิจการสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- ๒ สำนักงานสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- ๓ สำนักส่งเสริมและประสานการมีส่วนร่วมองค์กรเครือข่าย





MP ๘๑ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

- ๑ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- ๒ สำนักยุทธศาสตร์ด้านนโยบายสาธารณะ
- ๓ สำนักยุทธศาสตร์และการวางแผนพัฒนาพื้นที่

MP ๘๒ สำนักงานรัฐมนตรี

- ๑ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี
- ๒ สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรี
- ๓ สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี
- ๔ สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา
- ๕ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ
- ๖ สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน
- ๗ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน

MP ๘๓ สำนักงบประมาณ

- ๑ สำนักงบประมาณ
- ๒ สำนักนโยบายและแผนงบประมาณ
- ๓ สำนักอำนวยการ

MP ๘๔ องค์การมหาชน

- ๑ สำนักงานบริหารและพัฒนาองค์ความรู้
- ๒ สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา
- ๓ องค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน
- ๔ องค์การบริหารจัดการก๊าซเรือนกระจก
- ๕ สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร
- ๖ สำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ
- ๗ สถาบันระหว่างประเทศเพื่อการค้าและการพัฒนา
- ๘ สถาบันเทคโนโลยีนิวเคลียร์แห่งชาติ





MP ๘๕ องค์การอิสระในกำกับฝ่ายบริหาร

- ๑ ธนาคารแห่งประเทศไทย
- ๒ สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย
- ๓ สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์แห่งชาติ
- ๔ สำนักงานคณะกรรมการกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ
- ๕ สำนักงานคณะกรรมการกำกับกิจการพลังงาน

MP ๘๖ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

- ๑ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- ๒ กองบัญชาการตำรวจนครบาล
- ๓ กองบัญชาการตำรวจตรวจปราบปรามยาเสพติด

MP ๘๗ องค์กรในกำกับฝ่ายนิติบัญญัติ

- ๑ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร
- ๒ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

MP ๘๘ องค์การอิสระและองค์กรตั้งขึ้นตามรัฐธรรมนูญ

- ๑ สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน
- ๒ สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้ง
- ๓ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ
- ๔ สำนักงานผู้ตรวจการแผ่นดิน
- ๕ สำนักงานอัยการสูงสุด

MP ๘๙ คณะกรรมการวิสามัญกิจการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

คณะกรรมการวิสามัญกิจการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

MP ๙๐ สถาบันคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการโทรคมนาคม

สำนักรับเรื่องร้องเรียนและคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการโทรคมนาคม (รท.)

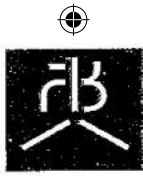




MP ๙๑ พรรคการเมือง

- ๑ พรรคเพื่อไทย
- ๒ พรรคประชาธิปัตย์
- ๓ พรรคภูมิใจไทย
- ๔ พรรคชาติไทยพัฒนา
- ๕ พรรคชาติพัฒนา
- ๖ พรรคพลังชล
- ๗ พรรครักประเทศไทย
- ๘ พรรคมาตุภูมิ
- ๙ พรรครักษ์สันติ
- ๑๐ พรรคประชาธิปไตยใหม่





สำนักงานสร้างสุขภาวะ

คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๑ / ๒๕๕๙

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐

เพื่อให้การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ มาตรา ๔๒ และมาตรา ๔๓ และมติการประชุมคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๕/๒๕๕๘ เมื่อวันที่ ๑๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๘ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ โดยมีองค์ประกอบ หน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ ที่ปรึกษา

- (๑) ศาสตราจารย์เกียรติคุณสยามพร ศิรินาวิน
- (๒) รองศาสตราจารย์ชันทฤทัย กาญจนะจิตรา
- (๓) นายเชษฐา มิ่งสมร
- (๔) นายณรงค์ศักดิ์ อังคะสุวพลา
- (๕) นางศรีนา ปวโรฬารวิทยา
- (๖) นายสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ

๑.๒ กรรมการ

- | | |
|--|------------------|
| (๑) นายศุภกิจ ศิริลักษณ์ | ประธานกรรมการ |
| (๒) นายกิจจา เรืองไทย | รองประธานกรรมการ |
| (๓) นายชาญวิทย์ วสันต์ธนารัตน์ | รองประธานกรรมการ |
| (๔) นางปรีดา คงแป้น | รองประธานกรรมการ |
| (๕) นางภรณ์ สวัสดิ์รักษ์ | รองประธานกรรมการ |
| (๖) นายประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร | รองประธานกรรมการ |
| (๗) เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๘) เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๙) อธิบดีกรมกิจการผู้สูงอายุ หรือผู้แทน | กรรมการ |

