



# 03

## ข้อตกลงและความร่วมมือ ระหว่างประเทศที่เกี่ยวข้อง กับด้านสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ จากยุโรปถึงเอเชีย  
🔍 บนเส้นทางกฏบัตรอตตาวา  
ถึงประชาคมนครเชียงใหม่

🔍 กฏอนามัยระหว่างประเทศ

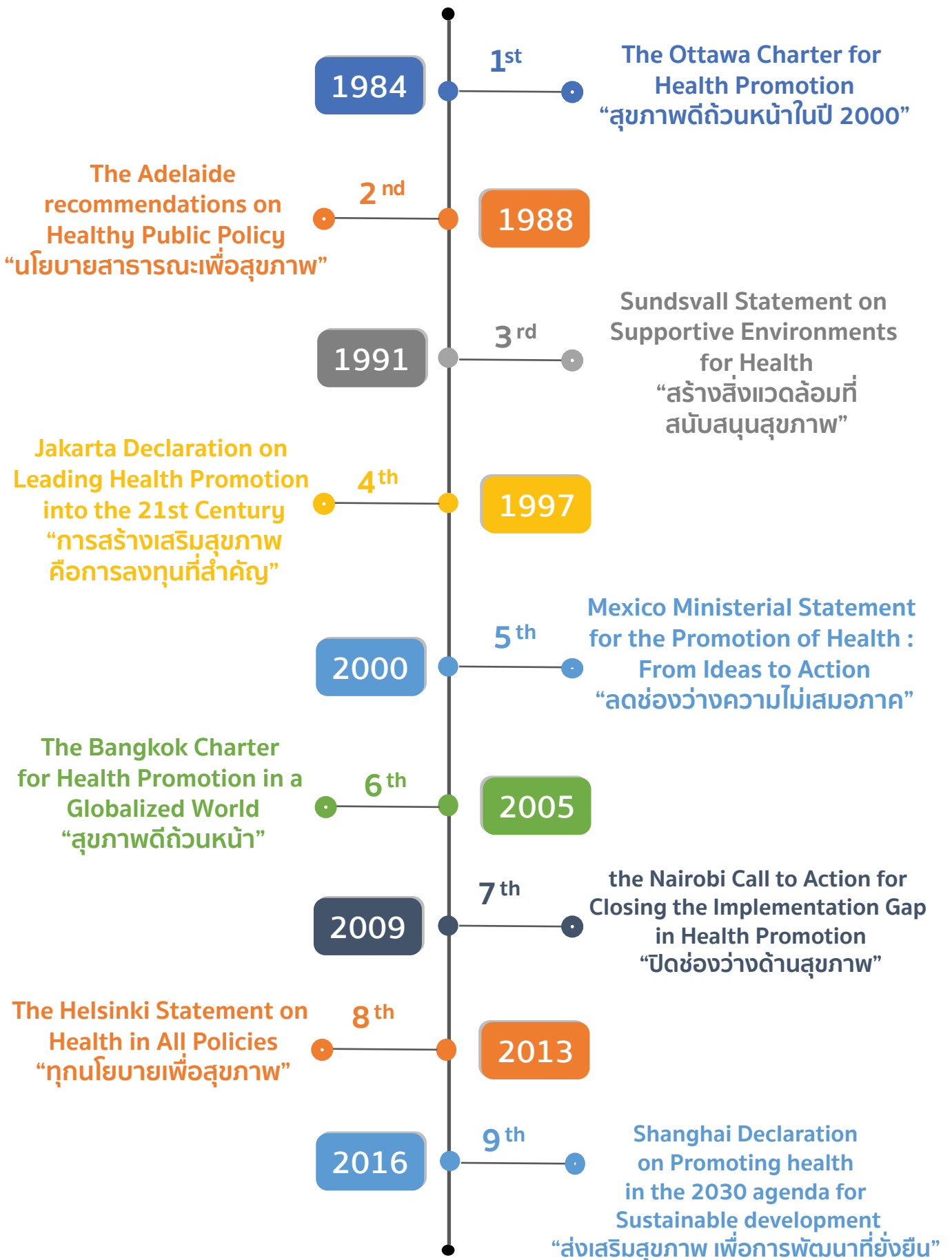
🔍 อนุสัญญาบาเซล

🔍 อนุสัญญาสตอกโฮล์มว่าด้วย  
สารมลพิษที่ตกค้างยาวนาน

🔍 บทบาทของประเทศไทยกับ  
ระบบสุขภาพโลก

🔍 กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลก  
ของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563

## 3.1 การส่งเสริมสุขภาพจากยุโรปถึงเอเชีย



## 3.1 การส่งเสริมสุขภาพจากยุโรปถึงเอเชีย

นับกว่า 3 ทศวรรษ ที่มีการนำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการจัดการปัญหาสุขภาพและสภาพแวดล้อมโลก โดยได้มีการพัฒนาและปรับปรุงแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพให้ทันสมัย เพื่อสอดคล้องกับการบริบทสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงตามพลวัตทางเศรษฐกิจและสังคมของโลก นับตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2527 (ค.ศ. 1984) องค์การอนามัยโลก สำนักภูมิภาคแห่งยุโรป ได้ถือกำเนิดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นมา ซึ่งคณะทำงานได้มีการประชุม ณ กรุงโคเปนเฮเกน ประเทศเดนมาร์ก ระหว่างวันที่ 9-13 กรกฎาคม พ.ศ. 2527 (ค.ศ. 1984) เพื่อพัฒนาโปรแกรมและอภิปรายเกี่ยวกับแนวคิดและหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งนำไปสู่การประชุมนานาชาติ เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อวันที่ 17 - 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 ซึ่งได้เกิด “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion)” ซึ่งเป็นแม่บทของงานสร้างเสริมสุขภาพมาจนถึงปัจจุบันจากนั้นได้มีการประชุมแลกเปลี่ยนและสรุปบทเรียนเกี่ยวกับกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพทั้งในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนาเป็นระยะๆ จำนวน 7 ครั้ง ซึ่งครั้งที่ 2 จัดขึ้นในปี พ.ศ. 2531 ที่เมืองแอตแลนตา ประเทศออสเตรเลีย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2534 ณ เมืองซันด์สวาลล์ ประเทศสวีเดน ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2540 ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2543 ณ นครเม็กซิโกซิตี ประเทศเม็กซิโกครั้งที่ 6 พ.ศ. 2548 ที่ประเทศไทยเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุม ที่กรุงเทพมหานคร พร้อมกับมีการประกาศ “กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์” ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2556 ณ เมืองเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ และครั้งล่าสุด ครั้งที่ 9 พ.ศ. 2559 ที่นครเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร, 2560; สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี, 2556)

ในการประชุมทั้ง 9 ครั้ง ได้ออกกฎบัตร 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เรียกว่า กฎบัตรออตตาวา และครั้งที่ 6 เรียกว่า กฎบัตรกรุงเทพ ส่วนครั้งอื่นๆ จะมีการแสดงเจตนารมณ์ของการประชุม เรียกว่า “คำประกาศ(Declaration)” เช่น คำประกาศเซี่ยงไฮ้ เป็นต้น หรือเป็น “คำแถลงการณ์(Statement)” เช่น แถลงการณ์ซันด์สวาลล์ เป็นต้น

### 3.1.1 กฎบัตรออตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 ที่กรุงออตตาวา เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน ค.ศ. 1986 (ค.ศ. 1986) การประชุมครั้งนี้ได้ออกกฎบัตรสู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2000 (การประกาศในเรื่องสาธารณสุขมูลฐานที่เมืองอัลมาอาตา) และหลังจากการประชุมครั้งนี้ทำให้เกิดการความคาดหวังสำหรับการเคลื่อนไหวทางด้านสาธารณสุขไปทั่วโลก โดยการส่งเสริมสุขภาพ เป็น “กระบวนการในการเพิ่มความสามารถให้บุคคล เพื่อให้สามารถควบคุมและยกระดับสุขภาพเพื่อไปสู่ความสมบูรณ์ ทั้ง ร่างกาย จิตใจ สังคมและปัญญา” บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถที่จะกำหนดแรงจูงใจและสามารถที่จะบรรลุความต้องการและความคาดหวังของตนเองได้สามารถที่จะปรับตัวหรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมทั้งนี้สุขภาพสามารถมองในมิติของทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตประจำวันรวมถึงสมรรถนะทางกาย

อย่างไรก็ตามการส่งเสริมสุขภาพไม่ใช่ภาระความรับผิดชอบของภาคส่วนสุขภาพ(Health sector)เท่านั้นโดยสุขภาพนั้นเป็นมากกว่าวิถีการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพแต่เป็นเรื่องของการกินอยู่ที่ดีด้วยซึ่งเงื่อนไขพื้นฐานและทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับสุขภาพได้แก่ความสงบสุข การมีที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหารรายได้ความสมดุลของระบบนิเวศน์ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรมของสังคมและความเท่าเทียมกันซึ่งการพัฒนาสุขภาพจำเป็นต้องทำให้ข้อกำหนดเบื้องต้นของสุขภาพมีความพร้อมก่อน

#### กลยุทธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Strategy)

1) การให้ข้อเสนอแนะ (Advocate) สุขภาพดีเป็นทรัพยากรที่สำคัญของสังคม เศรษฐกิจ และการพัฒนาตนเอง และมีความสำคัญเมื่อมองในมิติของคุณภาพชีวิต การเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และปัจจัยทางชีววิทยา สามารถมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางบวกและทางลบปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพมีเป้าหมายที่จะทำให้เงื่อนไขต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบบวกต่อสุขภาพ โดยการให้ข้อเสนอแนะเพื่อสุขภาพที่ดี

2) การเพิ่มความสามารถ (Enable) การส่งเสริมเน้นการทำให้เกิดความเท่าเทียมทางสุขภาพ การดำเนินการส่งเสริม

## 3.1 การส่งเสริมสุขภาพจากยุโรปถึงเอเชีย

สุขภาพในปัจจุบันโดยทำให้เกิดความมั่นใจถึงโอกาสที่เท่าเทียมกันและทรัพยากรที่จะทำให้แต่ละบุคคลสามารถบรรลุศักยภาพสูงสุดทางสุขภาพได้ ซึ่งรวมถึงการมีพื้นฐานที่มั่นคงที่จะทำให้เกิดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทักษะชีวิตและโอกาสสำหรับการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่อสุขภาพ

3) การเจรจาต่อรอง (Mediate) ข้อกำหนดเบื้องต้นและภาพในอนาคตของสุขภาพไม่สามารถที่จะทำให้บรรลุได้ด้วยภาคส่วนสุขภาพโดยลำพังการส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องบูรณาการการดำเนินการกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม ทั้งภาคส่วนสุขภาพและนอกภาคส่วนสุขภาพ (Non Health sectors) ได้แก่ ภาคสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา ท้องถิ่น สื่อมวลชน ฯลฯ วิชาชีพ กลุ่มทางสังคม และบุคลากรทางการแพทย์มีบทบาทในการเป็นตัวกลางในการเจรจาต่อรองกลุ่มผลประโยชน์ที่หลากหลายเหล่านั้นเพื่อให้ทุกนโยบายทุกการกระทำหรือการตัดสินใจเป็นไปเพื่อสุขภาพซึ่งกลยุทธ์และแผนงานการส่งเสริมสุขภาพต้องปรับตัวให้สอดคล้องกับความต้องการและความเป็นไปได้ของแต่ละพื้นที่ที่มีบริบทที่แตกต่างกันทั้งในระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ

### ปฏิบัติการการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Action Areas)

1) สร้างนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพ (Building Healthy Public Policy) การส่งเสริมสุขภาพนั้นเป็นมากกว่าบริการสุขภาพโดยสุขภาพขึ้นกับการกำหนดนโยบายของทุกภาคส่วนผู้กำหนดนโยบายต้องตระหนักว่านโยบายเหล่านั้นจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือไม่และต้องยอมรับว่าเป็นหน้าที่ของภาคส่วนนอกสุขภาพที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพด้วยเครื่องมือหรือกลไกของนโยบายการส่งเสริมสุขภาพมีความหลากหลายได้แก่ มาตรการด้านกฎหมาย การเงินการคลัง การเก็บภาษีหรือการปรับเปลี่ยนองค์กรแต่บนความหลากหลายของเครื่องมือหรือกลไกเหล่านั้นต้องเสริมซึ่งกันและกันและจุดหมายปลายทางคือเพื่อสุขภาพการประสานงานและทำงานร่วมกัน (Joint action) ถึงจะทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่าจะได้สินค้าหรือบริการที่ปลอดภัยส่งผลดีต่อสุขภาพรวมถึงได้สิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเอื้อต่อสุขภาพ

การกำหนดนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพต้องบังคับใช้อุปสรรคที่จะทำให้ไม่สามารถสร้างนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพของภาคส่วนที่นอกสุขภาพคืออะไรจะอย่างไรถึงจะขจัดปัญหาอุปสรรคเหล่านั้นได้

2) สร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพ (Created supportive Environment) สังคมมีความซับซ้อนและเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน สุขภาพไม่สามารถที่แยกออกจากเป้าหมายอื่นๆได้ และไม่สามารถที่แยกคนออกจากสิ่งแวดล้อมที่ล้อมรอบตัวคนได้จึงต้องประยุกต์ใช้แนวคิดในเรื่องบูรณาการสังคมและสิ่งแวดล้อมกับเรื่องสุขภาพสุขภาพจะดีภายใต้สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่อยู่ใกล้ตัวคนมากที่สุดคือครอบครัวเพื่อนบ้านและชุมชนรวมถึงทรัพยากรทางธรรมชาติต่างๆการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วอย่างเป็นระบบโดยเฉพาะในเรื่องของการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีสภาพการทำงานแบบแผนการใช้พลังงานเพื่อการผลิตความเป็นเมืองเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อจะประเมินว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนหรือไม่ซึ่งการปกป้องและอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและการสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อสุขภาพต้องถูกกำหนดไว้ในกลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพ

3) พัฒนาความเข้มแข็งของปฏิบัติการชุมชน (Strengthened Community Actions) การส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยปฏิบัติการของชุมชนที่มีประสิทธิภาพทั้งในเรื่องการลำดับความสำคัญการตัดสินใจการวางแผนกลยุทธ์การดำเนินงานตามแผนเพื่อให้สุขภาพของชุมชนดีขึ้นโดยหัวใจสำคัญของกระบวนการคือการเสริมพลังให้กับชุมชนให้เกิดความรู้สึกรู้สึกเป็นเจ้าของ และเสริมพลังให้เกิดความมุ่งมั่นที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่ชุมชนกำหนดด้วยความร่วมมือของชุมชนและใช้ทรัพยากรในชุมชน

การพัฒนาชุมชนจำเป็นต้องอาศัยกำลังคนและทรัพยากรในชุมชนเพื่อให้เกิดชุมชนที่สามารถจัดการตนเองได้ (Selfhelp) และพัฒนาระบบที่จะทำให้เกิดความร่วมมือในชุมชนที่มีความยืดหยุ่นและมีทิศทางเพื่อยกระดับสุขภาพหรือปัจจัยกำหนดสุขภาพซึ่งจำเป็นต้องมีและเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องและทันเวลามีโอกาสการเรียนรู้เพื่อสุขภาพรวมถึงการสนับสนุนทางการเงินหรืองบประมาณ

4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skill) การส่งเสริมสุขภาพส่งเสริมการพัฒนาคนและสังคมโดยการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารการให้การศึกษาเพื่อสุขภาพและการพัฒนาทักษะชีวิตเป็นการเพิ่มทางเลือกสำหรับประชาชนเพื่อที่จะควบคุมสุขภาพสิ่งแวดล้อมและปัจจัยกำหนดสุขภาพการเสริมพลังให้บุคคลเรียนรู้ตลอดชีวิตเพื่อเตรียมตัวที่จะรองรับความเสี่ยงต่างๆในแต่ละช่วงวัยรวมถึงโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บ

## 3.1 การส่งเสริมสุขภาพจากยุโรปถึงเอเชีย

บาดเจ็บซึ่งดำเนินการได้ทั้งในโรงเรียน บ้านที่ทำงาน และชุมชน โดยผู้ที่เสริมพลังเป็นได้ทั้ง ครูหรือนักการศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร รวมถึง อสม.

5) ปรับระบบบริการสุขภาพ (Reoriented Health Services) การส่งเสริมสุขภาพในระบบบริการสุขภาพ คือ การแบ่งปันระหว่างบุคคล กลุ่มในชุมชน และวิชาชีพทางด้านสาธารณสุขสถานบริการและสถาบันต่างๆทางด้านสาธารณสุข รวมถึงรัฐบาล ซึ่งทั้งหมดต้องบูรณาการงานร่วมกันในระบบบริการสุขภาพบทบาทของภาคส่วนสุขภาพต้องมุ่งเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้นนอกเหนือจากการให้บริการทางคลินิกหรือการรักษาพยาบาล

บริการสุขภาพต้องคำนึงถึงความอ่อนไหวและเคารพในมิติของความเชื่อและวัฒนธรรมและสนับสนุนความต้องการของบุคคลและชุมชนเพื่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพที่ดีขึ้นและเปิดช่องทางให้ภาคส่วนสุขภาพและภาคส่วนทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และสิ่งแวดล้อมเข้ามามีส่วนร่วม การปรับระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยการปรับระบบการศึกษาและการฝึกอบรมของวิชาชีพทางสาธารณสุขเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติ และโครงสร้างในระบบบริการสุขภาพ โดยปรับการมุ่งเน้นมาที่ความต้องการโดยรวมของแต่ละบุคคล “โดยให้ทำการรักษาที่คน ไม่ใช่ รักษาโรค”

กัญบัตรรอดาวาเป็นจุดเริ่มต้นของ “การสาธารณสุขแนวใหม่(newpublichealth)” ที่ตระหนักถึงบทบาทของภาคส่วนต่างๆของสังคมในการสร้างเสริมสุขภาพและเห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนให้มากขึ้นในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมทั้งให้ความสำคัญต่อปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพเป็นการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นมิติทางสังคมควบคู่ไปกับมิติทางนิเวศวิทยา และจำเป็นต้องเชื่อมโยงกับการรณรงค์ทางการเมืองซึ่งจะเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงอันพึงประสงค์นี้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

### 3.1.2 ข้อเสนอแนะแอดิเลด

#### เรื่อง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 2 ที่กรุงแอดิเลด พ.ศ. 2531 (ค.ศ. 1978) เป็นการต่อยอดทิศทางของการประชุมระหว่างประเทศ เรื่องการสาธารณสุขมูลฐานที่อัลมาตา (พ.ศ. 2521) และการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 1 ที่กรุงออตตาวา (พ.ศ. 2529) โดยหัวข้อหลักในการประชุมนี้คือนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพซึ่งข้อเสนอแนะเชิงยุทธศาสตร์ที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้เป็นบทสรุปที่ได้จากการประชุมในครั้งนี้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554; สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ, ม.ป.ป.)

1) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) คือการคำนึงถึงผลต่อสุขภาพหรือความเท่าเทียมทางสุขภาพในทุกพื้นที่ของนโยบายและรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพที่สืบเนื่องจากนโยบายดังกล่าวเป้าหมายหลักของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพเพื่อให้บุคคลสามารถที่เกิดสุขภาพและการกินอยู่ที่ดี ทั้งนี้ในการออกนโยบายสาธารณะของหน่วยงานภาครัฐต้องคำนึงถึงประเด็นผลกระทบต่อสุขภาพในช่วงของการจัดทำนโยบายและหน่วยงานนั้นต้องรับผิดชอบต่อผลกระทบต่อสุขภาพที่สืบเนื่องจากนโยบายดังกล่าวโดยให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพไม่น้อยไปกว่าเรื่องเศรษฐกิจ

2) คุณค่าของสุขภาพ (The value of health ) สุขภาพเป็นทั้งสิทธิขั้นพื้นฐานและสิ่งที่ควรค่าแก่การลงทุน รัฐบาลควรลงทุนในนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อยกระดับสถานะสุขภาพ (Health Status) ของประชาชน ซึ่งประชาชนสามารถเข้าถึงสิ่งที่จำเป็นต่อการทำให้สุขภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดีทั้งนี้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่เท่าเทียมโดยเฉพาะการบริการสาธารณสุขในชุมชนเป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งการพัฒนานโยบายเพื่อสุขภาพในระยะสั้นจะนำไปสู่ผลตอบแทนทางด้านเศรษฐกิจในระยะยาวโดยเป้าหมายแรกของภูมิภาคยุโรปขององค์การอนามัยโลกในการขับเคลื่อนสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2000 คือ “ภายในปี 2000 ความแตกต่างระหว่างสถานะสุขภาพระหว่างประเทศและระหว่างกลุ่มต่างๆ ภายในประเทศเดียวกัน ต้องทำให้ลดลงร้อยละ 25 ด้วยการยกระดับสุขภาพของประเทศหรือกลุ่มที่เสียเปรียบ (disadvantage)”

## 3.1 การส่งเสริมสุขภาพจากยุโรปถึงเอเชีย

3) ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Accountability for Health) รัฐบาลทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นระดับประเทศ ภูมิภาค และระดับท้องถิ่น ต้องให้ความสำคัญกับเป้าหมายทางสุขภาพ โดยเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพ ความรับผิดชอบ สาธารณะต่อสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และ สร้างความรู้ และสื่อสารให้กับบุคคลหรือกลุ่มที่จะได้รับผลกระทบมากที่สุดรวมทั้งให้ความสำคัญในการประเมินผลกระทบจากนโยบายระบบข้อมูลเพื่อสุขภาพที่จะสนับสนุน กระบวนการในการพัฒนานโยบายและสนับสนุนการตัดสินใจรวมทั้งมุ่งเน้นการสร้างพันธมิตรใหม่ในกระบวนการจัดทำนโยบายเพื่อสุขภาพ ทั้งในระดับชุมชน ประชาสังคม NGOs องค์กรเอกชน เป็นต้น

4) กิจกรรมที่ควรดำเนินการประเด็นสำหรับนโยบาย เพื่อสุขภาพที่ควรดำเนินการอย่างเร่งด่วน ไว้ 4 เรื่อง ดังนี้

- การสนับสนุนสุขภาพของสตรี (women health) มุ่งเน้นความเท่าเทียมในการทำงาน การคลอดและการเลี้ยงดูบุตร โดยให้ขึ้นกับความชอบและความต้องการของสตรีเหล่านั้น การสนับสนุนกลไกในการทำงาน เช่น สนับสนุนนมแม่ในที่ทำงานและการหยุดงานเพื่อเลี้ยงดูบุตรโดยได้รับเงินเดือน

- อาหารและโภชนาการ มุ่งเน้นการจัด ความหิวโหยหรือทุพโภชนาการอาหารต้องมีเพียงพอและเหมาะสมกับกับสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่นั้น

- บุหรี่และแอลกอฮอล์โดยการใช้นโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่ประชุมเรียกร้องให้รัฐบาลคิดถึง ต้นทุนที่ต้องจ่ายในการสูญเสียศักยภาพของบุคคลเนื่องจาก ความเจ็บป่วยและความพิการ รัฐบาลควรที่จะมีนโยบาย สาธารณะเพื่อสุขภาพในการลดการบริโภคบุหรี่และเหล้า ลงจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญในปี 2000

- การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อปกป้องประชาชนจากผลที่ไม่พึงประสงค์ทั้งทางตรงและทางอ้อมไม่ว่าจะเป็นอันตราย ทางกายภาพทางเคมีทางชีววิทยาโดยภาคสาธารณสุขและ กลุ่มเคลื่อนไหวทางสิ่งแวดล้อมและนิเวศวิทยาควรร่วมมือกัน เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมไปพร้อมกับการพิทักษ์รักษาโลก รวมถึงทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่ จำกัด

5) การพัฒนาพันธมิตรใหม่ (Developing New Health Alliances) โดยจัดตั้งหน่วยงานในการรวบรวมการ ปฏิบัติที่ดีหรือเป็นเลิศในเรื่องการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ และการพัฒนาเครือข่ายของผู้ทำวิจัย เครือข่ายของ วิทยากร และเครือข่ายผู้บริหารแผนงาน/โครงการ เพื่อช่วย เหลือและวิเคราะห์เกี่ยวกับการจัดทำนโยบายสาธารณะเพื่อ สุขภาพ

6) สิ่งที่ทำนายในอนาคต (Future Challenges) ได้แก่ การกระจายทรัพยากรอย่างเท่าเทียมการส่งเสริมความ เป็นอยู่ที่ดีและการทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพการสร้างการมีส่วนร่วมของพันธมิตรในประเด็นสิทธิมนุษยชน ความเป็นธรรมใน สังคมและการพัฒนาที่ยั่งยืนรวมทั้งการค้นคว้าวิธีการใหม่และ พันธมิตรใหม่ที่หลากหลาย และความเท่าเทียมในการเข้าถึง เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ทันสมัย

### 3.1.3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ

การประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 3 เมืองซุนด์สวอลล์ ประเทศสวีเดน ระหว่างวันที่ 9-15 มิถุนายน พ.ศ. 2534 (ค.ศ. 1991) ในประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ สนับสนุนสุขภาพ การประชุมครั้งนี้มีประเทศเข้าร่วมทั้งหมด 81 ประเทศ ที่ประชุมได้เรียกร้องให้ประชาชนทุกคนจากทุก มุมโลกได้มีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการทำให้สิ่งแวดล้อมมีส่วน สนับสนุนสุขภาพมากกว่าที่เป็นอยู่ ที่ประชุมได้ชี้ประเด็นว่า ประชาชนหลายล้านคนมีความยากจนและเป็นอยู่ที่แร้นแค้น อีกทั้งอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรมที่คุกคามต่อสุขภาพ ทำให้การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 เป็นเรื่องที่ยาก ทางออกทางเดียวคือการทำสิ่งแวดล้อม ทั้ง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพทางสังคมและเศรษฐกิจและทางการ เมืองสนับสนุนสุขภาพ มิใช่ทำลายสุขภาพ

ที่ประชุมแห่งนี้ตระหนักว่าทุกคนมีบทบาทในการสร้าง สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพจึงต้องเร่งรัดให้ภาครัฐเห็นความ สำคัญในการกำหนดวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาทั้งสิ่งแวดล้อม และสุขภาพ และให้ความสำคัญต่อประเด็นทั้งสองนี้อย่างเท่า เทียมกับประเด็นอื่นๆ ในการบริหารจัดการของภาครัฐ ซึ่งบท สรุปรจากการประชุมมีดังนี้

## 3.1 การส่งเสริมสุขภาพจากยุโรปถึงเอเชีย

1) มิติของการดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ หมายถึง ทุกสิ่งที่อยู่รอบตัวทั้งกายภาพและสังคม สิ่งแวดล้อมยังมีความหมายถึงสถานที่ที่บุคคลอยู่อาศัย ชุมชนท้องถิ่น บ้าน ที่ทำงาน และที่เล่น รวมถึงการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ของการดำเนินชีวิตและโอกาสของการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งประกอบด้วยมิติทางกายภาพสังคม จิตวิญญาณ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งมิติเหล่านี้เชื่อมโยงกันอย่างมีพลวัต การดำเนินการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต้องเกิดจากความร่วมมือกันในระดับท้องถิ่นระดับภูมิภาคระดับประเทศและระดับโลกเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างยั่งยืนอย่างแท้จริง

2) มุมมอง 4 ประการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ ได้แก่ (1) มิติทางสังคม (2) มิติทางการเมือง (3) มิติทางเศรษฐกิจ และ (4) ความตระหนักถึงทักษะและความรู้ของสตรีในทุกภาคส่วน รวมถึงภาคส่วนกำหนดนโยบายและเศรษฐกิจ เพื่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่สนับสนุนการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ

3) การดำเนินการเชิงกลยุทธ์เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้าต้องสามารถสะท้อนหลักการพื้นฐาน 2 ประการคือ (1) ความเสมอภาคต้องได้รับความสำคัญขั้นพื้นฐานของการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ ด้วยการเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในภารกิจที่สำคัญและ (2) การดำเนินการทางสาธารณะเพื่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพต้องกระทำด้วยความตระหนักถึงการพึ่งพาซึ่งกันและกันของสิ่งมีชีวิตและต้องบริหารจัดการทรัพยากรธรรมชาติทั้งหลายโดยต้องคำนึงถึงความต้องการของคนรุ่นหลัง

4) ยุทธศาสตร์การสาธารณสุขที่สำคัญ 4 ประการ เพื่อส่งเสริมการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในระดับชุมชน ได้แก่

- การเสริมสร้างความเข้มแข็งผ่านกลไกของชุมชน ด้วยการส่งเสริมกิจกรรมของชุมชน
- เพิ่มความสามารถให้ชุมชนและบุคคล ในการควบคุมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ผ่านการศึกษา และการเสริมสร้างพลังอำนาจ
- สร้างเครือข่ายพันธมิตรเพื่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพเพื่อให้เกิดการประสานความร่วมมือกันอย่างเข้มแข็งระหว่างยุทธศาสตร์และการดำเนินการด้านสุขภาพกับสิ่งแวดล้อม

- โกล่เกลี่ยระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ที่ขัดแย้งกันในสังคมเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าทุกกลุ่มได้รับโอกาสที่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพ

โดยสรุปแล้วการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลและการมีส่วนร่วมในชุมชนถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความเป็นประชาธิปไตยและเป็นพลังขับเคลื่อนให้เกิดการพึ่งพาตนเองและเกิดพัฒนาการ

### 3.1.4 คำประกาศจาการ์ตา เรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21

การประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 4 บทบาทใหม่ของศักราชใหม่ การนำการสร้างเสริมสุขภาพเข้าสู่ศตวรรษที่ 21 ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ระหว่างวันที่ 21-25 กรกฎาคม พ.ศ. 2540 (ค.ศ. 1997) การประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นในครั้งนี้ นับเป็นการประชุมครั้งแรกที่จัดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา และเป็นครั้งแรกที่นำภาคเอกชนที่ให้การสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมด้วย เพื่อเป็นการทบทวนปัจจัยกำหนดสุขภาพและกำหนดแนวทางและยุทธศาสตร์ที่ควรได้รับการตอบสนอง เพื่อให้เท่าทันกับความท้าทายในการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1) การสร้างเสริมสุขภาพคือการลงทุนที่สำคัญสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์และเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาด้านสังคมและเศรษฐกิจ เป็นกระบวนการที่เอื้อให้คนมีความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพ การลงทุนและการดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพมีอิทธิพลอย่างสูงต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพช่วยลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพส่งเสริมสิทธิมนุษยชน และเสริมสร้างทุนทางสังคม

2) ปัจจัยกำหนดสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ สันติภาพ ที่พักอาศัย การศึกษา ความมั่นคง ทางสังคม สัมพันธภาพทางสังคม อาหาร รายได้ระบบนิเวศที่มั่นคง แหล่งทรัพยากรที่เพียงพอ ความยุติธรรมทางสังคม ความเคารพในสิทธิมนุษยชน และความเสมอภาค ในบรรดาปัจจัยทั้งหมดเหล่านี้ความยากจนคือภัยคุกคามต่อสุขภาพที่สำคัญที่สุด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสำคัญต่อการกำหนดสุขภาพ ได้แก่ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางประชากร โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ปัญหาทางสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้น ความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม การพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสาร

## 3.1 การส่งเสริมสุขภาพจากยุโรปถึงเอเชีย

3) 5 กลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพในกฎบัตรออกติดตามเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้แก่(1)การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (2) การสร้างสรรคสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง (4)การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและ(5)การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ

4)ประเด็นที่มีความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ได้แก่

-การสนับสนุนความรับผิดชอบทางสังคมต่อสุขภาพ โดยหลีกเลี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของบุคคล ปกป้องสิ่งแวดล้อมและใช้ทรัพยากรอย่างยั่งยืน จำกัดผลิตภัณฑ์และการค้าสินค้าและสารต่างๆ ที่มีอันตรายต่อสุขภาพ ปกป้องประชาชนไม่ให้ได้รับอันตรายจากสถานประกอบการต่างๆ และให้ความเป็นธรรมกับทุกฝ่ายในการพัฒนานโยบาย

-เพิ่มการลงทุนเพื่อพัฒนาสุขภาพโดยการจะพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และคุณภาพชีวิตซึ่งต้องมีความต้องการของเฉพาะกลุ่มด้วย เช่น กลุ่มสตรี กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มคนพื้นเมืองเดิมกลุ่มคนยากจนและกลุ่มประชาชนชายขอบพื้นที่กำลังและขยายภาคีหุ้นส่วนเพื่อสุขภาพ

- เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนและพลังอำนาจของบุคคลเพื่อให้สามารถรับมือกับปัจจัยกำหนดสุขภาพได้ ผ่านการการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ การฝึกอบรมภาวะผู้นำและเปิดโอกาสให้บุคคลได้ใช้กระบวนการการตัดสินใจอย่างสม่ำเสมอ

-การรักษาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสิ่งแวดล้อมทั้งด้าน การเมือง กฎหมาย การศึกษา สังคม และเศรษฐกิจที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

### 3.1.5 คำแถลงของรัฐมนตรีเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแห่งเม็กซิโก

คำแถลงของรัฐมนตรีเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพแห่งเม็กซิโก: จากแนวคิดสู่การดำเนินการ (Mexico Ministerial Statement for the Promotion of Health : From Ideas to Action)

การประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ : ลดช่องว่างความไม่เสมอภาค ณ กรุงเม็กซิโกซิตี ประเทศเม็กซิโก ระหว่างวันที่

5-9 มิถุนายน พ.ศ. 2543 (ค.ศ. 2000) การประชุมครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อแสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลให้สุขภาพและคุณภาพชีวิต มีความแตกต่างจากเดิมอย่างไร (2)เพื่อให้สุขภาพถูกวางอยู่ตำแหน่งที่สูงในวาระของการพัฒนาทั้งในระดับ ระหว่างประเทศ ระดับประเทศ และระดับพื้นที่ และ (3) เพื่อเสริมพลังพันธมิตรในทุกภาคส่วนเพื่อสุขภาพ โดยมีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขจากประเทศต่างๆรวมทั้งประเทศไทย ได้ร่วมประชุมและลงนามในคำแถลงการณ์นี้ โดยสรุปสาระสำคัญได้ดังนี้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554)

1) การสร้างความเข้มแข็งในการส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ความสำคัญกับการลงทุนในงานศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการศึกษาวิจัยในเรื่องการยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ และประสิทธิผลของกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาเครื่องวัดด้านการส่งเสริมสุขภาพ การสร้างการมีส่วนร่วมระหว่าง นักวิจัย ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการ และชุมชน การกำหนดกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลเมื่อนำไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่ และการขยายผลการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ อย่างบูรณาการ การจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอต่อการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาขีดความสามารถของชุมชน การพัฒนาทุนมนุษย์ด้วยการศึกษา การฝึกอบรม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์รวมทั้งบรรจุประเด็นสุขภาพเข้าไปในการประเมินผลกระทบของนโยบายของทุกภาคส่วน

