

รายงานการศึกษาทบทวนองค์ความรู้

เรื่อง

การพัฒนาระบบการดำเนินงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
: กรณีศึกษา 5 กรณี

โดย

นายแพทย์ อนุพงศ์ สุจริยากุล

เสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

บทคัดย่อ

เรื่อง การพัฒนาระบบการดำเนินงานนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : กรณีศึกษา 5 กรณี (Essential Features for Healthy Public Policy Development: 5 Case Studies)

ในการศึกษาบทพวณนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) มุ่งทบทวนองค์ความรู้ และวิเคราะห์ถึงปัจจัยเชิงระบบ การจัดองค์กร โครงสร้าง และกลไกที่จำเป็น เพื่อบริการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยเรียนรู้จากกรณีศึกษา 5 กรณี ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ดังต่อไปนี้ 1) นโยบายส่งเสริมสุขภาพ 2) นโยบายพัฒนาเด็กเพื่อสุขภาพ 3) นโยบายการแก้ปัญหาบุหรี่ 4) นโยบายการแก้ปัญหาเอดส์ และ 5) นโยบายการแก้ปัญหายาบ้า (2) ศึกษาถึงบทบาทขององค์กรเอกชน / ชุมชน / ประชาชนในการมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ และ (3) สรุปบทเรียนและสังเคราะห์ทางเลือกที่ควรจะเป็นในการพัฒนาระบบ/โครงสร้าง/กลไก ทุกระดับสำหรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย

บทเรียนของนโยบายสาธารณะ ทั้ง 5 กรณี แสดงให้เห็นว่า 1) การจัดตั้งองค์กร หรือการปรับปรุงองค์กรเป็นเรื่องที่จำเป็น โดยมีกลวิธีที่สอดคล้องกับหลักการการส่งเสริมสุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพ ที่สนับสนุนให้เกิดการทำงานร่วมกัน การประสานงาน / ประสานแผน ระหว่างหน่วยงานทุกสาขา และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน ตลอดจนการสนับสนุนกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งในทางปฏิบัติ จะมีประเด็นปัญหาในการประสานงาน / ประสานแผน และมีปัญหาในวิธีการงบประมาณ (เช่น กรณีนโยบายพัฒนาเด็ก นโยบายแก้ปัญหายาบ้า) 2) มาตรการนโยบายต่างๆ ที่กำหนดขึ้น จะมีความสอดคล้องและเหมาะสมอย่างไรนั้น ขึ้นกับวิสัยทัศน์ และการให้ความสำคัญต่อแนวคิดส่งเสริมสุขภาพของผู้บริหารหรือผู้นำ และการมี / การใช้หลักฐานจากองค์ความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้อง และทันสมัยในการกำหนดนโยบาย 3) การมีกลไกเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ การพัฒนาความรู้ และสร้างองค์ความรู้จากการทำวิจัย และระบบการติดตามตรวจสอบ และประเมินผล เป็นสิ่งที่จำเป็น 4) การออกกฎหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพมีความจำเป็น ในประเทศไทยที่ผ่านมา กฎหมายส่วนใหญ่ถูกใช้เป็นเครื่องมือของกระบวนการยุติธรรม แนวคิดในการใช้กฎหมายในการระดมทุนเพื่อนำมาทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังเช่น การออกกฎหมายจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพยังมีอยู่น้อย จึงมีความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนกระบวนการตัดสินใจในการร่างกฎหมาย 5) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนและประชาชน เป็นหัวใจของการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพ จึงจำเป็นต้องสนับสนุนให้มีโครงสร้าง และกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีการให้ความรู้และสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน โดย

การช่วยเหลือจากนักวิชาการ นอกจากนั้น ความตื่นตัวเรื่องสุขภาพขององค์กรเอกชนและประชาชน ยังเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการเรียกร้องให้มีมาตรการนโยบายที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ทำให้สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางนโยบายและกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม เสนอความความคิดเห็นที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับความต้องการของทุกฝ่าย และตรวจสอบผลกระทบจากการดำเนินนโยบาย 6) ภาครัฐมีบทบาทเชื่อมโยง ประสานเพื่อเสริมจุดแข็งและลดจุดอ่อนของภาคีความร่วมมือต่างๆ นอกภาครัฐ โดยแสวงหาความร่วมมือกับองค์กรภาคเอกชน และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างเสริมศักยภาพของชุมชน และประชาชน ให้เป็นผู้ริเริ่ม ผู้ตัดสินใจ และจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสุขภาพและปัญหาสุขภาพของตนเอง

โดยสรุป การพัฒนาระบบนโยบายสาธารณะ จะต้องปรับแนวความคิดของกระบวนการนโยบาย ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ในสังคมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ผู้กำหนดนโยบาย จะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจากนโยบายนั้น และแสดงความรับผิดชอบต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น จะต้องสนับสนุนการปรับโครงสร้างองค์กรหรือ การจัดองค์กรใหม่ เพื่อเปิดโอกาสให้องค์กรเอกชน และประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอนโยบายหรือแผนที่เหมาะสม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว พร้อมทั้งมีกลไกการติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน

ABSTRACT

Essential Features for Healthy Public Policy Development: 5 Case Studies

This report had three objectives. Firstly, it aimed to review the existing knowledge and analyzed about system, structure, and mechanisms of healthy public policy development in 5 case studies: namely, health promotion policy, healthy child development, anti-tobacco policy, AIDS policy, and anti-Amphetamine drug and its derivatives policy. The cases were both from domestic and international experiences. Secondly, it intended to study about community involvement and participation along policy process in each case. Lastly, structure and mechanisms of development were synthesised and proposed as options for thailand.

Case studies shedlight lesson learnt at least in 6 areas as follows: 1) re-organization or re-structure is essential to establish with new health promotion approach in the Ottawa Charter. New management, through the concept as health is cross-cutting issue, would give advantage of working together, co-ordination, and collaboration between and among the sectors, as well as strengthening the communities and people participation. 2) appropriateness and relevancy of policy measures depends on health promotion view of the leader / administer and wherter such measure is based on correct knowledge 3) mechanisms for good health information development and transfer, knowlegde establishment, research and development, and monitoring and evaluation are required. 4) Law enactment for health promotion, besides justice purpose, need to be enhanced and law enforcement needs to be strengtened. Paradigm to draft such a law for supporting health promotion activities like Thai Health Promotion Fund have to be changed. 5) As key success factor, health promotion activities are central to have partnership involvement and people participation. therefore, effective management and good information exchange are crucial. Appropriate knowledge transfer and awareness of self and community care would alert and call for impact assessment as well as healthy policy measures and transparent decision-making. 6)The government should act as a collaborator to link each partner to assist people and communities to formulate their action plan for health promotion.

In summary, development of health public policy needs to change policy process which enhances all stakeholders involvement and participation. To formulate public policy, policy-makers have to think about the impact that might be happened after implement process. Decision-makers should be responsible for mistakes if negative impact occurs. Therefore, it is required to establish new organization with new health promotion approach and good mechanisms for information and knowledge transfer, as well as monitoring and evaluation process.

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ตามกฎบัตรออตตาวา มีขอบเขตการดำเนินงานกว้างขวางมาก และครอบคลุมคนทั้งระบบ อันรวมถึงปัจจัยทางสังคม ค่านิยม วัฒนธรรม การเมือง ธุรกิจ และสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับคน และเป็นปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพด้วย จึงไม่อาจดำเนินงานได้โดยองค์การภาครัฐฝ่ายเดียว จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือและการระดมพลังจากทุกฝ่ายในสังคม เช่น ภาคประชาชน และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับมนุษย์และสิ่งแวดล้อมทั้งมวล

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการของการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในสังคม จึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของบทบาทภาคีทุกส่วนในสังคม กระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก็เช่นกัน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การประสานความร่วมมือของหน่วยงานทั้งภาครัฐด้วยกัน ภาคประชาชนและองค์กรพัฒนาเอกชน

ในการศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ (1) มุ่งทบทวนองค์ความรู้ และวิเคราะห์ถึงปัจจัยเชิงระบบ การจัดองค์กร โครงสร้าง และกลไกที่จำเป็น เพื่อรองรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ในกรณีศึกษาดังต่อไปนี้ 1) นโยบายส่งเสริมสุขภาพ 2) นโยบายพัฒนาเด็กเพื่อสุขภาพ 3) นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหาบุหรี่ 4) นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหาเอดส์ และ 5) นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหายาบ้า (2) ศึกษาถึงบทบาทขององค์กรเอกชน / ชุมชน / ประชาชนในการมีส่วนร่วมในการพัฒนา นโยบายสาธารณะเหล่านี้ และ (3) สรุปบทเรียนและสังเคราะห์ทางเลือกที่ควรจะเป็นในการพัฒนาระบบ/โครงสร้าง/กลไกทุกระดับ ต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย

นโยบายส่งเสริมสุขภาพ : ปัจจัยเชิงระบบ/โครงสร้าง/กลไก ที่สนับสนุนนโยบายส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย มีการจัดตั้งองค์กรดูแลส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด ภายใต้การกำกับของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีงบประมาณอุดหนุนประจำปีสำหรับดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้ตั้งของกระทรวงสาธารณสุข มีการจัดตั้งมูลนิธิ / กองทุนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีแหล่งรายได้หลักจากประมาณร้อยละ 2 ของภาษีบุหรี่และแอลกอฮอล์ กองทุนฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทุนแก่องค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ในการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง โดยทำโครงการ เช่น โครงการเมืองน่าอยู่ ในบางจังหวัด / พื้นที่ นอกจากนี้ มีการพัฒนากฎหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

โดยเฉพาะ เช่น กฎหมายสวมหมวกนิรภัย มีการใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพ แต่กฎหมายที่วัตถุประสงค์เพื่อใช้ระดมทุนหรือทรัพยากร ยังมีน้อย ส่วนการพัฒนาความรู้และวิจัย ยังไม่ได้รับการส่งเสริมอย่างจริงจัง บทบาทของประชาชน /ประชาสังคม / องค์กรเอกชนต่อนโยบายส่งเสริมสุขภาพยังมีไม่มาก อย่างประเทศแคนาดา และออสเตรเลีย แหล่งทุนอุดหนุนในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพขององค์กรเอกชน ส่วนใหญ่มาจากงบประมาณภาครัฐ