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ชั้น ๓ อาคารสุขภาพแห่งชาติ ๘๘/๓๙ ถนนติวานนท์ ๑๔ หมู่ ๔ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี ๑๑๐๐๐
National Health Commission Office Floor 3, National Health Building 88/39 Tiwanon 14 Rd., Mueang District, Nonthaburi 11000 Thailand
Tel. +66-2832-9000 Fax. +66-2832-9001 www.nationalhealth.or.th E-mail : nationalhealth@nationalhealth.or.th

- | | | |
|------|--|---------|
| (๑๐) | อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๑๑) | ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๑๒) | ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๑๓) | เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๑๔) | ประธานสภาอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๑๕) | ประธานสภาหอการค้าแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๑๖) | นายกสมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๑๗) | นายกสมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๑๘) | นายกสภากายภาพบำบัด หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๑๙) | นายกสภาการพยาบาล หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๒๐) | ประธานสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๒๑) | ประธานสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย หรือผู้แทน | กรรมการ |
| (๒๒) | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทศพล สมพงษ์ | กรรมการ |
| (๒๓) | นายเกรียงไกร ชีช่วง | กรรมการ |
| (๒๔) | นางพิมพ์พร กองสอน | กรรมการ |
| (๒๕) | นางทิพย์รัตน์ นพดารมย์ | กรรมการ |
| (๒๖) | นายธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์ | กรรมการ |
| (๒๗) | นายธีรวัฒน์ แดงกระเปา | กรรมการ |
| (๒๘) | นางนิสิต ศักยพันธ์ | กรรมการ |
| (๒๙) | นายประสาน อิงคนันท์ | กรรมการ |
| (๓๐) | นางปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ | กรรมการ |
| (๓๑) | นายไพบุลย์ ช่วงทอง | กรรมการ |
| (๓๒) | นายภูดิท เตชาติวัฒน์ | กรรมการ |
| (๓๓) | นายรอซดี เลิศอรียพงษ์กุล | กรรมการ |
| (๓๔) | นางวณี ปิ่นประทีป | กรรมการ |

(๓๕) นายวิชาติ พุ่มจันทร์	กรรมการ
(๓๖) นายวีระศักดิ์ พุทธาศรี	กรรมการ
(๓๗) พระสาธิต ธีรปัญญา	กรรมการ
(๓๘) นายสุทธิธรรม เลขวิวัฒน์	กรรมการ
(๓๙) เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ	กรรมการและเลขานุการ
(๔๐) นางสาวพัชรา อุบลสวัสดิ์	ผู้ช่วยเลขานุการ
(๔๑) นางวรรณวิมล ขวัญยาใจ	ผู้ช่วยเลขานุการ

๒. หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ วางแผนการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐
- ๒.๒ เชื่อมประสานกับกระบวนการสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และเครื่องมืออื่น ๆ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ เพื่อเกื้อกูลการทำงานระหว่างกันให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- ๒.๓ อำนวยความสะดวก ติดตามและกำกับการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ ให้เป็นที่เรียบร้อย
- ๒.๔ ดำเนินการรวบรวมข้อเสนอเชิงนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพจากสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เสนอต่อคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เพื่อผลักดันสู่การปฏิบัติ
- ๒.๕ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงาน เพื่อดำเนินการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องตามความจำเป็น
- ๒.๖ หน้าที่อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๙

พลเรือเอก

(ณรงค์ พิพัฒน์นาคัย)

รองนายกรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน

นายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ



สหภาพ สหประชาชาติ

คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ที่ ๗ /๒๕๕๙

เรื่อง ปรับปรุงองค์ประกอบของคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐

อนุสนธิคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๑/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ นั้น

เนื่องจาก นายประสาน อิงคนันท์ ได้ขอลาออกจากตำแหน่งกรรมการจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ ดังนั้น เพื่อให้การจัดสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๙ - ๒๕๖๐ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ตามเจตนารมณ์แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๒ และมาตรา ๔๓ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ จึงยกเลิกความในข้อ ๑.๒ (๒๙) ของคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ ๑/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๒๙) นางอำมร บรรจง กรรมการ”

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

พลเรือเอก

(ณรงค์ พิพัฒน์นาคัย)

รองนายกรัฐมนตรี ปฏิบัติราชการแทน

นายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