2) พัฒนาทักษะทางด้านการเมืองและทักษะในการดำเนินการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การใช้กระบวนการทางประชาธิปไตย เน้นในเรื่องการกระจายอำนาจ และกระจายทรัพยากร การเสริมพลังชุมชนให้เกิดความรับผิดชอบในการตัดสินใจด้วยตนเองทางด้านสุขภาพและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะใช้ระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรอบด้านบูรณาการการทำงานแบบข้ามภาคส่วนพัฒนาแผนงานและโครงสร้างที่เพิ่มขีดความสามารถในการดำเนินการตามกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกันในทุกระดับ

3) ปรับระบบบริการสุขภาพ (Reorienting Health Services)บูรณาการเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (PP) เข้าไปอยู่ในกระบวนการส่งมอบบริการ (integrate health promotion and prevention as an integral part of the health care delivery process) และผนวกหลักการ



## 3.1 การส่งเสริมสุขภาพจากยุโรปถึงเอเชีย

ของการส่งเสริมสุขภาพเข้าไปอยู่ในการบริหารและการบริการสาธารณสุข (Health Service Management) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

- ปรับระบบสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ โดยใช้การส่งเสริมสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของแนวทางการแก้ปัญหาสุขภาพ (Health intervention)

- ส่งเสริมคุณภาพการดูแล (Quality of care) ที่บูรณาการทั้งมิติ การส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู

- ยกระดับแนวปฏิบัติด้านสาธารณสุข (public health practice) ที่เป็นมากกว่าแนวปฏิบัติด้านการแพทย์ (medical practice)

### 3.1.6 กฎบัตรกรุงเทพฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์

**กฎบัตรกรุงเทพฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ (The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World)**

กฎบัตรกรุงเทพฯ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ได้รับการรับรองโดยผู้เข้าร่วมประชุมระดับโลก เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นที่ประเทศไทยในระหว่างวันที่ 7 – 11 สิงหาคม พ.ศ. 2548 (ค.ศ. 2005) การประชุมครั้งนี้ได้มีการพิจารณาถึงเงื่อนไขเชิงบริบทในยุคโลกาภิวัตน์ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพใหม่ๆ ในการกำหนดแนวทางการดำเนินกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบันรวมทั้งประกาศพันธสัญญาสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” สรุปสาระสำคัญของการประชุมได้ดังนี้

1) การสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพมีพื้นฐานมาจากสิทธิมนุษยชนอันสำคัญดังนั้นการได้เข้าถึงมาตรฐานทางสุขภาพที่สูงสุดนับเป็นสิทธิพื้นฐานของมนุษย์ทุกคนไม่ว่าแม้แต่บุคคลนั้นจะเป็นใครทั้งนี้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการในการเอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถจัดการกับสุขภาพของตนเองรวมทั้งการจัดการโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อรวมถึงปัจจัยคุกคามต่อสุขภาพอื่นๆ ด้วย

2) ปัจจัยวิกฤตที่มีผลต่อสุขภาพในปัจจุบัน ประกอบด้วย ความไม่เท่าเทียมกันทั้งในประเทศและระหว่างประเทศมีเพิ่มมากขึ้น การบริโภคและการสื่อสารในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปสู่รูปแบบใหม่การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการค้าในปัจจุบัน

และสิ่งแวดล้อมโลกและการเปลี่ยนแปลงจากชุมชนชนบทกลายเป็นชุมชนเมืองรวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และประชากรที่รวดเร็ว

3) โลกาภิวัตน์สร้างสรรคโอกาสใหม่ๆ ในการทำงานร่วมกันเพื่อปรับปรุงสุขภาพและลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างประเทศลง โอกาสเหล่านี้ได้แก่ ข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยี การสื่อสารมีความก้าวหน้าขึ้นและกลไกของการอภิบาลในระดับโลกและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนาขึ้น

4) ในการบริหารจัดการกับความท้าทายของโลกาภิวัตน์นโยบายต้องมีความสอดคล้องกันในทุกระดับซึ่งจะเป็นตัวเสริมความเข้มแข็งทำให้เกิดความโปร่งใสความรับผิดชอบและการปฏิบัติตามข้อตกลงและสนธิสัญญานานาชาติที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

5) กิจกรรมที่ต้องดำเนินการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่

- การสนับสนุนชี้แนะเพื่อสุขภาพ
- การลงทุนในนโยบาย การดำเนินการ และระบบโครงสร้างที่มีความยั่งยืนเพื่อรับมือกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ
- การเสริมสร้างศักยภาพเพื่อพัฒนานโยบายความเป็นผู้นำการปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพการส่งต่อความรู้และการวิจัย
- การควบคุมและการออกกฎหมายเพื่อรับประกันในการปกป้องอันตรายและเอื้อโอกาสอันเท่าเทียมกันทางสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับประชาชนทุกคน
- การร่วมมือและสร้างพันธมิตรกับสาธารณะ เอกชนองค์กรพัฒนาเอกชนและ องค์กรระหว่างประเทศรวมถึงภาคประชาสังคม เพื่อก่อให้เกิดการดำเนินการที่ยั่งยืน

6) ความรับผิดชอบสำคัญ 4 ประการ ที่จำเป็นต้องในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่

- ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นศูนย์กลางของวาระการพัฒนาระดับโลก
- ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นความรับผิดชอบสำคัญของรัฐบาลทุกระดับ ตั้งแต่ระดับท้องถิ่น ภูมิภาค และประเทศ โดยให้ความสำคัญกับการลงทุนเพื่อสุขภาพ ทั้งภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและภาคส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการสนับสนุนด้านการเงินอย่างยั่งยืนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

## 3.1 การส่งเสริมสุขภาพจากยุโรปถึงเอเชีย

- ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นจุดเน้นสำคัญของชุมชนและภาคประชาสังคมโดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านสุขภาพ รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งทรัพยากร

- ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นต้องมีการดำเนินการด้านธุรกิจภาคส่วนที่ดำเนินธุรกิจทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพได้แก่แหล่งที่ตั้งในท้องถิ่น วัฒนธรรมของแต่ละประเทศ สิ่งแวดล้อม และการกระจายความร่ำรวย

### 3.1.7 ปิดช่องว่างของการดำเนินการที่กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา

องค์กรอนามัยโลกได้มีการประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 7 กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 (ค.ศ. 2009) โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาระหว่างประเทศที่ได้ตกลงร่วมกัน โดยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพรวมถึงเรื่องการขจัดความยากจนและที่เกี่ยวข้องกับโรคสำคัญ ได้แก่ มาลาเรีย วัณโรค และเอชไอวี/เอดส์ และประเด็นเรื่องทุพโภชนาการ อนามัยการเจริญพันธุ์ อนามัยแม่และเด็ก 2) เพื่อให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) การบาดเจ็บ และเรื่องสุขภาพจิต และ 3) เพื่อต่อสู้กับประเด็นของความไม่เท่าเทียมระหว่างเพศ ชนชั้นทางสังคม ระดับรายได้ เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ และอื่นๆ

การดำเนินการเพื่อปิดช่องว่างในด้านสุขภาพโดยช่องว่างประกอบด้วย (1) ช่องว่างในด้านแผนงานด้านสุขภาพ โดยต้องมีหลักฐานพิสูจน์แล้วว่าแผนงานด้านส่งเสริมสุขภาพมีประสิทธิภาพมากกว่า (2) ช่องว่างในด้านนโยบายและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และ (3) ช่องว่างในระบบสุขภาพ การพัฒนาขีดความสามารถในระบบสุขภาพด้วยการส่งเสริมสุขภาพ

ทั้งนี้การดำเนินการเพื่อปิดช่องว่างในด้านสุขภาพประกอบด้วย 5 หัวข้อ ได้แก่

- 1) การเสริมพลังชุมชน
- 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ
- 3) การพัฒนาความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ
- 4) พันธมิตรและการประสานการดำเนินการแบบข้ามภาคส่วน
- 5) การสร้างขีดความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ

### 3.1.8 คำแถลงการณ์เฮลซิงกิ เรื่อง ทูคนโยบายเพื่อสุขภาพ

#### คำแถลงการณ์เฮลซิงกิเรื่องทูคนโยบายเพื่อสุขภาพ (Health in All Policy ; HiAP)

การประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 8 ที่จัดขึ้นที่เมืองเฮลซิงกิ ประเทศฟินแลนด์ ระหว่างวันที่ 10-14 มิถุนายน พ.ศ. 2556 (ค.ศ. 2013) โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

1) สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For All) คือเป้าหมายหลักทางสังคมของรัฐบาล และเป็นพื้นฐานของการพัฒนาที่ยั่งยืนทั้งนี้รัฐบาลในทุกระดับมีหน้าที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน และทำให้เกิดความเท่าเทียมทางสุขภาพ ซึ่งปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านประชากร การเติบโตของเมืองอย่างรวดเร็ว การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศโลก และโลกาภิวัตน์ เป็นต้น ซึ่งสุขภาพไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของภาคส่วนสุขภาพเท่านั้น แต่ต้องรวมถึงเรื่องทางการเมืองในการกำหนดนโยบายต่างๆ

2) ทูคนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายสาธารณะแบบข้ามภาคส่วนโดยทุกการตัดสินใจเชิงนโยบายต้องคำนึงถึงสุขภาพอย่างเป็นระบบ แสวงหาความร่วมมือ และหลีกเลี่ยงผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อที่จะยกระดับสุขภาพและความเท่าเทียมด้านสุขภาพของประชาชนโดยคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวมของสังคมเป็นที่ตั้งนอกจากนี้ยังทูคนโยบายเพื่อสุขภาพ (HiAP) จะเป็นส่วนที่สำคัญของประเทศที่จะทำ ให้บรรลุเป้าหมายสหัสวรรษเพื่อการพัฒนา (MDGs) ขององค์กรสหประชาชาติ (หลังจาก ปี 2015 ซึ่งปีสุดท้ายของ MDGs องค์กรสหประชาชาติได้ประกาศ 2030 เป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนหรือ SDGs โดยดำเนินการตั้งแต่ปี 2016 เป็นต้นไป) โดยการ (1) จัดลำดับความสำคัญให้สุขภาพและความเท่าเทียม เป็นความรับผิดชอบหลักของรัฐบาลที่มีต่อประชาชน (2) ยืนยันถึงความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องเกิดความเชื่อมโยงทางนโยบายเพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี และ (3) จำเป็นต้องมีความมุ่งมั่นและความกล้าหาญทางการเมือง และการมีกลยุทธ์ที่มองไปข้างหน้า

3) รัฐบาลในทุกระดับต้องทำหน้าที่ให้ประชาชนอยู่ดีกินดีได้อย่างสมบูรณ์โดยมุ่งมั่นที่จะทำให้สุขภาพและความเท่าเทียมเป็นทางเลือกทางการเมืองทำให้การพัฒนาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพทางสังคมได้ถูกดำเนินการอย่างจริงจัง เพิ่มขีดความ

## 3.1 การส่งเสริมสุขภาพจากยุโรปถึงเอเชีย

สามารถของกระทรวงสาธารณสุขในการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆเพิ่มขีดความสามารถและทักษะให้กับองค์กรหรือสถาบันต่างๆ รวมทั้งมีการกำกับติดตามประเมินผลอย่างโปร่งใสโดยให้ภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดติดตามและการกำหนดมาตรการในการจัดการความขัดแย้งเชิงผลประโยชน์

### 3.1.9 คำประกาศเซี่ยงไฮ้ เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ ในวาระ: 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน

**คำประกาศเซี่ยงไฮ้ เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ ในวาระ 2030 เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Shanghai Declaration on Promoting health in the 2030 agenda for Sustainable development)**