นโยบายพัฒนาเด็กเพื่อสุขภาพ : ปัจจัยเชิงระบบ/โครงสร้าง/กลไก ที่สนับสนุนนโยบายพัฒนาเด็กในประเทศไทย มีการจัดตั้งองค์กรประสานงาน ทั้งในส่วนภาครัฐและภาคเอกชน ที่เรียกว่า สยช. และ สอ.ดย. แผนงานโครงการส่วนใหญ่เน้นในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล งบประมาณกระจายอยู่ในแผนงานด้านการศึกษา การสาธารณสุขและบริการสังคม แม้ว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิของเด็ก แต่นโยบายของรัฐบาลในด้านพัฒนาเด็กมีน้อยมาก ประเทศไทยได้เข้าร่วมลงนามรับรองปฏิญญาโลกว่าด้วยความอยู่รอด การปกป้องและพัฒนาเด็ก ซึ่งเป็นข้อผูกพันที่จะต้องพัฒนาเด็กระดับโลก จึงมีการจัดทำทั้งแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนระดับชาติ และแผนระดับจังหวัด โดยมี สยช.ในส่วนกลาง และคณะอนุกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนในทุกจังหวัด รับผิดชอบการจัดทำแผน แต่มีปัญหาการประสานแผน ขาดความเป็นเอกภาพ และขาดงบประมาณในการผลักดันแผนไปสู่การปฏิบัติ กฎหมายที่เกี่ยวกับการพัฒนาเด็กมีอยู่มากมาย และกระจายกระจายภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวง ทบวง กรมที่เกี่ยวข้อง มีปัญหาความเป็นเอกภาพ กฎหมายบางฉบับล้าสมัย กลไกสนับสนุนด้านตุลาการ มีเพียงศาลเยาวชนและครอบครัวเท่านั้น ที่ทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครอง พื้นฟูและพัฒนาผู้กระทำผิดในระยะก่อนจะมีการพิจารณาคดี ขณะที่ระยะเข้าสู่กระบวนการศาล ยังไม่มีกลไกดูแล การพัฒนาความรู้และวิจัย ยังไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจน ทำให้ขาดงานวิจัยที่สนองต่อการแก้ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม ส่วนการมีส่วนร่วมของประชาชน /ประชาสังคม / องค์กรเอกชนนั้นต่อนโยบายพัฒนาเด็กนั้น ในเรื่องการดูแลเด็ก นอกจากแม่แล้ว ยาย และพ่อ ก็มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูเด็กในสังคมไทยในเรื่องสถานบริการเลี้ยงดูเด็ก มีความเพียงพอในแง่ปริมาณ แต่มีปัญหาคุณภาพของบริการและราคา องค์กรเอกชน มีบทบาทชัดเจนในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การบรรเทาผลร้ายที่เกิดกับเด็กและเยาวชนเมื่อถูกเอาเปรียบจากสังคม และมีส่วนร่วมในการจัดทำข้อเสนอหลักการในการจัดทำแผนพัฒนาเด็กและเยาวชน ผ่าน สอ.ดย.

นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหายาสูบ มีปัจจัยเชิงระบบ/โครงสร้าง/กลไก ที่สนับสนุนนโยบายควบคุมยาสูบในประเทศไทย ดังนี้ คือ มีการเคลื่อนไหวของขององค์กรเอกชน เช่นมูลนิธิหมอชาวบ้าน สมาคมแพทย์แห่งประเทศไทยถึงโทษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีการจัด

ตั้งองค์กรในระดับชาติ ที่เรียกว่า คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้รับงบประมาณจากรัฐบาล เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการณรงค์ควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งในส่วนของภาครัฐและเอกชน นอกจากรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณอุดหนุนทุกปีแล้ว องค์กรต่างๆ ยังสามารถรับการสนับสนุนจากกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพที่ตั้งขึ้นใหม่ในการดำเนินกิจกรรม การดำเนินงานมีมาตรการนโยบายที่หลากหลาย แต่สอดคล้องกัน เช่น การพัฒนากฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับ การมีมาตรการการขึ้นภาษีบุหรี่ มีการพัฒนาฐานข้อมูลด้านบุหรี่และสุขภาพ และการเฝ้าระวังราคาบุหรี่ต่างประเทศ เป็นต้น ด้านความรู้และวิจัย ได้รับการพัฒนาค่อนข้างมาก มีเครือข่ายวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีการจัดตั้งคลินิกบำบัดผู้ติดยาที่ไม่สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชน / ประชาสังคม / องค์กรเอกชนนั้น องค์กรเอกชนที่เรียกว่า มูลนิธิรณรงค์ผู้ไม่สูบบุหรี่ มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้มีมาตรการและนโยบายที่เหมาะสม ด้วยมีจุดแข็งที่มีผู้นำที่เข้มแข็ง มีข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย ทั้งเครือข่ายในและต่างประเทศ และมีการดำเนินกิจกรรมที่ต่อเนื่อง

นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหาเอดส์ มีปัจจัยเชิงระบบ/โครงสร้าง/กลไก ที่สนับสนุนนโยบายแก้ปัญหาเอดส์ในประเทศไทย ดังนี้ มีการเคลื่อนไหวของนโยบายสาธารณะสากล โดยการขึ้นชื่อขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับความเคลื่อนไหวขององค์กรเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับเอดส์ มีการจัดตั้งองค์กรในระดับชาติ ที่เรียกว่า คณะกรรมการประสานงานและควบคุมโรคเอดส์ ภายในกระทรวงสาธารณสุข เป็น คณะกรรมการประสานงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ และ คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์แห่งชาติ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานตามลำดับ เพื่อเป็นองค์กรประสานและบริหารนโยบาย และมีการปรับปรุงองค์กรจากศูนย์เฉพาะกิจป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เป็นการการจัดตั้งกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ เป็นสำนักงานเลขานุการ ขณะเดียวกัน มีการจัดตั้งคณะกรรมการต้านภัยเอดส์ในภาคเหนือตอนบน และ คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์ ระดับจังหวัดและระดับอำเภอด้วย มีการปรับโครงสร้างงบประมาณ จากการทำคำของบประมาณเป็นโครงการย่อยๆ มาเป็นแผนงบประมาณด้านสังคม และแผนงบประมาณด้านสาธารณสุข งบประมาณตามโครงสร้างนี้ รวมถึงบส่วนที่สนับสนุนองค์กรเอกชนและองค์กรชุมชนด้วย มีการปรับกลไกพัฒนานโยบาย โดยปรับกระบวนการที่มองปัญหาเอดส์ เป็นปัญหาทางสังคมมากกว่ามองเป็นประเด็นของโรค ทำให้เปิดโอกาสให้หน่วยงานภาครัฐอื่นนอกจากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรภาคเอกชน ประชาสังคม และภาคประชาชน เข้ามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย มีแผนแม่บท และ แผนปฏิบัติการ ทั้งแผนระดับชาติ และแผนระดับจังหวัด การพัฒนาความรู้และวิจัยนั้น มีเวทีสำหรับเปิดเผยข้อมูลข่าวสารจากทุกฝ่ายเพื่อ

แลกเปลี่ยนแนวคิดและข้อมูลจากนักวิชาการหลากหลายสาขา ทำให้องค์กรวิชาการจากนานาชาตมีโอกาสดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยในประเทศไทยมากมาย ด้วยเหตุผลจากการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ทางนโยบาย ทำให้มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารจากทุกฝ่าย ทำให้ภาคต่างๆ ในสังคม ตื่นตัว มองเห็นและเข้าใจถึงปัจจัยอันเป็นเงื่อนไขในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน /ประชาสังคม / องค์กรเอกชน มีการระดมพลังในการดำเนินกิจกรรมควบคุมเอดส์

นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหายาบ้า มีปัจจัยเชิงระบบ/โครงสร้าง/กลไก ที่สนับสนุนนโยบายแก้ปัญหายาบ้าในประเทศไทย ดังนี้ มีการจัดตั้งองค์กร เรียกว่า คณะกรรมการปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ปปส.) ทั้งในระดับชาติ กระทรวง และจังหวัด ทำหน้าที่เป็นองค์กรประสานแผนและนโยบาย มีการจัดงบประมาณอุดหนุนจากรัฐบาลประจำปี ผ่านทาง ปปส. เป็นหลัก ส่วนใหญ่เน้นในด้านการปราบปราม มากกว่าการให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการพัฒนากฎหมาย โดยปรับเปลี่ยนสถานะทางกฎหมายของยาบ้า จากวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เป็นยาเสพติดให้โทษ เพื่อลงโทษผู้เสพและผู้ค้าให้หนักยิ่งกว่าเดิม มีแผนแม่บท และ แผนปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ทุกระยะ 5 ปี มีการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า โดยสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข เฉพาะในรายที่สมัครใจเข้ารับบำบัด แต่ยังขาดการพัฒนาองค์ความรู้และการวิจัยเกี่ยวกับยาบ้า ทำให้ไม่สามารถกำหนดมาตรการนโยบายที่เหมาะสม สำหรับการมีส่วนร่วมของประชาชน /ประชาสังคม / องค์กรเอกชน ยังมีน้อยมาก

บทเรียนของนโยบายสาธารณะ ทั้ง 5 กรณีศึกษา วิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดส่งเสริมสุขภาพพบว่า การจัดตั้งองค์กรใหม่ หรือการปรับปรุงองค์กรให้สอดคล้องกับภารกิจที่มีนั้น ด้วยวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกัน การประสานงาน / ประสานแผน ระหว่างหน่วยงานทุกสาขา และเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน และสนับสนุนกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็งมีความจำเป็นและสำคัญมาก เพราะในทางปฏิบัติ จะมีประเด็นปัญหาในการประสานงาน / ประสานแผน และมีปัญหาในวิธีการงบประมาณ (เช่น กรณีนโยบายพัฒนาเด็กเล็ก นโยบายแก้ปัญหายาบ้า) ส่วนมาตรการนโยบายที่กำหนดขึ้น จะมีความสอดคล้องและเหมาะสมอย่างไรนั้น ขึ้นกับวิสัยทัศน์และการให้ความสำคัญของผู้บริหารทุกระดับ และการมี / การใช้หลักฐานจากองค์ความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้อง ทันสมัย รองรับในการกำหนดนโยบายมาน้อยเพียงไร แนวทางนโยบายเป็นไปตามหลักการของแนวคิดส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ นอกจากนั้น มีกลไกสนับสนุนเพื่อพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ การพัฒนาความรู้และการวิจัย และการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลหรือไม่ สำหรับมาตรการการกฎหมายในประเทศไทยยังมีข้อจำกัด เนื่องจากกฎหมายที่ผ่านมา ส่วน

ใหญ่ถูกใช้เป็นเครื่องมือของกระบวนการยุติธรรมเกือบทั้งหมด แนวคิดในการใช้กฎหมายในการระดมทุนที่จะนำมาส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย หรือนำมาช่วยเสริมการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การออกกฎหมายจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ยังมีอยู่น้อย มีความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ใหม่ในการร่างกฎหมาย

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนและประชาชน จำต้องมีการสนับสนุนให้มีโครงสร้างและกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง มีความคิดสร้างสรรค์และตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน ควรได้รับการเพิ่มศักยภาพให้มีความรู้ความเข้าใจถึงภาวะและปัญหาสุขภาพ ยังต้องการการสนับสนุนจากบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้านการได้รับการช่วยเหลือจากนักวิชาการในการให้ข้อมูล/ ประสพการณ์ / กิจกรรม ที่หลากหลายต่อองค์กรเอกชนและประชาชน เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการตัดสินใจ สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางนโยบายและกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม และเสนอความคิดความเห็นที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหายอย่างแท้จริงจากความต้องการของทุกฝ่าย ฉะนั้น ภาครัฐ ควรมีบทบาทเชื่อมโยง ประสานเพื่อเสริมจุดแข็งและลดจุดอ่อนของภาคีความร่วมมือต่างๆ นอกภาครัฐ จะต้องร่วมมือกับองค์กรภาคเอกชน และส่วนที่เกี่ยวข้อง สร้างเสริมให้ชุมชน ประชาชนเป็นผู้ริเริ่ม ตัดสินใจ และจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสุขภาพและปัญหาสุขภาพของตนเอง

โดยสรุป การพัฒนานโยบายสาธารณะ จะต้องปรับแนวความคิดของกระบวนการนโยบาย ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีต่างๆ ในสังคมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ผู้กำหนดนโยบาย จะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจากนโยบายนั้น และแสดงความรับผิดชอบต่อผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้น จะต้องสนับสนุนการปรับโครงสร้างองค์กรหรือ การจัดองค์กรใหม่ เพื่อเปิดโอกาสให้องค์กรเอกชน และประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะนโยบายหรือแผนที่เหมาะสม ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว พร้อมทั้งมีกลไกการประเมินผลอย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะทางเลือกในการพัฒนาระบบการดำเนินงานนโยบายสาธารณะ ผู้วิจัยมีความเห็นดังนี้ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินการนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่กำหนดโดยหลากหลายหน่วยงาน ควรจะจัดตั้งองค์กรที่ทำงานเชิงรุกด้านนโยบาย อาจเรียกว่า สภาสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่จะสนับสนุนให้เกิด “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ในขั้นตอนปฏิบัติการนโยบาย ควรจัดตั้งองค์กรที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการประสานแผนและนโยบาย โดยอาจเป็นองค์กรตั้งใหม่ หรือปรับปรุงองค์กรที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับภารกิจ มีการกำหนดโครงสร้างและแผนงบประมาณของนโยบายที่ชัดเจน ทำให้สามารถแปลง

นโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม อนึ่ง เพื่อให้การกำหนดมาตรการนโยบายมีความเหมาะสม สอดคล้องต่อปัญหาได้ถูกต้อง ควรพัฒนากลไก/หน่วยงานรับผิดชอบ เช่น พัฒนางองค์ความรู้ และการวิจัย ระบบข้อมูลข่าวสาร การติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลด้วย

บทที่ 1. บทนำ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy public policy) คือ นโยบายสาธารณะที่แสดงความห่วงใย อย่างชัดเจนเรื่องสุขภาพ ผู้กำหนดนโยบายพร้อมที่จะรับผิดชอบต่อผลกระทบด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบายนั้น เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมทั้งทางสังคมและทางกายภาพที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่มีสุขภาพดี เป็นนโยบายที่มุ่งทำให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่ก่อให้เกิดสุขภาพดี (WHO, 1988) ¹

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จึงเป็นนโยบายที่เป็นการประกาศชัดแจ้งถึงการตัดสินใจของหน่วยงาน/กระทรวงในทุกระดับของรัฐบาล ด้วยการแสดงเจตจำนงให้มียุทธศาสตร์ที่มุ่งเน้นความเสมอภาคและความเป็นธรรมเกิดขึ้น ทุกแห่ง ทุกชนชั้นในสังคม โดยให้ความสำคัญอันดับสูงในการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มผู้อ่อนแอ รวมทั้ง การมีกลไกตรวจสอบจากสาธารณะ (Public accountability) ถึงผลกระทบที่มีต่อสุขภาพจากการกำหนดนโยบาย จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสาธารณสุขแนวใหม่ (New Public Health)

วัตถุประสงค์หลักของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ก็คือ การเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนมีความสามารถในการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพดี นโยบายดังกล่าวจะช่วยให้พลเมืองมีทางเลือกต่างๆที่ดี และง่ายต่อการเข้าถึงมากกว่าเดิม ช่วยในการยกระดับสภาพแวดล้อมทางสังคมและกายภาพให้เป็นไปในทางส่งเสริมสุขภาพ (WHO, 1988 อ้างแล้ว)

ดังนั้น นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จึงเป็นการนำเรื่องสุขภาพเข้ามาเป็นประเด็นพิจารณาของผู้กำหนดนโยบายในทุกภาค ทุกสาขาและทุกระดับ โดยกระบวนการชี้แนะ (advocate) เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพที่จะตามมาจากการตัดสินใจของพวกเขา และยอมรับผิดชอบในผลกระทบต่อปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นอันเนื่องมาจากนโยบายหรือการขาดนโยบายที่จำเป็น นอกจากนี้ ความตระหนักที่จะมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จำต้องคำนึงถึงมิติของสังคมนิเวศ (socio-ecological perspective) ที่มีผลต่อสุขภาพเนื่องจากสุขภาพ เป็นทั้งผลผลิตและสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และมนุษย์อาศัยอยู่ในระบบนิเวศที่มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างแยกไม่ออก ²⁻³ จึงต้องให้ความสำคัญในนโยบายสุขภาพมากเท่ากับนโยบายด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ เป็นทั้งสิทธิขั้นพื้นฐาน และเป็นการลงทุนทางสังคม รัฐบาลมีความจำเป็นต้องจัดทรัพยากรเพื่อสนับสนุนการมีนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริม

สุขภาพของคนในชาติ เนื่องจากการลงทุนในนโยบายสาธารณะระยะสั้น นำไปสู่ผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจในระยะยาว การประสานนโยบายทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ให้เป็นการปฏิบัติที่มีลักษณะผสมกลมกลืน จึงเป็นสิ่งที่ควรทำ (WHO, 1988 อ้างแล้ว)

การแสดงเจตจำนงให้มั่นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพนั้น นอกจากหมายถึงการที่รัฐบาลและหน่วยงานที่จัดสรรทรัพยากรต่างๆ มีพันธะในการสำรวจผลกระทบจากนโยบายต่อสุขภาพแล้ว ยังหมายถึงการที่ต้องรายงานผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นนั้นต่อสาธารณชน โดยใช้ภาษาซึ่งเป็นที่น่าสนใจของคนทุกกลุ่มในสังคม และต้องมีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่สนับสนุนกระบวนการตัดสินใจ และการกระจายทรัพยากรในการดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพด้วย

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Making Healthy Public Policy) ⁴

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ มีขอบเขตออกไปนอกภาคสาธารณสุข หัวใจสำคัญของการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จะต้องประกอบด้วยกลยุทธ์ดังต่อไปนี้

1. การมีภาวะผู้นำ (Political leadership, Leadership of Department of Health and other government departments)
2. การแสดงเจตจำนงแน่วแน่ (Commitment from the top) ในการดำเนินนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
3. การเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน (Empowering the people)
4. การสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพดี (Healthy settings)
5. การสร้างภาคีเพื่อสุขภาพ (Health partnership, Health alliance) การกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างองค์กร ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น และความรับผิดชอบของสาธารณชนในเรื่องสุขภาพ จะเป็นพลังสำคัญที่จะผลักดันการเจริญเติบโตของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
6. การจัดการและการกำกับดูแล รัฐบาลและองค์กรต่างๆที่มีหน้าที่ควบคุมทรัพยากรจะต้องรับผิดชอบต่อประชาชนในผลพวงอันเนื่องมาจากนโยบายต่างๆของตนเองหรือการขาดนโยบายที่สำคัญ และรัฐบาลต้องมีพันธะที่จะวัด/รายงานผลกระทบด้านสุขภาพอันเนื่องมาจากนโยบายต่างๆของตนเอง และรายงานต่อสาธารณชนด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย

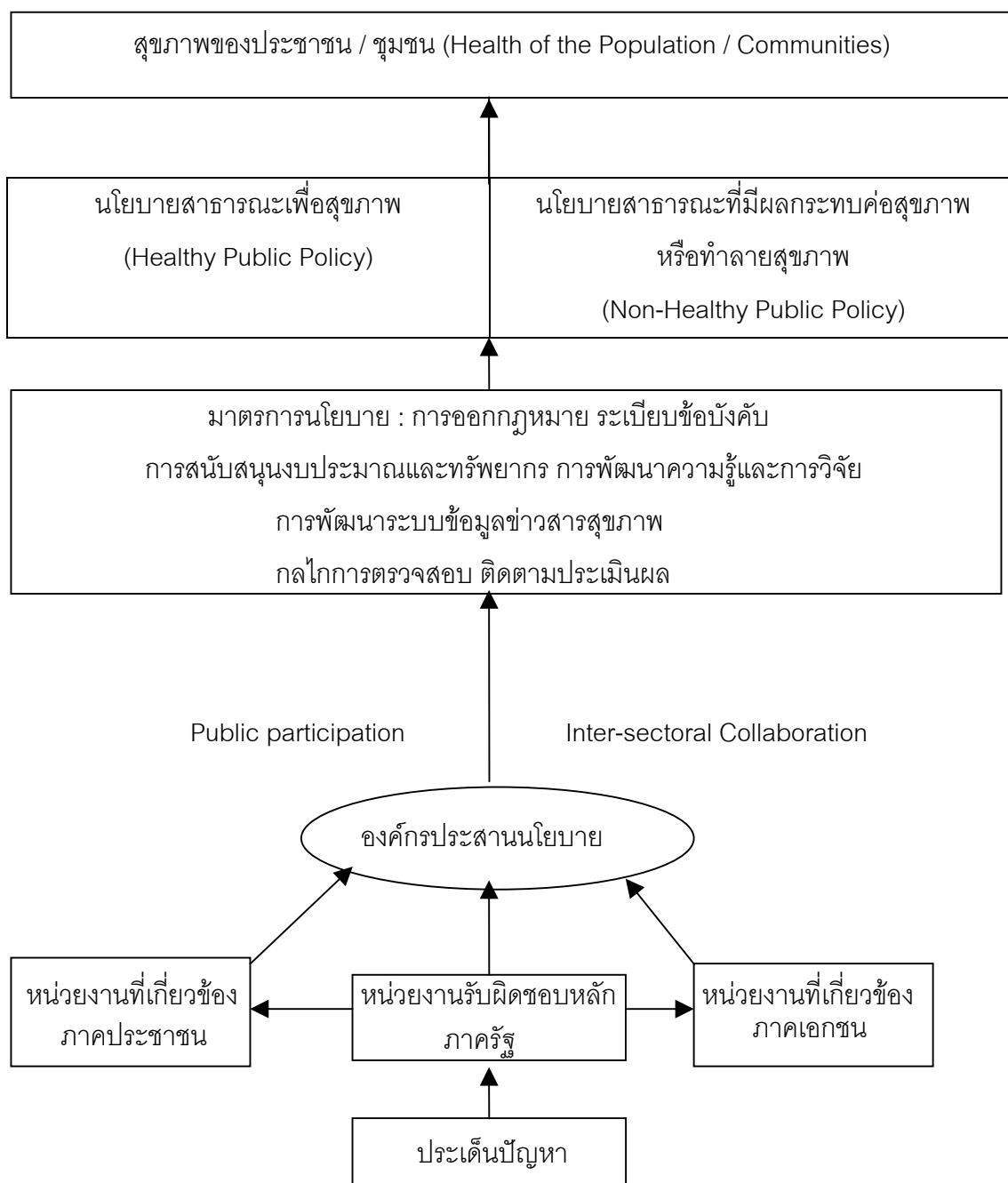
นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เป็นเรื่องของความเข้าใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ระหว่างสุขภาพกับสิ่งแวดล้อม สภาพเศรษฐกิจและทางเลือกส่วนบุคคล นโยบายสาธารณะเช่นนี้ จะเกิดขึ้นได้ต้องได้รับความเห็นดีด้วยจากภาคีต่างๆ นอกเหนือจากภาคสุขภาพ โดยใช้มาตรการต่างๆ ที่หลากหลายแต่สอดคล้องและสนับสนุนกัน อาทิเช่น อาศัยวิถีทางนิติบัญญัติ ออกเป็นกฎระเบียบหรือกฎหมาย มาตรการทางการเงินการคลัง มาตรการภาษีอากร และการเปลี่ยนแปลงการจัดรูปองค์กร การประสานกิจกรรมที่จะนำไปสู่สุขภาพ รายได้ และนโยบายต่างๆทางสังคมที่เสริมสร้างความเสมอภาคให้มากยิ่งขึ้นกว่าเดิม และมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องมีการค้นหาอุปสรรคที่กีดขวางการยอมรับ / ไม่อาจดำเนินนโยบายสาธารณะในองค์กรภาคอื่นๆ ที่ไม่ใช่องค์กรในภาคสาธารณสุข และหาทางขจัดอุปสรรคดังกล่าว เพื่อช่วยให้ผู้กำหนดนโยบาย สามารถเลือกหนทางที่ส่งเสริมสุขภาพได้ง่ายขึ้น ต้องพัฒนาโครงสร้างและกลไกเพื่อสนับสนุน⁵

ในการประชุมส่งเสริมสุขภาพนานาชาติครั้งที่ 2 ที่กรุงแอตแลนตา ประเทศออสเตรเลีย ได้มีข้อเสนอให้ประเทศต่างๆ มุ่งพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่สำคัญ 4 ประการ ดังนี้ (1) การส่งเสริมสุขภาพของสตรี ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของครอบครัวและชุมชน (2) อาหารและโภชนาการ จะต้องให้หลักประกันแก่ทุกคนในการได้รับอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพในปริมาณที่เพียงพอ และสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรม (3) บุหรี่และแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยทำลายสุขภาพอันร้ายกาจ ควรจะได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และ (5) ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการแพทย์จะต้องช่วยส่งเสริม (มิใช่ขัดขวาง) กระบวนการที่ทำให้เกิดความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น

ในการศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์ (1) มุ่งทบทวนองค์ความรู้ และวิเคราะห์ถึงปัจจัยเชิงระบบ การจัดองค์กร โครงสร้าง และกลไกที่จำเป็น เพื่อรองรับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ในกรณีศึกษาดังต่อไปนี้ 1) นโยบายส่งเสริมสุขภาพ 2) นโยบายพัฒนาเด็กเพื่อสุขภาพ 3) นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหาบุหรี่ 4) นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหาเอดส์ และ 5) นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหายาบ้า (2) ศึกษาถึงบทบาทขององค์กรเอกชน / ชุมชน / ประชาชนในการมีส่วนร่วมในการพัฒนา นโยบายสาธารณะเหล่านั้น และ (3) สรุปบทเรียนและสังเคราะห์ทางเลือกที่ควรจะเป็น ในการพัฒนาระบบ/โครงสร้าง/กลไกทุกระดับ ต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย

2. กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ แนวนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

1. การพัฒนานโยบายสาธารณะกับกรณีศึกษา 5 กรณี (ในการศึกษา)
2. ปัจจัยเชิงระบบ การจัดองค์กร โครงสร้าง และกลไก ในทุกระดับที่สนับสนุนให้นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเกิดผลอย่างจริงจัง และยั่งยืน
3. การประสานความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐทั้งภาคสาธารณสุข และนอกภาคสาธารณสุข
4. การมีส่วนร่วมของชุมชน/องค์กร/ประชาสังคม ในการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ



บทที่ 2 บทเรียนนโยบายสาธารณะ

เพื่อนำไปสู่กระบวนการและการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาบทเรียนนโยบายสาธารณะที่สำคัญ 5 กรณี โดยเลือกศึกษาจากประสบการณ์ประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และไทย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องแนวคิดเชิงระบบ / โครงสร้าง/ กลไกที่จำเป็นต้องมีในการกำหนดและพัฒนานโยบาย การปรับโครงสร้างองค์กร แผนงบประมาณ ตลอดจนปัญหาอุปสรรค

2.1 นโยบายส่งเสริมสุขภาพ

สุขภาพ คือสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกัน ไม่ใช่แต่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือ ความพิการเท่านั้น⁶

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มความสามารถของคนเราในการควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น การส่งเสริมสุขภาพ จึงเป็นกระบวนการทางสังคมและการเมืองที่ครอบคลุมกิจกรรมด้านต่างๆ ที่มุ่งให้เพิ่มทักษะ ความสามารถในการด้านต่างๆ ของแต่ละบุคคล ไปจนถึงกิจกรรมระดับชุมชน และระดับการรวมพลังทางสังคม เพื่อเปลี่ยนแปลง และพัฒนาสภาวะแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ที่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนในสังคม โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน และเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน⁷

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ เริ่มพัฒนาครั้งแรกในประเทศแคนาดา และมีประสบการณ์ยาวนานกว่า 20 ปี จนได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลกว่า เป็นแนวคิดที่เหมาะสมกับกาลสมัยและสภาพปัญหา สามารถนำไปสู่เป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” ได้ และแนะนำให้ประเทศสมาชิกนำแนวทางการส่งเสริมสุขภาพไปใช้ในการพัฒนาการสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน

การพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีขอบเขตกว้างขวาง ที่ครอบคลุมเรื่องสุขภาพทุกเรื่อง และเป็นหลักชัยทางสุขภาพโดยรวม ให้ไปสู่การปฏิบัติที่บรรลุผล จำเป็นต้องมีการจัดสร้างและพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและกลไกสนับสนุน เพื่อเป็นรากฐานที่แข็งแกร่งรองรับการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สามารถประสานยุทธศาสตร์ ยุทธวิธี และกิจกรรมแต่ละด้าน แต่ละเรื่องให้สอดคล้องกันอย่างเป็นเอกภาพ และมีทิศทางที่พึงประสงค์ในทางเดียวกัน

การประชุมระดับโลกว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 4 ที่กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย ได้มีการกำหนดกลยุทธ์สำคัญเพื่อการส่งเสริมสุขภาพร่วมกันดังนี้⁸

1. การสร้างความรับผิดชอบร่วมกันในทุกส่วนของสังคม
2. การลงทุนเพื่อสุขภาพอย่างถูกต้องและเพียงพอ
3. การฝึกและขยายภาคีเพื่อสุขภาพ
4. การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน
5. การพัฒนาโครงสร้างและกลไกที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

ในเอกสารนี้ จะกล่าวถึงการพัฒนาในส่วนที่เกี่ยวกับโครงสร้าง กลไกและงบประมาณเท่านั้น

1. การพัฒนาโครงสร้างและกลไกที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

โครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Infrastructure for Health Promotion) ตามคำจำกัดความที่นิยามโดยองค์การอนามัยโลก คือ ทรัพยากรทั้งบุคคลและวัตถุ โครงสร้างและการบริหาร นโยบาย กฎระเบียบ และสิ่งจูงใจที่สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อสนองตอบประเด็นปัญหาทางสาธารณสุข เป็นบทสรุปจากประสบการณ์ของนานาประเทศที่ได้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพอย่างเข้มแข็งมาก่อนแล้วว่า จำเป็นต้องมีองค์กรส่งเสริมสุขภาพ และการให้ทุนสนับสนุนการทำการกิจกรรม สำหรับประเทศในภาคพื้นเอเชีย แปซิฟิก ได้ร่วมกันประกาศอย่างเป็นทางการ ใน “คำประกาศกรุงเทพ - The Bangkok Statement” โดยระบุว่า การส่งเสริมสุขภาพ ต้องการโครงสร้างในรูปของหน่วยงานและงบประมาณเพื่อประสานงานโครงการต่างๆ ที่ดำเนินอยู่อย่างเป็นเอกเทศเข้าด้วยกัน ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ เพื่อประโยชน์ในการแลกเปลี่ยนยุทธวิธีการดำเนินงาน หลีกเลี่ยงความซ้ำซ้อน และเพื่อให้การใช้ทรัพยากรต่างๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล⁹

ในประเทศแคนาดาและออสเตรเลีย มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพหลายด้าน ดังนี้¹⁰

- 1) การพัฒนาโครงสร้างองค์กร สำหรับการพัฒนา นโยบายและโครงการส่งเสริมสุขภาพ

ในประเทศแคนาดา

ระดับรัฐบาลกลาง มีการก่อตั้งคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ภายในกรมอนามัยและสวัสดิการ (โดยการรวมหน่วยงานที่ทำงานอิสระด้านบุหรื แอลกอฮอล์ ยาเสพติด อาหาร และอนามัยเด็กเข้าด้วยกัน ในปี 2521) ส่วนระดับจังหวัด/เขตปกครอง มีการก่อตั้งสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ และสำนักสาขา เช่น ในบริติชโคลัมเบีย และออนตาริโอ เป็นต้น และกรรมการสุขภาพเขตในเขต