1) การส่งเสริมสุขภาพผ่านทุกเป้าหมายของการพัฒนาอย่างยั่งยืน(SDGs)และการให้ทุกภาคส่วนในสังคมมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสุขภาพทั้งนี้กฎบัตรรอดตายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเปรียบเสมือนเข็มทิศนำทางในการปรับปรุงหรือยกระดับปัจจัยกำหนดสุขภาพ การเสริมพลังประชาชนในการควบคุมสุขภาพ และให้คนเป็นศูนย์กลางของระบบสุขภาพ

2) ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ บริบทใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับพื้นที่และในระดับโลกสุขภาพของคนไม่สามารถแยกขาดจากสุขภาพของโลกได้โลกที่เชื่อมต่อกันและมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วส่งผลให้โลกเกิดวิกฤตทางสุขภาพ ทั้งนี้ความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพจำเป็นต้องใช้มาตรการทางการเมือง(ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น) โดยบูรณาการทุกภาคส่วนและทุกพื้นที่เพื่อแก้ปัญหา และบางเรื่องอาจจะต้องใช้มาตรการในระดับโลกในการจัดการปัญหา

3) ธรรมชาติเป็นสิ่งสำคัญสำหรับสุขภาพ โดยการออกนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ และทำให้ทุกนโยบายเพื่อสุขภาพ การกวดขันในเรื่องการบังคับใช้กฎหมาย รวมถึงการเก็บภาษีสินค้าที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ใช้นโยบายทางการเงินการคลังเป็นเครื่องมือในการทำให้เกิดการลงทุนในสุขภาพและการเพิ่มความเข้มแข็งของระบบสาธารณสุข รวมทั้งการใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบริหารจัดการที่มีความโปร่งใสตรวจสอบได้ และรับผิดชอบต่อสังคมและส่งเสริมการมีส่วนร่วม

แก้ปัญหาสาธารณสุขข้ามพรมแดนเห็นความสำคัญของการแพทย์พื้นบ้านที่สามารถทำให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพดีขึ้น รวมถึงการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs)

4) เมืองและชุมชนเป็นฐานที่ตั้ง(Setting)ที่สำคัญสำหรับสุขภาพสุขภาพเป็นเครื่องชีวิตที่สะท้อนความสำเร็จของการพัฒนาที่ยั่งยืน นอกจากนั้นผู้นำเมืองต้องเห็นความสำคัญของเรื่องการเคลื่อนย้ายของประชาชนจากชนบทมาสู่เมืองอย่างรวดเร็ว เรื่องภาวะเศรษฐกิจซบเซาอัตราการว่างงานสูงความยากจนรวมถึงความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมหรือภาวะมลพิษ การป้องกันและลดผลกระทบทางลบต่อสุขภาพให้กับประชาชนโดยการใช้นวัตกรรมทางสังคมและเทคโนโลยีสารสนเทศที่สามารถโต้ตอบได้อย่างทันที เช่น Social Media เป็นต้น การส่งเสริมความเท่าเทียม และส่งเสริมความรู้และทักษะของประชาชนโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนรวมทั้งการปรับระบบบริการทางการแพทย์และบริการทางสังคมให้สามารถเข้าถึงระบบบริการอย่างเป็นธรรม และให้ประชาชนและชุมชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

5) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วยเสริมพลังและขับเคลื่อนความเท่าเทียมโดยมองความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ และควรลงทุนในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนทั้งระดับชาติและระดับพื้นที่การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาเพิ่มความสามารถของประชาชนในการควบคุมสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพรวมทั้งการสนับสนุนทางเลือกเพื่อสุขภาพเช่นฉลากอาหารหรือโภชนาการ เป็นต้น

## 3.2 กฎอนามัยระหว่างประเทศ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกฎเกณฑ์ในการป้องกัน ปกป้องและควบคุมการแพร่กระจายของโรค ซึ่งกฎเกณฑ์ดังกล่าวอยู่ในรูปของข้อมติขององค์การอนามัยโลกที่เรียกว่า “กฎอนามัยระหว่างประเทศ” (International Health Regulations หรือ IHR) ซึ่งเป็นข้อตกลงระหว่างประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคที่อาจมีผลกระทบต่อการเดินทางและการค้าขายระหว่างประเทศซึ่งกฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับแรกเริ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2512 ซึ่งประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกได้ถือปฏิบัติต่อเนื่องกันมาจนถึงพ.ศ.2550อย่างไรก็ตามข้อกำหนดต่างๆในกฎหมายอนามัยระหว่างประเทศฉบับนี้ไม่สอดคล้องกับปัญหาและสถานการณ์ด้านสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และยังมีบางประเทศที่นำปัญหาเรื่องโรคติดต่อระหว่างประเทศมาเป็นข้อกีดกันทางการค้า ดังนั้นองค์การอนามัยโลกได้ร่วมกับประเทศสมาชิกจัดทำกฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับใหม่ขึ้นมา เพื่อให้สามารถตรวจจับการระบาดของโรคหรือภัยคุกคามด้านสาธารณสุขและมีการวางมาตรการป้องกันควบคุมโรคและลดผลกระทบต่อการเดินทางโดยเฉพาะเรื่องการขนส่งระหว่างประเทศ โดยกฎหมายอนามัยระหว่างประเทศฉบับใหม่นี้ได้ผ่านการรับรองในที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคมพ.ศ.2548จากสมาชิกขององค์การอนามัยโลกทุกประเทศ และมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2550 เป็นต้นไป (สำนักงานวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2559)

### สาระสำคัญของกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548

กฎอนามัยระหว่างประเทศในฐานะเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการปกป้องต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อระหว่างประเทศโดยกฎหมายอนามัยระหว่างประเทศฉบับนี้ไม่จำกัดการใช้เฉพาะกับบางโรคเหมือนอย่างในอดีตที่ผ่านมาได้แก่อหิวตักโรค กาฬโรค และไข้เหลือง แต่กฎอนามัยระหว่างประเทศฉบับนี้ยังสามารถใช้ได้เหมาะสมถึงแม้ว่าจะมีโรคใหม่ๆ เกิดขึ้น ทั้งนี้สาระสำคัญของกฎอนามัยระหว่างประเทศสามารถสรุปได้ดังนี้

1) วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค และการควบคุมโรคที่อาจเกิดจากภัยสุขภาพและการเดินทางข้ามประเทศโรคหรือภัยสุขภาพที่เกิดจากผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพของมนุษย์และชีวภาพเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการเดินทางและการค้าระหว่างประเทศโดยไม่ต้องไม่ละเมิดสิทธิมนุษยชนและอธิปไตยของแต่ละประเทศ ตลอดจนการบังคับใช้มาตรการด้านสุขภาพต้องกระทำด้วยความโปร่งใสและไม่เลือกปฏิบัติ(สำนักกระบวนวิชา, 2559)

2) ผู้ดำเนินการหรือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ประเทศสมาชิกจะดำเนินการผ่านจุดประสานงานกฎอนามัยระดับชาติ (National IHR Focal Point) ซึ่งแต่ละประเทศต้องมอบหมายหรือจัดตั้งจุดประสานงานและมีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโดยใช้อำนาจตามกฎหมายของประเทศดำเนินการด้านสาธารณสุขภายใต้กฎอนามัยนี้และจุดประสานงานกฎอนามัยระดับชาติจะติดต่อสื่อสารกับจุดประสานงานกฎอนามัยขององค์การอนามัยโลกตลอดเวลาสำหรับประเทศไทยได้มีการมอบหมายให้สำนักกระบวนวิชากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่เป็นจุดประสานงานกฎอนามัยระดับชาติ

3) บทบาทหน้าที่ของจุดประสานงานกฎอนามัยระดับชาติ กฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ได้กำหนดให้จุดประสานงานของกฎอนามัยระดับชาติมีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

3.1) ติดต่อกับจุดประสานงานกฎอนามัยขององค์การอนามัยโลกในนามของประเทศเพื่อแจ้งด่วนเรื่องการปฏิบัติตามกฎอนามัยโดยเฉพาะ

3.2) เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไปยังภาคส่วนอื่นๆที่เกี่ยวข้องภายในประเทศได้แก่ หน่วยงานที่รับผิดชอบ การเฝ้าระวังและการรายงาน ช่องทางเข้าออกประเทศ การบริหารสาธารณสุข คลินิก โรงพยาบาลและหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลข่าวสารจากหน่วยงานเหล่านั้น

4) ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ หมายถึงเหตุการณ์ด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อประเทศอื่นๆจากการแพร่ระบาดระหว่างประเทศ และต้องอาศัยความร่วมมือจากนานาชาติในการรับมือกับเหตุการณ์นั้นและเป็นที่พิจารณาแล้วเห็นว่ามีมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องกำหนดไว้ในกฎอนามัยระหว่างประเทศ คือ

## 3.2 กฎอนามัยระหว่างประเทศ

4.1) เหตุการณ์ด้านสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อประเทศอื่นๆ จากโรคที่ระบาดระหว่างประเทศ

4.2) เหตุการณ์ด้านสาธารณสุขที่อาจต้องตอบโต้โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างประเทศ

5) การพิจารณาว่าเป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกจะใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ โดยเฉพาะจากประเทศสมาชิกที่เกิดเหตุการณ์ โดยจะพิจารณาตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดไว้ในกฎอนามัยโดยอาศัย

5.1) ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับจากประเทศสมาชิก

5.2) เครื่องมือตัดสินใจจะต้องนำไปวิเคราะห์โดยใช้เครื่องมือนี้(ดังนั้นก็)ถ้ามีความเสี่ยงในการแพร่ระบาดข้ามประเทศอย่างรุนแรงและมีความเสี่ยงเรื่องเดินทางหรือการค้าระหว่างประเทศต้องแจ้งต่อองค์การอนามัยโลกตามกฎอนามัยระหว่างประเทศแต่ถ้า(ข)ไม่มีความเสี่ยงในการแพร่ระบาดข้ามประเทศอย่างรุนแรงและไม่มีความเสี่ยงเรื่องเดินทางหรือการค้าระหว่างประเทศไม่ต้องแจ้งเหตุต่อองค์การอนามัยโลกตามกฎอนามัยระหว่างประเทศแต่ให้ทำการประเมินจนได้ข้อมูลเพียงพอ เป็นต้น

5.3) คำแนะนำจากคณะกรรมการภาวะฉุกเฉิน

5.4) หลักการทางวิทยาศาสตร์ที่มีอยู่และข้อมูลข่าวสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

5.5) การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชากรประเมินความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคระหว่างประเทศ และการประเมินความเสี่ยงต่อการรบกวนการขนส่งระหว่างประเทศ

6) โรคและภัยสุขภาพที่เข้าเกณฑ์ตามแนวทางที่กฎอนามัยระหว่างประเทศกำหนด ประกอบด้วยหลักเกณฑ์ดังนี้

6.1) ประเภทที่ 1 โรคติดต่อที่ประเทศภาคีต้องแจ้งต่อองค์การอนามัยโลกภายใน 24 ชั่วโมง แม้จะมีผู้ป่วยเพียงรายเดียวและต้องรีบดำเนินการควบคุมป้องกันโรคทันทีที่ทราบว่ามีโรคระบาด ได้แก่ โรคฝีดาษ โปลิโอ ซาร์ส และไข้หวัดใหญ่ (ในคน) ที่เป็นเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่

6.2) ประเภทที่ 2 โรคที่ต้องแจ้งองค์การอนามัยโลกเมื่อมีความรุนแรงหรือเกิดการระบาดที่จะกระทบประเทศอื่น ได้แก่ อหิวาตกโรค Pneumonic plague ไข้เลือด Viral hemorrhagic fevers (Ebola, Lassa, Marburg), West Nile fever และโรคอื่นๆ ที่ประชากรโลกหวงกังวล เช่น Dengue fever rift Valley fever และ Meningococcal disease