ปกครองนอร์ธเวสต์ นอกจากนี้ ยังมีสภาพสุขภาพระดับจังหวัด ที่คอยให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสาธารณสุข

ในประเทศออสเตรเลีย

ระดับรัฐบาลกลาง ภาครัฐมีหน่วยงานที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ กองพัฒนาสุขภาพ กรมอนามัย การเคหะและบริการชุมชน กระทรวงสาธารณสุข องค์การพัฒนาเอกชนที่สำคัญ ได้แก่ มูลนิธิโรคหัวใจแห่งชาติ ในระดับมลรัฐ/เขตปกครองเช่น ในรัฐนิวเซาท์เวลส์ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการส่งเสริมสุขภาพ คือ กรมอนามัยแห่งมลรัฐนี้ โดยมีส่วนร่วมจากสถานีนามัยชุมชน โรงพยาบาล องค์การพัฒนาเอกชน องค์การชุมชน และหน่วยงานอื่นๆ (ได้แก่ แผนกสุขภาพจิต สำนักงานโรคเอดส์ แผนกสุขภาพสตรี แผนกสุขภาพผู้สูงอายุ แผนกอนามัยครอบครัวและเด็ก คณะกรรมการด้านยาเสพติดและแอลกอฮอล์ และโครงการส่งเสริมสุขภาพชนพื้นเมือง)

ในรัฐวิกตอเรีย องค์การรับผิดชอบหลัก คือ กรมอนามัยและบริการชุมชน และมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งวิกตอเรีย (Victoria Health Promotion Foundation หรือ VicHealth) โดยมีการวางแผนกลยุทธ์ร่วมกัน องค์การพัฒนาเอกชนอื่น ที่สำคัญได้แก่ สมาต่อต้านมะเร็งแห่งวิกตอเรีย สภาพสุขภาพผู้บริโภคร และหน่วยงานอื่นๆ ได้แก่ เทศบาล องค์การพัฒนาชุมชน

ในรัฐควีนส์แลนด์ องค์การรับผิดชอบหลัก คือ กรมอนามัย และสำนักงานพัฒนาสุขภาพแห่งมลรัฐ ในรัฐออสเตรเลียใต้ องค์การรับผิดชอบหลัก คือ คณะกรรมการสาธารณสุขแห่งออสเตรเลียใต้ (ฝ่ายสาธารณสุขสังคมและพัฒนานโยบาย และฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ) และมูลนิธิออสเตรเลียใต้

ในรัฐออสเตรเลียตะวันตก องค์การรับผิดชอบหลัก คือ กรมอนามัยแห่งมลรัฐ และมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งออสเตรเลียตะวันตก

ในเขตปกครองเหนือ องค์การรับผิดชอบหลัก คือ กรมอนามัยแห่งมลรัฐ และองค์การพัฒนาเอกชน

สำหรับประเทศไทย ¹¹ มีนักวิชาการได้วิเคราะห์นโยบายสาธารณสุขภายใต้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ตั้งแต่ครั้งสถาปนากระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2485 จนถึงปี พ.ศ. 2539 ประเทศไทย มีกลุ่มนโยบายสาธารณสุขที่มีลักษณะของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือ ให้ความสำคัญกับเรื่องการสร้างสภาพแวดล้อม พัฒนาพฤติกรรมอนามัยเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขให้เพียงพอ สามารถเข้าถึง บริการมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม นโยบายเหล่านี้ มีลักษณะค่อยเป็นค่อยไป มีลักษณะเป็นงานประจำมากกว่า เป็นนโยบายทางการเมืองที่มีผลต่อสาธารณะอย่างชัดเจน ยังขาดความต่อเนื่องของนโยบาย ขาดความร่วมมือระหว่างสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้อง ¹²

มีนักวิชาการหลายท่าน¹³ ได้วิเคราะห์แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 1-7 พบว่า กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพได้ถูกกำหนดไว้ตั้งแต่ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 แล้ว แผนงานส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุข แต่เป็นที่น่าเสียดายที่ไม่มีกลยุทธ์และวิธีการที่ชัดเจนเช่นในประเทศอื่น ภาพลักษณ์ของงานส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมาสามารถสรุปได้ดังนี้คือ กิจกรรมมีลักษณะเป็นเฉพาะอย่างตามกระแสและความสนใจของกลุ่มการดำเนินงานมีความแตกต่างกันในแต่ละวิชาชีพ และต่างคนต่างทำ ขาดผลงานวิจัย และแหล่งข้อมูลข่าวสารรองรับ ส่วนใหญ่เป็นการจัดบริการระดับปัจเจกบุคคล มุ่งเน้นแต่เรื่องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงในประชากรกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น ขาดปัจจัยเอื้อ/ปัจจัยเสริมที่สำคัญ เช่น กฎหมาย นโยบายสาธารณะด้านส่งเสริมสุขภาพระดับชาติ เป็นต้น จึงมีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของประชาชนในวงจำกัด การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคเอกชนมีน้อย และการรณรงค์เผยแพร่ประชาสัมพันธ์กิจกรรมให้แก่ประชาชนไม่เร้าความสนใจ ที่สำคัญคือ ผู้นำหรือผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ขาดการเผยแพร่และสนับสนุนแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ชัดเจนด้วย ขณะที่แผน 8 แผนงานส่งเสริมสุขภาพมีการกำหนดชัดเจนในแผนการส่งเสริมควบคุมและป้องกันโรค (สาขาที่ 3)

1. 2) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการสนับสนุนงบประมาณ หรือแหล่งทุน
รูปธรรมที่ได้รับการยอมรับในฐานะต้นแบบขององค์กรส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่ มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งรัฐวิกตอเรีย ประเทศออสเตรเลีย หรือวิกเฮลท์ (Victoria Health Promotion Foundation - VicHealth) ซึ่งจัดตั้งตามกฎหมายยาสูบ พ.ศ. 2530 วิกเฮลท์ เป็นองค์กรกึ่งรัฐขนาดเล็กที่ต่างจากระบบราชการ มีการบริหารจัดการที่มีความคล่องตัวสูงในการสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ทุนสนับสนุนองค์กรและหน่วยงานอื่นในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ รายได้ของมูลนิธิมาจากส่วนหนึ่งของภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาของรัฐ

แม้ว่าประเทศออสเตรเลีย จะประสบความสำเร็จในการจัดตั้งองค์กร หรือมูลนิธิในลักษณะเดียวกันกับวิกเฮลท์ในเกือบทุกรัฐ แต่ในภาพรวมของประเทศแล้ว ถือว่า ยังมีจุดอ่อนในเรื่องโครงสร้างพื้นฐานระดับชาติ จึงมีการเสนอให้จัดตั้งองค์กรส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติขึ้น เพื่อเป็นแกนกลางในการประสานความร่วมมือและทรัพยากรจากภาคต่างๆ และรัฐต่างๆ¹⁴

ขณะที่ประเทศนิวซีแลนด์ ได้จัดตั้งสภาอุปถัมภ์สุขภาพ (Health Sponsorship Council) ขึ้น ซึ่งเป็นองค์กรกึ่งรัฐกึ่งเอกชนระดับชาติ จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย Smoke-free Environment Act 1990 ทำหน้าที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและสนับสนุนวิถีชีวิตที่ถูกต้องอนามัย ในฐานะองค์กรผู้จัด

บริการ / กิจกรรมระดับชาติ (National Provider) ในโครงการหลัก 3 โครงการ ได้แก่ โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (Smoke-free) โครงการรณรงค์ลดอุบัติเหตุจราจร (Street-skills) และโครงการรณรงค์ต่อต้านโรคมะเร็งผิวหนังจากแสงแดด (Sun-smart) รวมทั้งให้ทุนสนับสนุน หรือทุนอุปถัมภ์แก่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผ่านโครงการรณรงค์ทางการกีฬา ศิลป วัฒนธรรม สื่อโฆษณาเพื่อสร้างค่านิยมสุขภาพที่ถูกต้อง แต่ไม่ประสบความสำเร็จเท่าไรนัก

สำหรับการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย¹⁵ เป็นความพยายามที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลามากกว่า 3 ปี ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มูลนิธิรณรงค์การไม่สูบบุหรี่และแวดวงนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง ที่มองเห็นและตระหนักถึงความสำคัญขอแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ในฐานะเป็นยุทธศาสตร์เชิงรุกในการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่มีอยู่ในปัจจุบันและในอนาคต และพัฒนาสถานะสุขภาพของประชาชน เพื่อเป็นกลไกระดับชาติในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนผ่านภาคีต่างๆในสังคมไทย โดยได้ทำข้อเสนอจัดตั้งสถาบันและกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส) ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2539 ข้อเสนอดังกล่าวได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการการดำเนินงานตามแผนแม่บทการเงินการคลังเพื่อสังคม รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลัง และคณะรัฐมนตรีตามลำดับ และได้รับผ่านความเห็นชอบจากรัฐสภาแล้วเมื่อตุลาคม 2542 ขณะนี้ อยู่ในขั้นกรรมาธิการก่อนจะประกาศเป็นกฎหมายต่อไป อย่างไรก็ตามก็ดี สถาบันสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส) ได้มีการจัดตั้งแล้ว มีฐานะเป็นองค์การภายใต้ พรบ. องค์การมหาชน

กองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (Thailand Health Promotion Foundation - ThaiHealth)

ก. หลักการและวัตถุประสงค์ ในร่างพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพได้กำหนดเงื่อนไขสำคัญคือเป็นองค์การมหาชนขนาดเล็ก มีความคล่องตัวในการบริหารงาน มีประสิทธิภาพสูงและปราศจากการเมือง กองทุนฯ มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อพัฒนาสมรรถนะของประเทศไทย ที่จะมีโครงการและมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่มีสัมฤทธิ์ผลสูงด้วยต้นทุนต่ำ
2. เพื่อปลูกฝังความตระหนักและส่งเสริมค่านิยมของคนไทยที่จะมีสุขภาพดี มากกว่าเน้นการรักษาเยียวยาเมื่อเจ็บป่วยแล้ว โดยการสนับสนุนทุนแก่สื่อกลางที่ใช้ในทางส่งเสริมสุขภาพผ่านทางโครงการรณรงค์งานศิลปวัฒนธรรม การกีฬา การสื่อสารมวลชน
3. เพื่อสนับสนุนบุคคล หน่วยงาน องค์กร ภาคีต่างๆ ให้ดำเนินงานร่วมกันในลักษณะประชาสังคมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ข. แหล่งรายได้ของกองทุนสนับสนุนฯ