หากเกิดการระบาดของโรค ประเทศสมาชิกต้องต้องรายงานต่อองค์การอนามัยโลกภายใน 24 ชั่วโมง และองค์การอนามัยโลกสามารถใช้ข้อมูลการเกิดโรคจากแหล่งข้อมูลอื่นที่ไม่ใช่ของประเทศนั้น เพื่อตรวจสอบกับประเทศสมาชิก เพื่อยืนยันและประเทศสมาชิกต้องจัดการควบคุมป้องกันโรคและองค์การอนามัยโลกจะส่งทีมงานผู้เชี่ยวชาญเข้าไปช่วยเหลือเมื่อมีการร้องขอจากประเทศนั้นๆ (สำนักกระบาดวิทยา, 2559)

7) บัญชีรายชื่อผู้เชี่ยวชาญ ตามกฎอนามัยระหว่างประเทศได้กำหนดให้ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกจัดทำบัญชีรายชื่อผู้เชี่ยวชาญจากทุกสาขาที่เรียกว่า “บัญชีรายชื่อผู้เชี่ยวชาญกฎอนามัย” โดยจะแต่งตั้งบุคคลเหล่านี้ตามระเบียบว่าด้วยการแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญให้เป็นคณะที่ปรึกษาและคณะกรรมการองค์การอนามัยโลก หรือที่เรียกว่า “ระเบียบการแต่งตั้งคณะที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลก” เว้นแต่กฎอนามัยนี้จะกำหนดเป็นอย่างอื่น (กรมควบคุมโรค, 2556)

8) คณะทำงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศได้มีการกำหนดคณะทำงานไว้ 2 ส่วน (กรมควบคุมโรค, 2556) ดังนี้

8.1) คณะกรรมการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Committee) เพื่อให้ความเห็นแก่ผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกในเรื่องต่างๆตามผู้อำนวยการใหญ่องค์การอนามัยโลกร้องขอเกี่ยวกับ(ก)เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนับว่าเป็นการฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศหรือไม่(ข)การยกเลิกภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ(ค)การออกคำแนะนำการเปลี่ยนแปลงปรับปรุงเนื้อหา การยืดอายุหรือการยกเลิกคำแนะนำชั่วคราว

8.2) คณะกรรมการทบทวนทางวิชาการ (Review Committee) เป็นคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญตามระเบียบว่าด้วยการแต่งตั้งผู้เชี่ยวชาญให้คณะที่ปรึกษาและคณะกรรมการองค์การอนามัยโลก เว้นแต่จะกำหนดเป็นอย่างอื่น

9) การพัฒนาปรับปรุงระบบและการเฝ้าระวังควบคุมโรคให้สามารถตรวจจับประเมินรายงานและควบคุมโรคภัยสุขภาพตั้งแต่ระดับหมู่บ้านจนถึงระดับประเทศพัฒนามาตรการการป้องกันและควบคุมโรค ณ ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ โดยให้มีความพร้อมภายในระยะเวลาไม่เกิน 5 ปีหลังจากรับรองกฎอนามัยระหว่างประเทศ

10) ด้านมาตรฐานสาธารณสุขที่ด้านเข้าออกระหว่างประเทศให้มีการพัฒนามาตรฐานงานควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ณ ช่องทางการเข้าออกระหว่างประเทศ

## 3.2 กฎอนามัยระหว่างประเทศ

### ความสำคัญของกฎอนามัยระหว่างประเทศต่อประเทศไทย

กฎอนามัยระหว่างประเทศพ.ศ.2548(International Health Regulations) มีสถานะเป็นกฎหมายระหว่างประเทศที่สมาชิกขององค์การอนามัยโลกต้องปฏิบัติตามประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกจึงได้รับเอากฎอนามัยระหว่างประเทศพ.ศ.2548 โดยเน้นการเฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติไม่ให้เกิดการลุกลามตั้งแต่ระดับชุมชนทุกพื้นที่ทั่วประเทศรวมถึงช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศได้แก่ท่าอากาศยานระหว่างประเทศและท่าเรือระหว่างประเทศเพื่อความปลอดภัยของประชาชนและความมั่นคงทางเศรษฐกิจ (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่, 2557)

ประเทศไทยเป็นประเทศแรกๆ ที่มีการจัดทำแผนพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำโดยกระทรวงสาธารณสุขด้วยความเห็นชอบจากผู้แทนของส่วนราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและได้รับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2551 ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาสมรรถนะของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังโรคและภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพในการตรวจจับความผิดปกติการแจ้งข่าวสาร การควบคุมภาวะดังกล่าวได้ตั้งแต่แหล่งเกิดโรค (Containment) ในทุกระดับ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาสมรรถนะห้องปฏิบัติการทุกระดับ ให้สามารถตรวจวินิจฉัยเชื้อโรค สารเคมี กัมมันตรังสีที่เป็นสาเหตุของภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานสากลและทันต่อเหตุการณ์

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศให้ปฏิบัติได้ตามข้อกำหนดกฎอนามัยระหว่างประเทศอย่างน้อย 18 แห่ง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาให้มีการประสานงานในการปฏิบัติตามกฎอนามัยอย่างบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

### โครงสร้างการทำงานตาม IHR (2005) ของประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกฎอนามัยระดับชาติ พร้อมทั้งได้แต่งตั้งคณะกรรมการ IHR (2005) ประกอบด้วยผู้บริหารระดับสูงจากกระทรวงต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 18 กระทรวง โดยมีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการ 4 คณะให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ต่างๆ ของแผนฯ ได้แก่

- (1) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสอบสวนและควบคุมโรค
- (2) คณะอนุกรรมการพัฒนาระบบและสมรรถนะห้องปฏิบัติการ
- (3) คณะอนุกรรมการพัฒนาสมรรถนะช่องทางเข้าออกประเทศ
- (4) คณะอนุกรรมการประสานงานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ

### ผลการดำเนินงานของประเทศไทย

ภายใต้กรอบของแผนพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005) ในช่วงปี พ.ศ. 2551 – 2555 มีการพัฒนาทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ตั้งแต่ระดับประเทศ เขต จังหวัด อำเภอ จำนวน 1,030 ทีม รวมทั้งมีการพัฒนาทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบล ในการเฝ้าระวังเหตุการณ์ (Event base Surveillance) ความผิดปกติของโรคและภัยสุขภาพในชุมชน และควบคุมโรคเบื้องต้น มีการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 โรคไข้หวัดนกในคน โรคมือเท้าปากในประเทศกัมพูชาและประเทศไทย การระบาดของ E-coli O104:H4 รวมทั้งการปนเปื้อนกัมมันตรังสีจากกรณีการระเบิดของโรงไฟฟ้านิวเคลียร์ในญี่ปุ่นและกรณีนมผงปนเปื้อนสารเมลามีนจากประเทศจีนซึ่งประเทศไทยได้รับผลกระทบทางการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ในประเทศภูมิภาคตะวันออกกลาง

การพัฒนาเครือข่ายและสมรรถนะของห้องปฏิบัติการในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและพัฒนาสมรรถนะของช่องทางเข้าออกประเทศทั้งที่เป็นท่าอากาศยานท่าเรือและด่านพรมแดน รวม 18 แห่ง ร่วมกับหน่วยงานเจ้าภาพหลักของช่องทางเข้าออกประเทศแต่ละแห่งทั้งภาครัฐและเอกชน

ทั้งนี้คณะรัฐมนตรีได้อนุมัติให้ขยายแผนพัฒนางานด้านกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (2005) ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2555 ออกไปจนถึงปีพ.ศ. 2559 เมื่อวันที่ 2 สิงหาคม 2556 ดังนั้นแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ยังคงมีผลอยู่และใช้เป็นกรอบทิศทางในการพัฒนางานกฎอนามัยระหว่างประเทศของประเทศไทยต่อไป

นอกจากนี้ยังมีอนุสัญญาด้านอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน เช่น อนุสัญญาบาเซล อนุสัญญาสตอกโฮล์ม เป็นต้น ในที่นี้ขอกกล่าวถึงอนุสัญญาบาเซล และอนุสัญญาสตอกโฮล์ม

### 3.3.1 ความเป็นมา

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ปัญหาการลักลอบนำของเสียอันตรายจากประเทศอุตสาหกรรมไปทิ้งในประเทศด้อยพัฒนาที่อยู่ในทวีปแอฟริกาอเมริกากลางและเอเชียใต้ทวีความรุนแรงมากขึ้น โครงการสิ่งแวดล้อมแห่งสหประชาชาติ (The United Nation Environment Programme : UNEP) จึงได้จัดประชุมนานาชาติขึ้นเมื่อเดือนมีนาคมพ.ศ. 2532 ณ นครบาเซลประเทศสวิตเซอร์แลนด์เพื่อจัดทำร่างอนุสัญญาบาเซลว่าด้วยการควบคุมการเคลื่อนย้ายและการกำจัดของเสียอันตรายข้ามแดน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมการนำเข้า ส่งออกและนำผ่านของเสียอันตรายให้เกิดความปลอดภัยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย รวมทั้งป้องกันการขนส่งที่ผิดกฎหมายและช่วยเหลือประเทศกำลังพัฒนาในการถ่ายทอดเทคโนโลยีการจัดการของเสียอันตรายโดยคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมซึ่งต่อมาได้เปิดให้ประเทศต่างๆ ลงนามเข้าร่วมเป็นภาคีตั้งแต่วันที่ 22 มีนาคม 2533 และมีผลใช้บังคับเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2535 ปัจจุบันมีประเทศสมาชิกที่ให้สัตยาบันเป็นภาคีสมาชิกอนุสัญญาแล้ว จำนวนทั้งหมด 169 ประเทศ (ข้อมูลเมื่อธันวาคม 2549) ประเทศไทยได้จัดส่งผู้แทนเข้าร่วมการประชุมระดับนานาชาติเพื่อจัดทำร่างอนุสัญญาและกำหนดข้อตกลงต่างๆ มาโดยลำดับและได้ให้สัตยาบันเป็นภาคีสมาชิกอนุสัญญาบาเซลเมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2540 อนุสัญญาบาเซลมีผลบังคับใช้ต่อประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2541 เป็นต้นมา (กรมควบคุมมลพิษ, ม.ป.ป.)

### 3.3.2 สารสำคัญ

อนุสัญญาจะควบคุมการขนส่งเคลื่อนย้ายกากสารเคมีประเภทต่างๆ ซึ่งเดิมได้กำหนดบัญชีรายชื่อของเสียที่ควบคุมเพียง 47 ชนิด แต่ต่อมาได้มีการปรับปรุงแก้ไขและจัดกลุ่มใหม่เป็น List A ซึ่งมี 61 ชนิด ได้แก่

1) ของเสียประเภทโลหะ 19 ชนิด เช่น สารหนู ตะกั่วปรอท แอสเบสตอส แคดเมียม ฯลฯ

2) ของเสียประเภทอินทรีย์สาร 6 ชนิด เช่น สารเร่งปฏิกิริยาฟลูออรีน ฯลฯ

3) ของเสียประเภทอินทรีย์สาร 20 ชนิด เช่น น้ำมันดิบ น้ำมันเตา ฯลฯ และ

4) ของเสียประเภทอินทรีย์สารและหรืออินทรีย์สาร 16 ชนิด เช่น ของเสียจากโรงพยาบาลวัดถูระเบิด ฯลฯ เป็นต้น

ของเสียที่อยู่ใน List A จะถูกห้ามมิให้มีการขนส่งเคลื่อนย้ายจากประเทศ OECD ไปยังประเทศ Non OECD ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2541 เป็นต้นมา ส่วนบัญชีรายชื่อของเสียใน List B ซึ่งเป็นของเสียไม่อันตรายนั้นได้รับการยกเว้นให้มีการเคลื่อนย้ายเพื่อนำกลับไปใช้ประโยชน์หรือใช้ใหม่ได้เช่น เศษเหล็กทองแดง ชิ้นส่วนอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เซรามิก พลาสติก กระจกและของเสียจากอุตสาหกรรมสิ่งทอ เป็นต้น นอกจากนี้ของเสียที่ถูกควบคุมภายใต้อนุสัญญายังรวมถึงของเสียอื่นซึ่งมีลักษณะตามภาคผนวกที่ 3 และของเสียที่ภาคีสมาชิกกำหนดห้ามนำเข้าภายในประเทศของตน เพิ่มจากที่กำหนดไว้เดิมก็ได้