กองทุนสนับสนุนฯ มีแหล่งรายได้หลักจากการผูกพันภาษีสรรพสามิตกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีรายได้จากประมาณร้อยละ 2 ของภาษีบุหรี่และแอลกอฮอล์ การดำเนินงานของกองทุน เน้นการทำหน้าที่ประสานจัดการ มากกว่าการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเอง โดยใช้ยุทธศาสตร์ ดังนี้ 1) การสร้างองค์ความรู้วิชาการ 2) การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในที่ที่ประชาชนใช้ชีวิตประจำวัน 3) มุ่งเน้นการรณรงค์ในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงสูง และมุ่งเป้าหมายจัดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อสุขภาพ 4) สร้างคุณค่า / ค่านิยมใหม่ทางสุขภาพ และ 5) สนับสนุนองค์กรเอกชนและประชาชนในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.3) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการสนับสนุนกิจกรรมของชุมชน

ในประเทศแคนาดา

การเคลื่อนไหวในเรื่องเมือง/ชุมชนสุขภาพดี ก่อตัวในประเทศแคนาดาเป็นครั้งแรก และองค์การอนามัยโลกได้นำไปขยายผลและดำเนินการเป็น โครงการชุมชนสุขภาพดี ทั่วโลกในปี 2529 รัฐบาลกลาง ได้สนับสนุนโครงการนี้ตั้งแต่แรก ได้จัดพิมพ์จดหมายข่าวและหนังสือคู่มือจำนวนมาก จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในชุมชนทั่วประเทศ และจัดประชุมสัมมนาในระดับชาติ ส่วนในจังหวัด/เขตปกครอง มีมติรับรองหลักการชุมชนสุขภาพดี มีการจัดตั้งเครือข่ายดำเนินการโครงการชุมชนสุขภาพดี ทั้งระดับท้องถิ่นและระดับจังหวัด มีการให้ทุนอุดหนุนดำเนินโครงการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคต่างๆในการส่งเสริมสุขภาพ

ในปี 2531 สมาคมสาธารณสุขแห่งแคนาดา ได้มีการจัดตั้ง โครงการเสริมสร้างอนามัยชุมชน เพื่อกระตุ้นให้ตัวแทนและองค์กรต่างๆมารวมกันเป็นภาคีใหม่เพื่อสุขภาพ กิจกรรมที่เน้นการประสานงาน การค้นหาประเด็นปัญหาของชุมชน และเสริมสร้างศักยภาพของสมาชิกในชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ

1.4) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับการพัฒนาความรู้และการวิจัย

ในประเทศแคนาดา คณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ได้ทำการสำรวจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพทั่วประเทศ (National health promotion surveys) จำนวน 2 ครั้งในปี 2528 และปี 2533 ในปัจจุบัน มีการสำรวจสำมะโนประชากรและสุขภาพแห่งชาติ (National Population Health Survey) ทุก 2 ปีโดยสำนักงานสถิติของแคนาดา (Statistical Canada) งานบางส่วนของ การสำรวจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพถูกผนวกเข้ากับการสำรวจสำมะโนนี้ นอกจากนี้ คณะกรรมการชุดนี้ ยังได้ร่วมกับโครงการวิจัยและพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ - National Health Research and Development Program (NHRDP) จัดประชุมสัมมนาพัฒนาองค์ความรู้การส่งเสริมสุขภาพ

ทั่วประเทศ ระหว่างปลายทศวรรษที่ 80 และต้นทศวรรษที่ 90 การส่งเสริมสุขภาพได้รับการยอมรับอย่างมากในแวดวงวิชาการ ในปี 2533 ได้มีการจัดประชุมการวิจัยงานส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติเป็นครั้งแรกในจังหวัดโตรอนโต และยังมีพัฒนาการที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ 90 เป็นต้นมา ได้มีการจัดตั้งศูนย์วิจัยการส่งเสริมสุขภาพ จำนวนกว่า 12 แห่งกระจายทั่วประเทศ ทำหน้าที่ในการพัฒนาความรู้และการประเมินผลงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

2. การพัฒนาและใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ในต่างประเทศ กฎหมายถูกใช้เป็นเครื่องมือในการจัดหาทรัพยากรมาส่งเสริมสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังตัวอย่างในประเทศแคนาดา ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์

ในประเทศแคนาดา

เมื่อรัฐบาลกลางมีความจำเป็นต้องตัดเงินช่วยเหลือด้านสุขภาพให้แก่จังหวัดต่างๆ จึงได้พยายามให้รัฐบาลท้องถิ่นยอมรับแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ และเห็นชอบกับการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพอย่างชัดเจนโดยผ่านกลไกทางกฎหมายที่เรียกว่า Government Expenditure Restraint Act 1991 มีผลให้รัฐบาลท้องถิ่นต้องนำเงินภาษีของตนมาสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนในระดับจังหวัด รัฐบาลท้องถิ่นของจังหวัดต่างๆ ได้ใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการจัดหาทุน เช่น กฎหมาย Yukon Health Act 1989-90 ของจังหวัดยูคอน เป็นต้น

ในประเทศออสเตรเลีย

กฎหมายถูกใช้เป็นเครื่องมือในลักษณะที่กระตุ้นให้มีการปรับปรุงสุขภาพของชุมชนให้ดีขึ้นเช่นกัน แม้ว่ารัฐบาลกลางจะไม่มีอำนาจโดยตรงในการออกกฎหมายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ แต่สามารถใช้มาตรการการคลังเป็นเครื่องมือในการสนับสนุนนโยบายส่งเสริมสุขภาพ ตามมาตรา 96 ของรัฐธรรมนูญของออสเตรเลียที่ให้อำนาจแก่รัฐสภาในการจัดสรรงบประมาณแก่มลรัฐ/เขตปกครองเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ นอกจากนี้ รัฐบาลกลางยังอาจใช้มาตรการภาษีเพื่อสนับสนุนด้านสุขภาพได้ ในระดับมลรัฐ/เขตปกครอง มีข้อมูลที่ต้องรับผิดชอบต่อการออกกฎหมายเกี่ยวกับการบริการสุขภาพ และการสาธารณสุข

ในปี 2534 โครงการพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ได้เสนอแนะองค์ประกอบของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพหลายประการ ที่น่าสนใจมีดังนี้ (1) กฎหมายเกี่ยวกับการบริการสุขภาพของมลรัฐ/เขตปกครอง จะต้องระบุปรัชญาและแนวคิดเรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้า รายงานของคณะกรรมการสาธารณสุขของมลรัฐ/เขตปกครอง ไม่เพียงแต่ระบุประเด็นค่าใช้จ่ายเท่านั้น แต่ต้องกล่าวถึงการบรรลุเป้าหมายสุขภาพด้วย และรายงานประจำปีของรัฐมนตรีสาธารณสุขต่อรัฐสภาจะต้องกล่าวถึงการบรรลุเป้าหมายสุขภาพ เช่นเดียวกัน (2) กฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขของ

มลรัฐ/เขตปกครอง ควรระบุปรัชญาของมาตรการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และความคล่องตัวในการยกเลิกกฎหมายที่ล้าสมัย การรายงานต่อรัฐบาลท้องถิ่น และแผนงานสาธารณสุขของเทศบาล จะต้องระบุปัญหาสุขภาพของชุมชน (3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนบริการสาธารณสุขในการถูกเลือกเป็นกรรมการสาธารณสุข/กรรมการโรงพยาบาล และการจัดทำแผนงานสาธารณสุขของเทศบาล (4) พันธกรณีของรัฐบาลในการจัดตั้งมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (5) พันธะที่รัฐบาลกลางและมลรัฐ/เขตปกครอง ต้องให้การสนับสนุนและให้ทุนแก่องค์กรผู้บริโภค (6) กฎหมายที่ส่งเสริมการเก็บรวบรวมข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพแห่งชาติ

ตัวอย่างกฎหมายในประเทศออสเตรเลีย

1) กฎหมายเกี่ยวกับการบริการสุขภาพของมลรัฐ/เขตปกครอง : Health Service Act (ควีนส์แลนด์) และ Health Act 1991 (แทสเมเนีย) มีสาระสำคัญคือ กล่าวถึงเป้าหมายสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า และความจำเป็นในการบรรลุซึ่งความเสมอภาคและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการตัดสินใจด้านสุขภาพ โดยมีข้อบังคับว่า คณะกรรมการสาธารณสุขเขต จะต้องประชุมร่วมกับสภาสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งเป็นองค์กรชุมชน อย่างน้อยปีละครั้ง ก่อนที่จะเสนอแผนงบประมาณสาธารณสุขประจำปี ยังได้ระบุให้หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐบาล ต้องรายงานถึงสถานะสุขภาพของประชากรเพิ่มเติมจากความรับผิดชอบทางการเงิน

2) กฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขของมลรัฐ/เขตปกครอง : Victorian Public Health Act ซึ่งเป็นกฎหมายที่สนับสนุนแผนการสาธารณสุขของเทศบาล โดยส่งเสริมให้สภาท้องถิ่นพัฒนากลยุทธ์ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในท้องถิ่น ภายใต้การปรึกษาหารือกับรัฐบาลของมลรัฐ มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพ/กองทุนส่งเสริมสุขภาพ

3) มลรัฐวิกตอเรีย ออสเตรเลียใต้ และออสเตรเลียตะวันตก ได้มีกฎหมายยาสูบ รองรับการจัดตั้ง “มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพ” ที่ได้รับเงินจัดสรรจากภาษีบุหรี่ ในขณะที่มลรัฐ Australia Capital Territory จัดตั้ง “กองทุนส่งเสริมสุขภาพ” โดยวิธีการทางบริหารจัดการ

4) กฎหมายสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสูมตรวจระดับแอลกอฮอล์ในลมหายใจ การใช้เข็มฉีดยา การโฆษณาและการจำหน่ายบุหรี่ กฎหมาย Federal Tobacco Advertising Prohibition Act (มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปี 2538 มีการห้ามการโฆษณาและการส่งเสริมการขายบุหรี่ทุกรูปแบบ)

5) กฎหมายนอกภาคสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อสถานะสุขภาพของประชากร เช่น มาตรฐานบ้านและสิ่งก่อสร้าง มาตรฐานการป้องกันไฟ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย มาตรฐานสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ในประเทศนิวซีแลนด์

ได้มีการใช้กฎหมายควบคุมการสูบบุหรี่ ในการจัดตั้งสภาอุปถัมภ์สุขภาพขึ้น ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่ได้รับเงินจัดสรรจากรัฐเพื่อใช้จ่ายในการอุปถัมภ์กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ

ในประเทศไทย

จากการวิเคราะห์กฎหมายของไทยเกี่ยวกับด้านสาธารณสุข¹⁶ พบว่า กฎหมายที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของมีมากมายหลายฉบับ ส่วนใหญ่เป็นกฎหมายที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการกฎหมายแล้ว นอกจากนี้ ยังมีกฎหมายที่รักษาการโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงอื่น อาทิ เช่น เกษตรฯ อุตสาหกรรม แรงงานฯ เป็นต้น จำนวนหลายฉบับ ล้วนมีผลในการส่งเสริมสุขภาพทั้งนั้น การที่กฎหมายเหล่านี้ จะให้ผลต่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างแท้จริงนั้น ผู้ใช้ทุกระดับ ตลอดจนผู้กำหนดนโยบายต้องเข้าถึงปรัชญาของการส่งเสริมสุขภาพให้ได้ จะต้องรู้จักใช้กฎหมายให้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องการใช้กฎหมายไม่ถูกต้อง อาจไม่บรรลุผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ยังมีผลทางตรงกันข้ามด้วย เช่น กฎหมายยาซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ควบคุมคุณภาพของยาให้ปลอดภัยจากการใช้ ที่ผ่านมา การที่ยอมให้มีการขึ้นทะเบียนตำรับยา เอ- พี- ซี และปล่อยให้มีการเผยแพร่อย่างกว้างขวาง ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนอย่างรุนแรงและในวงกว้าง¹⁷ การย้ายเครื่องดื่มชูกำลังจากยาเป็นอาหาร ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจของผู้บริโภคเช่นกัน ดังนั้น กฎหมายจะให้ผลถึงการส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ นั้น ส่วนหนึ่ง ซึ่งเป็นส่วนน้อยอยู่ที่ตัวเนื้อหาของกฎหมาย ความสำคัญอยู่ที่การใช้และการบังคับใช้กฎหมายมากกว่า

โดยสรุป การใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพ¹⁸ อาจทำได้หลายรูปแบบ เช่น

1. ออกกฎหมายจัดตั้งโครงการหรือหน่วยงาน ให้ทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน โดยอาจจัดตั้งตามประเภทผู้รับบริการ หรือตามกลุ่มโรคที่สนใจ
2. ออกกฎหมายเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เช่น กฎหมายผังเมือง กฎหมายควบคุมมลภาวะ
3. ออกกฎหมายพัฒนาชุมชน เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง เช่น กฎหมายการกระจายอำนาจไปสู่ท้องถิ่น
4. ออกกฎหมายควบคุมพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ นอกจากประมวลกฎหมายอาญา ยังมีกฎหมายที่กำหนดโทษอาญาที่เกี่ยวข้อง
5. ออกกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งโดยตรงและทางอ้อม เช่น กฎหมายว่าด้วยยา ยาเสพติดให้โทษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท อาหาร เครื่องสำอาง เป็นต้น

6. นอกจากกฎหมายสารบัญญัติแล้ว (คือข้อ 1-5) ยังมีกฎหมายวิธีสบัญญัติที่ใช้ในการบังคับใช้กฎหมายสารบัญญัติให้มีประสิทธิภาพและให้เกิดความเป็นธรรมในสังคม

- การมีส่วนร่วมของประชาชน/องค์กรพัฒนาเอกชน

ในประเทศแคนาดา องค์กรอาสาสมัคร / องค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของแคนาดา อาทิเช่น สมาคมสาธารณสุขแห่งแคนาดา ทั้งในส่วนกลางและสำนักงานสาขา ได้ร่วมเป็นแกนนำในการจัดประชุมเรื่องนอกระบบบริการสาธารณสุขในปี 2527 และการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 ที่ออกตราไว้ในปี 2529 และมีส่วนร่วมในการทบทวนสถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพของประเทศและจัดทำข้อเสนอแนะที่เรียกว่า Action Statement on Health Promotion องค์กรเหล่านี้ มีจุดแข็งคือ มีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่นกับรัฐบาลและผู้ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพทั้งในพื้นที่ และในแวดวงวิชาการ

ในประเทศออสเตรเลีย องค์กรพัฒนาเอกชน ก็มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพเช่นกัน อาทิ เช่น องค์กรที่สนใจปัญหาสุขภาพเฉพาะ มูลนิธิส่งเสริมสุขภาพที่จัดตั้งตามกฎหมาย ยาสูบ องค์กรช่วยเหลือตัวเอง องค์กรผู้บริโภค และองค์กรวิชาชีพ ซึ่งมีอยู่จำนวนมาก มีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั่วทั้งประเทศ เนื่องจากมีจุดแข็งในเรื่องของความเป็นอิสระและคล่องตัว มีความสามารถในการดึงการมีส่วนร่วมของภาคีอื่น และการดึงเงินทุนอุดหนุนจากแหล่งต่างๆ

ในประเทศไทย องค์กรพัฒนาเอกชน ก็มีบทบาทในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพพอสมควร อาทิ เช่น มูลนิธิหมอชาวบ้าน ที่ทำหน้าที่เผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร มูลนิธิธรรมาภิบาลที่ไม่สุบบุหรี ที่เป็นหัวหอกรในการชี้แนะให้สังคมตื่นตัวและตระหนักถึงสิทธิของผู้ไม่สุบบุหรี องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวกับการแก้ปัญหาเอดส์ทั้งหลาย เป็นต้น

2.2 นโยบายการพัฒนาเด็กเพื่อสุขภาพ

การพัฒนาคุณภาพประชากรหรือคน จำเป็นต้องเน้นที่การพัฒนาเด็ก เพราะถ้าเด็กได้รับการอบรมเลี้ยงดูถูกต้องเหมาะสม ก็จะเป็นการวางรากฐานของชีวิตที่มั่นคง การพัฒนาคนจึงต้องเริ่มกันตั้งแต่ช่วงวัยแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความพร้อมในการพัฒนาทุกด้าน โดยเฉพาะด้านสมอง

ในประเทศไทย ¹⁹⁻²⁰

การพัฒนาเด็กในประเทศไทย ได้รับการสนับสนุนในด้านนโยบายและมาตรการต่างๆของภาครัฐ และการดำเนินงานของภาคเอกชน รวมทั้งมีแผนงานพัฒนาเด็กและเยาวชนมาตั้งแต่แผนพัฒนา

เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (2525-2529) ร่วมกับมีกลไกต่างๆ ในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านนี้

- นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเด็ก

1. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดการให้สิทธิแก่เด็กได้รับความคุ้มครองจากการปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม และสิทธิที่จะได้รับการเลี้ยงดูและให้การศึกษาจากรัฐในมาตรา 54 และ 84 นอกจากนี้ ยังระบุให้รัฐสามารถเลือกปฏิบัติในทางที่เป็นคุณแก่ผู้ด้อยโอกาส (รวมทั้งเด็กด้วย) เพื่อให้คนด้อยโอกาส สามารถดำรงชีพเหมือนคนอื่นในมาตรา 29 อย่างไรก็ตาม แม้รัฐธรรมนูญมีเจตนารมณ์ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในงานพัฒนาเด็กตามมาตรา 45 และ 83 แต่ไม่ได้ระบุสิทธิของชุมชนในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก

2. นโยบายรัฐบาล เนื่องจากนโยบายสะท้อนถึงค่านิยมและวิสัยทัศน์ของผู้นำ และเป็นผลผลิตของระบบการเมือง นโยบายรัฐบาลที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเศรษฐกิจมากกว่าการพัฒนาด้านสังคม ฉะนั้น นโยบายการพัฒนาเด็กจึงมีน้อยมาก แม้ว่าเกือบทุกรัฐบาลจะนำเรื่องการพัฒนาเด็กบรรจุในนโยบายที่แถลงต่อรัฐสภา แต่พรรคการเมืองและนักการเมืองยังขาดกรอบแนวคิดของในเรื่องการพัฒนาเด็กหรือถ้ามีก็ไม่ชัดเจน นโยบายส่วนใหญ่จึงเป็นเพียงแสดงเจตนารมณ์กว้างๆ มีน้อยมากที่แสดงให้เห็นความคิดที่เป็นรูปธรรม ส่งผลให้การผลักดันด้านนโยบายและนิติบัญญัติเพื่อให้เกิดกระบวนการพัฒนาเด็กไม่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน สถาบันครอบครัว สถาบันศาสนา ธุรกิจเอกชน องค์กรเอกชน สถาบันการศึกษา ชุมชนและประชาชนที่จะมีส่วนร่วมผลักดันให้รัฐบาลมีนโยบายเกี่ยวกับการพัฒนาเด็ก การลงทุนในเด็ก และกระตุ้น/คอยตรวจสอบให้มีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

3. มติคณะรัฐมนตรี ส่วนใหญ่เป็นนำเสนอแนะนโยบายโดยหน่วยงานภาครัฐ เพื่อให้คณะรัฐมนตรีมีมติให้นโยบายนั้นสามารถดำเนินการอย่างกว้างขวาง ขณะที่ยังขาดการกำหนดกลไกและวิธีการที่ชัดเจนในการเปิดโอกาสให้หน่วยงานภาคเอกชนที่มีความรู้ความสามารถ สามารถเสนอเรื่องต่อคณะรัฐมนตรีได้

4. การเข้าร่วมข้อผูกพันระดับโลก เพื่อให้มั่นใจว่าเด็กไทยจะได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและได้ผล ประเทศไทยได้ลงนามรับรองปฏิญญาโลกว่าด้วยความอยู่รอด การปกป้องและพัฒนาเด็ก (World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children) เมื่อ 14 มีนาคม 2534 อันเป็นการประกาศปณิธานที่จะสร้างอนาคตที่ดีกว่าเดิมให้แก่เด็กทุกคน ซึ่งยังผูกพันให้ต้องทำปฏิญญาเพื่อเด็ก และแผนปฏิบัติการหลัก (National Plan of Action for National Declaration for the Survival, Protection and Development of Children in

Thailand) เพื่อกำหนดเป้าหมายและหน่วยงานรับผิดชอบในการดำเนินงานพัฒนาเด็กไทยใน
ระยะ 10 ปี (2535-2544)

ปฏิญญาเพื่อเด็กของประเทศไทย

- 1) หลักการ ปฏิญญาเพื่อเด็กได้กำหนดขึ้นโดยมีหลักการว่า เด็กทุกคนสมควรได้รับการพัฒนาให้
เต็มตามศักยภาพ ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานและการคุ้มครองให้พ้นจากถูกเอารัดเอาเปรียบของ
บุคคลและสังคม
- 2) สาระและทิศทางในการพัฒนาเด็ก ครอบคลุมตั้งแต่ การอบรมเลี้ยงดู การได้รับสารอาหาร การ
ได้รับการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการ การมีที่อยู่อาศัยที่ถูกสุขลักษณะ การศึกษาขั้นพื้น
ฐาน การพัฒนาให้มีสุนทรียภาพ ช่างซึ่งในความงามของศิลปวัฒนธรรมของชาติ การฝึกอบรม
และพัฒนาทักษะสำหรับการประกอบอาชีพ การให้โอกาสได้แสดงความคิดเห็น การมีโอกา
สเข้าถึงบริการขั้นพื้นฐานด้านต่างๆ และการได้รับโอกาสในการรับรู้และพิทักษ์สิทธิและผล
ประโยชน์