การควบคุมจะเริ่มตั้งแต่วันที่การนำเข้าส่งออกและนำผ่านของเสียอันตรายไปยังประเทศอื่นจะต้องแจ้งรายละเอียดและขออนุญาตตามขั้นตอนจากหน่วยงานที่มีอำนาจ (Competent Authority) ของประเทศที่เกี่ยวข้อง (Competent Authority) ของประเทศไทย คือกรมโรงงานอุตสาหกรรม) การขนส่งต้องบรรจุหีบห่อติดป้ายขนส่งด้วยวิธีการที่กำหนดตามมาตรฐานสากลตลอดจนต้องมีการประกันภัยและรับผิดชอบในกรณีที่เกิดความเสียหายขึ้นโดยต้องนำกลับภายใน 30 วัน และต้องชดเชยค่าเสียหายหากเกิดอุบัติเหตุมีการรั่วไหลหรือปนเปื้อน

อนุสัญญาบาเซลมิได้เป็นเพียงมาตรการด้านกฎหมายเท่านั้นแต่ยังเป็นเครื่องมือและกลไกที่ทำให้เกิดการพัฒนาระบบจัดการของเสียอันตรายของประเทศภาคีสมาชิกให้อยู่ในระดับสากลและควบคุมการค้าขายกากของเสียอันตรายให้เป็นระบบมากขึ้นและช่วยลดความเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมจากของเสียอันตราย

### 3.3.3 บทบาทของประเทศไทย

ประเทศไทยได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอนุสัญญา มาตั้งแต่ต้นและได้เป็นภาคีสมาชิกอย่างสมบูรณ์เรียบร้อยแล้ว ในอนาคตอันใกล้ประเทศไทยจะต้องดำเนินการเตรียมความพร้อม ในการให้สัตยาบันสารการห้ามขนส่ง (Ban amendment) และ พิธีสารว่าด้วยความรับผิดชอบและการชดเชยค่าเสียหายต่อไปทั้งนี้ ประเทศไทยได้รับประโยชน์จากอนุสัญญาบาเซล ดังนี้

-สามารถป้องกันปัญหาการลักลอบนำของเสียมาทิ้งใน ประเทศเนื่องจากอนุสัญญาบาเซลนี้กำหนดมาตรการบังคับให้ ประเทศภาคีส่งออกรับผิดชอบในการนำกลับภายใน 30 วัน และชดเชยค่าเสียหายที่เกิดขึ้น

-การปฏิบัติตามข้อกำหนดอนุสัญญาบาเซลจะทำให้ ทรابل่วงหน้าหากมีการนำเข้า นำผ่านและส่งออกของเสีย อันตราย ซึ่งสามารถพิจารณาเตรียมการและเฝ้าระวังให้เกิด ความปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพยากรธรรมชาติของประเทศได้ มากกว่าการไม่ได้เป็นภาคี ซึ่งจะไม่ทราบการเคลื่อนไหวโดย เฉพาะกรณีที่ถูกนำผ่าน

-ได้รับสิทธิในการส่งออกของเสียอันตรายเพื่อนำไป กำจัดในประเทศภาคี ซึ่งมีเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีความ สามารถในการกำจัดของเสียอันตราย อาทิ การส่งออก ของเสียอันตรายประเภทหม้อแปลงไฟฟ้า/ตัวเก็บประจุไฟฟ้า ที่มีสารพีซีบีไปกำจัดในประเทศฝรั่งเศส และประเทศอังกฤษ

-สามารถค้าขายกับประเทศภาคีในการส่งออกและนำ เข้าของเสียอันตรายเพื่อการอุตสาหกรรมที่ใช้ของเสียอันตราย เป็นวัตถุดิบในกระบวนการผลิต

- จะได้รับความคุ้มครองและความช่วยเหลือทั้งทาง ด้านวิชาการและด้านการเงินจากกองทุนหมุนเวียน เพื่อแก้ไขปัญหากรณีเกิดอุบัติเหตุอันเนื่องจากการขนส่งเคลื่อนย้ายและ กำจัดของเสียอันตราย

- จะได้รับความช่วยเหลือด้านวิชาการและเทคโนโลยี ต่างๆจากประเทศภาคีที่พัฒนาแล้วเพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหา การจัดการของเสียอันตรายภายในประเทศให้เป็นระบบครบ วงจร ซึ่งจะทำให้สภาพแวดล้อมของประเทศดีขึ้น

-มีการกำหนดมาตรการและระเบียบปฏิบัติที่เข้มงวดใน การควบคุมการส่งออกนำเข้าและนำผ่านของเสียอันตรายรวม ทั้งการจัดหาอุปกรณ์และสถานที่กำจัดของเสียอันตรายภายใน ประเทศ



## 3.4 อนุสัญญาสตอกโฮล์มว่าด้วยสารมลพิษที่ตกค้างยาวนาน

### 3.4.1 ความเป็นมา

อนุสัญญาสตอกโฮล์มฯ ได้เปิดให้มีการลงนามครั้งแรกที่กรุงสตอกโฮล์ม ราชอาณาจักรสวีเดน เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2544 และมีประเทศที่ให้สัตยาบันแล้ว 176 ประเทศ (ข้อมูล ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2555) ทั้งนี้ อนุสัญญาสตอกโฮล์มฯ ได้มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 17 พฤษภาคม 2547 เป็นต้นมา สำหรับประเทศไทยได้ร่วมลงนามในอนุสัญญาสตอกโฮล์มฯ เมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2545 และได้ให้สัตยาบันในอนุสัญญาสตอกโฮล์มฯ เมื่อวันที่ 31 มกราคม 2548 โดยจุดมุ่งหมายของอนุสัญญาฯ คือ เพื่อคุ้มครองสุขภาพอนามัยของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมโดยการลดและ/หรือเลิกการผลิต การใช้ และการปลดปล่อยสารมลพิษที่ตกค้างยาวนานซึ่งเป็นกลุ่มสารประกอบอินทรีย์ที่ย่อยสลายได้ยาก มีคุณสมบัติเป็นพิษต่อมนุษย์และสัตว์ ตกค้างยาวนานสะสมในสิ่งมีชีวิตและสามารถเคลื่อนย้ายได้ไกลในสิ่งแวดล้อมในระยะแรกอนุสัญญาสตอกโฮล์มฯ ได้กำหนดสาร POPs เบื้องต้นจำนวน 12 ชนิด ประกอบด้วยสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ 9 ชนิด คือ aldrin, chlordane, DDT, dieldrin, endrin, heptachlor, hexachlorobenzene, mirex, toxaphene; สารเคมีอุตสาหกรรม 1 ชนิด คือ PCBs; และ สาร POPs ประเภทปลดปล่อยโดยไม่ตั้งใจ 2 ชนิด คือ dioxins และ furans ทั้งนี้ที่ประชุมรัฐภาคีสถียที่ 4 ของอนุสัญญาฯ เมื่อเดือนพฤษภาคม 2552 ได้เห็นชอบให้บรรจุสาร POPs เพิ่มเติมภายใต้อนุสัญญาสตอกโฮล์มฯ อีก ๙ ชนิด ประกอบด้วยสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและสัตว์ ๔ ชนิด คือ alpha-hexachlorocyclohexane, beta-hexachlorocyclohexane, chlordecone และ lindane; สารเคมีอุตสาหกรรม 4 ชนิด คือ hexabromobiphenyl, commercial pentabromodiphenyl ether, commercial octabromodiphenylether และ perfluorooctanesulfonate; และสาร POPs ประเภทปลดปล่อยโดยไม่ตั้งใจ 1 ชนิด คือ pentachlorobenzene นอกจากนี้ ที่ประชุมรัฐภาคีสถียที่ 5 ของอนุสัญญาฯ เมื่อเดือนเมษายน 2554 ได้เห็นชอบให้บรรจุสาร endosulfan เพิ่มเติมภายใต้อนุสัญญาสตอกโฮล์มฯ จนถึงปัจจุบันมีการกำหนดสาร POPs รวมทั้งสิ้น 22 ชนิด ในภาคผนวก เอ บี และ ซี ของอนุสัญญาสตอกโฮล์มฯ

### 3.4.2 พันธกรณีของอนุสัญญาฯ

- 1) ใช้มาตรการทางกฎหมายและการบริหารในการห้ามผลิตและใช้สาร POPs ประเภทปลดปล่อยโดยตั้งใจ
- 2) นำเข้า/ส่งออกสาร POPs ได้เฉพาะตามวัตถุประสงค์ที่อนุญาต
- 3) ส่งเสริมการใช้สารทดแทน แนวทางด้านเทคนิคที่ดีที่สุด (Best Available Techniques: BAT) และแนวการปฏิบัติด้านสิ่งแวดล้อมที่ดีที่สุด (Best Environmental Practices: BEP) เพื่อลดการปลดปล่อยสาร POPs ประเภทปลดปล่อยโดยไม่ตั้งใจ โดยพิจารณาดำเนินการภายใต้ศักยภาพและขีดความสามารถของประเทศ
- 4) สถานที่เก็บสาร POPs ต้องได้รับการดูแลไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์และสิ่งแวดล้อมรวมทั้งต้องดูแลจัดการของเสียที่เกิดจากสาร POPs และพื้นที่ปนเปื้อนอย่างเหมาะสม
- 5) จัดทำแผนจัดการระดับชาติเพื่อการปฏิบัติตามอนุสัญญาฯ และจัดส่งให้ที่ประชุมรัฐภาคี ภายใน ๒ ปี หลังจากอนุสัญญาสตอกโฮล์มฯ มีผลบังคับใช้ในประเทศตน รวมทั้งพิจารณาทบทวนและปรับปรุงแผนจัดการฯ ให้ทันสมัยตามที่เหมาะสม
- 6) ให้ผู้บริหารและผู้นำกำหนดนโยบายมีความเข้าใจเรื่องสาร POPs
- 7) เผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสาร POPs แก่สาธารณชน รวมทั้งกำหนดแผนและแนวปฏิบัติในการประชาสัมพันธ์ให้สตรีเด็กและผู้ด้อยโอกาสทางการศึกษาทราบเรื่องสารดังกล่าวและภัยอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม
- 8) สนับสนุนให้มีทำการวิจัยเรื่องผลกระทบต่างๆจากสาร POPs ทั้งในระดับชาติและระหว่างประเทศ
- 9) ตั้งศูนย์ประสานงานระดับชาติเพื่อทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและหน้าที่อื่นๆ

## 3.4 อนุสัญญาสตอกโฮล์มว่าด้วยสารมลพิษที่ตกค้างยาวนาน

### 3.4.3 การดำเนินงานที่ผ่านมา

กรมควบคุมมลพิษ ในฐานะศูนย์ประสานงานในการปฏิบัติตามพันธกรณีของอนุสัญญาสตอกโฮล์มฯ (National Focal Point) ได้ประสานหน่วยงานในประเทศและระหว่างประเทศในการปฏิบัติตามพันธกรณีของอนุสัญญาสตอกโฮล์มฯ อย่างต่อเนื่องทั้งนี้ประเทศไทยในฐานะภาคีสมาชิกของอนุสัญญาสตอกโฮล์มฯ ได้จัดทำแผนจัดการระดับชาติเพื่อการปฏิบัติตามอนุสัญญาสตอกโฮล์มฯ (National Implementation Plans: NIP) และดำเนินกิจกรรมและโครงการต่างๆ ตามแผนจัดการระดับชาติฯ ซึ่งได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานในการจัดการสาร POPs อาทิ การสร้างความตระหนักให้แก่ประชาชนและผู้ที่เกี่ยวข้อง การจัดทำ/ปรับปรุงฐานข้อมูลทำเนียบสาร POPs การพัฒนาให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลให้ความรู้การศึกษาวิจัย เทคโนโลยีการจัดการสาร POPs ที่เหมาะสมตลอดจนการกำจัดสาร POPs ขั้นสุดท้ายเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมและเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการลดและขจัดมลพิษจากสารมลพิษที่ตกค้างยาวนานดังกล่าว

ประเทศไทยจะได้รับประโยชน์จากการเข้าเป็นภาคีสมาชิกและปฏิบัติตามพันธกรณีของอนุสัญญาฯ ดังนี้

- ปกป้องสุขภาพอนามัยของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมของประเทศจากสารมลพิษที่ตกค้างยาวนาน
- มีการควบคุมการนำเข้าและการส่งออกสารมลพิษที่ตกค้างยาวนานอย่างเป็นระบบและเข้มงวด และก่อให้เกิดผลดีต่อการควบคุมสารเคมีอันตรายและการบริหารจัดการสารเคมีในประเทศ
- ปกป้องมิให้มีการลักลอบนำสารมลพิษที่ตกค้างยาวนานมาทิ้งในประเทศ
- ได้รับการสนับสนุนและความร่วมมือทั้งทางด้านวิชาการ เทคโนโลยี และด้านการเงินเพื่อการปฏิบัติตามอนุสัญญาฯ
- แสดงบทบาทของประเทศในการดำเนินการตามพันธกรณีจากการประชุมสหประชาชาติว่าด้วยสิ่งแวดล้อมและการพัฒนา (UNCED) ในการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมโลกโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ความร่วมมือระหว่างประเทศภายใต้แผนปฏิบัติการ ๒๑ (Agenda 21) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีตามแผนปฏิบัติการบทที่ ๑๙ (Chapter 19)

- มีการจัดทำทำเนียบการปลดปล่อยสารมลพิษที่ตกค้างยาวนานเพื่อใช้ประกอบการกำหนดแนวทางหรือมาตรการในการลด ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสารมลพิษที่ตกค้างยาวนาน

- มีการถ่ายทอดเทคโนโลยีเพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเสริมสร้างสมรรถนะและขีดความสามารถในการจัดการด้านสารเคมีตลอดวงจรของสารเคมี

- ส่งเสริมให้ภาคอุตสาหกรรมคำนึงถึงความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีอันตรายและพยายามค้นคว้าวิจัยสารทดแทนที่มีความปลอดภัยมากกว่า เพื่อสร้างศักยภาพในการแข่งขันทางการค้าและการลงทุน

## 3.5 บทบาทของประเทศไทยกับระบบสุขภาพโลก

ประเทศไทยมีทุนทางปัญญาและทุนทางสังคมด้านการพัฒนาสุขภาพในประเทศในระดับสูง เช่น ความสำเร็จในด้านนโยบายประชากร การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและบุคลากรของระบบบริการสุขภาพ การสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมป้องกันโรคเอดส์ และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลให้ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่ประสบความสำเร็จ มีบทบาท ประสบการณ์และอิทธิพลในการกำหนดวาระและนโยบายสุขภาพโลก รวมทั้งระบบสุขภาพในระดับภูมิภาคที่ค่อนข้างโดดเด่น ได้รับการยอมรับจากนานาประเทศในช่วงกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยผ่านการทำงานร่วมกันอย่างเป็นพันธมิตรและมีประสิทธิภาพระหว่างภาคการต่างประเทศ การสาธารณสุขและอื่นๆ นอกจากนี้ประเทศไทยยังเป็นสมาชิกที่มีบทบาทเข้มแข็งในกลุ่ม Foreign Policy and Global Health (FPGH) ซึ่งประกอบด้วยสมาชิก 7 ประเทศ ได้แก่ บราซิล อินโดนีเซีย ฝรั่งเศส สหราชอาณาจักร เซเนกัล แอฟริกาใต้ และไทย สมาชิกกลุ่มประเทศ ASEAN และสมาชิกขององค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559)

### 3.5.1 บทบาทของประเทศไทยผ่านความร่วมมือระดับพหุภาคี (Multilateral cooperation)

1) ความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศผ่านองค์การอนามัยโลก

- เวทีองค์การอนามัยโลกสำนักงานใหญ่ (WHOHQ Office) นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส ซึ่งประกอบด้วยประเทศสมาชิกประมาณ 196 ประเทศ ตัวอย่างเช่น การประชุมสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly - WHA) ในเดือนพฤษภาคมของทุกปี การประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลก (WHO Executive Board Meeting) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้งในเดือนมกราคมและพฤษภาคมของทุกปี การประชุมคณะกรรมการบริหารแผนงานและงบประมาณ (Program Budget and Administrative Committee - PBAC) ซึ่งจะประชุมก่อนคณะกรรมการบริหารองค์การอนามัยโลกและคณะทำงานทางด้านวิชาการขององค์การอนามัยโลกในรายประเด็น เป็นต้น

- เวทีองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO South-East Asia Regional Office) ณ กรุงนิวเดลี สาธารณรัฐอินเดีย ซึ่งประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศสมาชิกจำนวน 11 ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตัวอย่างการมีส่วนร่วมของประเทศไทยเช่น การประชุม

Regional Committee meeting (RC), การประชุม Health Minister Meeting (HMM), และการประชุมคณะทำงาน หรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ ที่เป็นภารกิจสำคัญ หรือประเด็นเร่งด่วนขององค์การอนามัยโลกหรือในระดับภูมิภาค เป็นต้น

- สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทยผ่านโครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก (WHO Country Cooperation Strategy - CCS)

### 3.5.2 ความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

ผ่านองค์การสหประชาชาติ สำนักงานใหญ่ ณ กรุงนิวยอร์ก โดยผ่านเวทีการประชุม UN General Assembly (UNGA) หรือ การประชุมเกี่ยวกับหน่วยงานพิเศษภายใต้สหประชาชาติ ณ นครเจนีวา สมาพันธรัฐสวิส เช่น การประชุมระดับสูงด้านการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ของ UNAIDS การประชุมด้านปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการอพยพย้ายถิ่นของ International Organization of Migration (IOM) การเตรียมการและตอบสนองด้านสุขภาพเมื่อเกิดภาวะภัยพิบัติของ UNISDR ประเด็นด้านสิทธิของผู้พิการภายใต้คณะมนตรีสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติ (United Nations Human Rights Council - UNHRC) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) เป็นต้น

- ความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างประเทศผ่านเครือข่ายระดับภูมิภาค เช่น ประชาคมอาเซียน (ASEAN Community), ASEAN Plus Three, ASEAN-China, Lower Mekong Initiative (LMI), Greater Mekong Sub-region (GMS) เป็นต้น

- ความร่วมมือด้านสุขภาพผ่านเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ เช่น เครือข่าย 7 ประเทศของ Foreign Policy and Global Health (FPGH) กองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (GFATM) เครือข่ายความมั่นคงด้านสุขภาพ (Global Health Security Agenda - GHSA), เครือข่ายด้านมาลาเรียในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (APLMA) เป็นต้น

## 3.5 บทบาทของประเทศไทยกับระบบสุขภาพโลก

### 3.5.3 บทบาทของประเทศไทยผ่านความร่วมมือระดับทวิภาคี

บทบาทของประเทศไทยผ่านความร่วมมือระดับทวิภาคี (Bilateral cooperation) เช่น

- Thailand-Japan เช่น โครงการความร่วมมือด้านสาธารณสุขในประเด็นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุหรือการพัฒนาาระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผ่าน Japan International Cooperation Agency (JICA) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช)

- Thailand-US เช่น ความร่วมมือด้านสุขภาพผ่านศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (Thailand MOPH-US CDC Collaboration)

- Thailand-CLMV countries อาทิเช่น Thailand-Cambodia, Thailand-Laos PDR, และ Thailand-Myanmar เป็นต้น

### 3.5.4 บทบาทของประเทศไทยผ่านประเด็นด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

บทบาทของประเทศไทยผ่านประเด็นด้านสุขภาพระหว่างประเทศที่มีความสำคัญ เช่น การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (universal health coverage) กรณี Migrants' Health การเตรียมการและตอบสนองด้านสุขภาพเมื่อประสบภาวะภัยพิบัติ implementation of health aspects in the Sendai Framework on Disaster Risk Reduction (DRR) ประเด็นเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะ (Anti-microbial Resistance - AMR) ความมั่นคงด้านสุขภาพ (Global Health Security) เป็นต้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

## 3.6 กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย

### 3.6.1 สารสำคัญ

#### สารสำคัญของกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563 (Thailand Global Health Strategic Framework 2016 – 2020)

กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการต่างประเทศตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นสาธารณสุขระหว่างประเทศที่ทวีความสำคัญมากขึ้นเป็นลำดับทั้งภายในและระหว่างประเทศ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ศาสตราจารย์นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน) ได้ประกาศนโยบายสนับสนุนกลไกสุขภาพโลก เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 และกำหนดให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 โดยมีเป้าประสงค์เพื่อประชาชนไทยมีสุขภาพที่ดีและประเทศไทยมีความมั่นคงและปลอดภัยด้านสาธารณสุข สามารถขับเคลื่อนและส่งเสริมให้เศรษฐกิจและสังคมไทยพัฒนาได้อย่างยั่งยืน รวมทั้งสามารถมีบทบาทและความร่วมมือระดับสากลเพื่อแสดงความรับผิดชอบอย่างสร้างสรรค์ด้านสุขภาพโลกในเวทีระหว่างประเทศ โดยแผนยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 - 2563 จะเน้นการดำเนินงานใน 5 ด้านหลัก ได้แก่

- 1) การส่งเสริมความมั่นคงด้านสุขภาพ
- 2) การเสริมสร้างระบบสุขภาพให้เข้มแข็งยุติธรรมและมีความเสมอภาค
- 3) ส่งเสริมบทบาทนำและความรับผิดชอบของไทยในประชาคมโลก
- 4) เสริมสร้างความสอดคล้องระหว่างนโยบายสุขภาพโลก
- 5) เสริมสร้างขีดความสามารถด้านสุขภาพโลกและกลไกการประสานการดำเนินงานกรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของไทยทั้งในระดับประเทศความร่วมมือระหว่างประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคมการเจรจาการค้าระหว่างประเทศและการปฏิบัติตามพันธกรณีระหว่างประเทศของไทยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโลก ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมความสอดคล้องและบูรณาการของการดำเนินงานด้านสุขภาพโลกของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข

### 3.6.2 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ประชาชนที่อาศัยในพื้นที่ดินไทยมีความมั่นคงทางสุขภาพ
2. ระบบสุขภาพไทยมีความเข้มแข็งยุติธรรมและเป็นธรรม
3. ประเทศไทยมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสุขภาพโลกและมีบทบาทนำด้านสุขภาพโลกใน 8 ด้าน ดังนี้
  - 3.1 ศูนย์กลางการให้บริการสุขภาพของภูมิภาคอาเซียนและเอเชีย
  - 3.2 การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
  - 3.3 การจัดการความเสี่ยงจากภัยพิบัติ
  - 3.4 เครือข่ายนักระบาดวิทยา
  - 3.5 หน่วยสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว
  - 3.6 ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ในภาวะภัยพิบัติ
  - 3.7 การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ
  - 3.8 การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
4. นโยบายสาธารณะและนโยบายสุขภาพของประเทศไทยมีความสอดคล้องและสมดุลระหว่างผลประโยชน์ทางการค้าการลงทุนกับสุขภาพของประชาชน
5. บุคลากรและองค์กรมีศักยภาพในการเจรจาต่อรองดำเนินงานด้านสุขภาพโลกได้อย่างมีประสิทธิภาพ