แผนปฏิบัติการหลักของปฏิญญาเพื่อเด็กไทย

แผนปฏิบัติการหลัก ได้กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน 11 ประเด็นดังนี้

- 1) การพัฒนาครอบครัวและการเลี้ยงดูเด็ก
- 2) การส่งเสริมโภชนาการ
- 3) การส่งเสริมและขยายบริการพื้นฐานเพื่อสุขภาพอนามัย
- 4) การพัฒนาที่อยู่อาศัย
- 5) การส่งเสริมการศึกษา
- 6) การส่งเสริมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม
- 7) การพัฒนาการเตรียมการประกอบอาชีพ
- 8) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม
- 9) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการพื้นฐาน
- 10) การพัฒนาเด็กที่อยู่ในภาวะยากลำบาก
- 11) การส่งเสริมการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเด็ก

แผนปฏิบัติการหลัก เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ทั้งรัฐ สถาบันสังคม องค์กรธุรกิจ
เอกชน สื่อมวลชน และชุมชน โดยมีคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ
(สยช.) เป็นองค์กรประสานแผนงานดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนให้เป็น

รูปธรรม เพื่อบรรลุผลสำเร็จตามปฏิญญาเพื่อเด็กโดยเร็วและสมบูรณ์ โดยมีข้อกำหนดให้ สยช. และสภาองค์การพัฒนาเด็กและเยาวชน (สอ.ดย.) ต้องประสานความร่วมมือ จัดสมัชชาแห่งชาติ เพื่อรายงานสภาวะด้านเด็กและผลการดำเนินงานพัฒนาเด็ก และสรุปเสนอต่อรัฐบาลเป็นประจำ อย่างน้อยทุก 2 ปีอย่างต่อเนื่อง รายละเอียดของแผนปฏิบัติการหลักของปฏิญญาเพื่อเด็กไทย ทั้ง 11 ข้อ สามารถหาอ่านได้ในเอกสารอื่น¹ จึงไม่ลงรายละเอียด ณ ที่นี้

- กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

กฎหมายที่เกี่ยวกับการพัฒนาเด็กและเยาวชนมีอยู่มากมาย บางฉบับก็ล้าสมัยไม่ทันต่อเหตุการณ์ ที่เปลี่ยนไป ส่วนใหญ่อยู่กระจัดกระจายภายใต้การบังคับใช้ของกระทรวง ทบวง กรมที่เกี่ยวข้อง จึงขาดความเป็นเอกภาพ สามารถจำแนกกฎหมายเด็ก ออกเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) กฎหมายเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของเด็ก 2) กฎหมายอาญาที่เกี่ยวกับเด็ก 3) กฎหมายคุ้มครองสวัสดิภาพของเด็ก 4) กฎหมายเกี่ยวกับสวัสดิการเด็ก และ 5) กฎหมายส่งเสริมและพัฒนาเด็ก

- แผนระดับชาติ และแผนปฏิบัติการ

แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ตั้งแต่ช่วงแผน 5 ถึงแผน 7 มีการกำหนดเป้าหมาย 5 ด้าน คือ ด้านโภชนาการ ด้านสุขภาพอนามัยของแม่และเด็ก ด้านการศึกษา ด้านสังคมวัฒนธรรม และด้านการเตรียมการประกอบอาชีพ เนื่องจากไม่มีการประสานแผนงานของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทำให้กระบวนการพัฒนาเด็กและเยาวชนไม่มีความเป็นเอกภาพ ฉะนั้นในช่วงแผน 8 ซึ่งเน้นให้ คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ทุกกระทรวง/หน่วยงานได้มีการกำหนดจุดหมายร่วมกัน โดยได้กำหนดเป้าหมายไว้ 3 ด้านคือ ให้การพัฒนาครอบคลุมเด็กทั้งกลุ่มเด็กปัญญาเลิศ เด็กปกติทั่วไป และเด็กในภาวะยากลำบาก ให้ทุกส่วนของสังคมได้มีความรู้ความเข้าใจ และมีบทบาทในการพัฒนา และให้มีการปรับบทบาทของหน่วยงาน/องค์กรต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนให้เหมาะสมและให้มีการจัดทรัพยากรอย่างเป็นระบบ และเพิ่มเป้าหมายการใช้การวิจัยเป็นเครื่องมือในการพัฒนา ในส่วนกลาง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (สยช.) ในระดับภูมิภาค มีการตั้งอนุกรรมการในการส่งเสริมและประสานงานเด็กและเยาวชนระดับจังหวัดขึ้นทุกจังหวัด เพื่อจัดทำแผนระดับจังหวัด แต่งานส่วนใหญ่ยังไม่สัมฤทธิ์ผล เนื่องจากขาดการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาล นอกจากแผนแม่บทแล้ว ยังมีแผน

¹ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ แผนปฏิบัติการหลักของปฏิญญาเพื่อเด็กไทย คณะกรรมการเฉพาะกิจจัดทำแผนปฏิบัติการหลักของปฏิญญาเพื่อเด็ก มิถุนายน 2538

ปฏิบัติการจำนวนมาก อาทิเช่น แผนปฏิบัติการหลักของปฏิญญาเพื่อเด็ก แผนปฏิบัติการพัฒนาการศึกษาอบรมเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่น เป็นต้น มีความหลากหลาย ก่อให้เกิดความสับสน และขาดความเป็นเอกภาพในการดำเนินงานให้เป็นไปได้ในทิศทางเดียวกัน

- องค์การหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- องค์การภาครัฐ ที่สำคัญได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ (สกศ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ (สยช.)

- องค์การภาคเอกชน ที่สำคัญได้แก่ สมาองค์การพัฒนาเด็กและเยาวชน (สอ.ดย.) มูลนิธิสงเคราะห์เด็กยากจน ซี.ซี.เอฟ Redd Barna Thailand องค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งประเทศไทย (ยูนิเซฟ)

- ระบบสนับสนุนด้านตุลาการ

กลไกด้านตุลาการในปัจจุบัน มีเพียงศาลเยาวชนและครอบครัว ทำหน้าที่ในการปกป้องคุ้มครองฟื้นฟู และพัฒนาเด็กและเยาวชนที่เป็นผู้กระทำผิด อย่างไรก็ตาม กระบวนการแก้ปัญหาเด็กและเยาวชน ตั้งแต่ก่อนจะมีการพิจารณาคดี และการฟื้นฟูและพัฒนาเด็กและเยาวชนที่เข้าสู่กระบวนการศาล ยังไม่มี รวมทั้งกลไกที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัย หรือเด็กวัยก่อนเรียนยังมีน้อย

- ระบบสนับสนุนด้านงบประมาณ

ประมาณ 25-30% ของงบประมาณรายจ่ายทั้งหมด ถูกใช้ในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล ซึ่งกระจายอยู่ในแผนงานด้านการศึกษา การสาธารณสุขและบริการสังคม และประมาณว่า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของงบประมาณถูกใช้ในการพัฒนาเด็กและเยาวชน

- บทบาทของครอบครัว สถานบริการเลี้ยงดูเด็ก / โรงเรียนที่มีผลต่อการพัฒนาเด็ก

ผู้มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวมากที่สุด คือแม่ ขณะที่พ่อ และยายมีส่วนในการช่วยเหลือดูแลเด็กอยู่บ้าง ส่วนสถานบริการเลี้ยงดูเด็ก พบว่า การจัดบริการที่มีอยู่ขณะนี้ ส่วนใหญ่จัดให้ได้อย่างเพียงพอ แต่มีปัญหาด้านคุณภาพอยู่มาก ปัญหาคุณภาพของผู้ดูแลเด็ก ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการขาดความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการทำงานด้านการเตรียมความพร้อมแก่เด็กในวัยก่อนเรียน ส่วนปัญหาคุณภาพของสถานบริการเลี้ยงดูเด็ก เป็นเรื่องของการขาดกระบวนการคัดเลือกและเตรียมบุคลากรที่เข้ามาทำงานกับเด็ก ขาดการมีส่วนร่วมจากประชาชน ขาดแคลน

บริการที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาเด็กทั้งเด็กปกติ และเด็กด้อยโอกาส และไม่มีกฎหมายควบคุม อัตราค่าบริการ ทำให้คุณภาพของบริการแตกต่างกันไปตามค่าบริการ เป็นต้น

- บทบาทขององค์กรเอกชน ที่มีผลต่อการพัฒนาเด็ก

องค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศไทย มีบทบาทในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การบรรเทาผลร้าย และลดภาวะที่เสียเปรียบทางสังคมของเด็กและเยาวชน ส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กและเยาวชน สามารถเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองโดยการเพิ่มบริการต่างๆ ศึกษาวิจัยและเผยแพร่ แนวคิดให้มีการปฏิบัติอย่างกว้างขวาง ตลอดจนผลักดันและเสนอแนะนโยบายและมาตรการ ต่างๆ โดยมีส่วนร่วมในการจัดทำข้อเสนอหลักการสำคัญในการจัดทำแผนพัฒนาเด็กและเยาวชน ในระยะแผน 8 ผ่านทางสภาองค์กรพัฒนาเด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นกลไกที่ทำหน้าที่เป็นองค์กร ประสานงานระดับชาติในภาคเอกชน นอกจากนี้ องค์กรเอกชน ยังมีการรวมตัวเป็นเครือข่าย เฉพาะด้านที่มุ่งเน้นในเรื่องการสงเคราะห์และคุ้มครองสวัสดิการ และการละเมิดสิทธิเด็กและเยาวชน เช่น เครือข่ายองค์กรด้านเด็กเร่ร่อน เครือข่ายองค์กรด้านเด็กพิการ เครือข่ายองค์กรด้านแรงงานเด็ก เป็นต้น บางเครือข่าย จะมีการประสานงานในระดับภูมิภาค เช่น คณะทำงานด้านเด็ก และสตรีภาคเหนือ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ในระยะที่ผ่านมา องค์กรเอกชน ยังไม่มีศักยภาพเพียงพอในการรวบรวมข้อมูลสถิติเกี่ยวกับเด็กและเยาวชน ไม่สามารถเผยแพร่การดำเนินงานและการให้รู้เกี่ยวกับสิทธิเด็กแก่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นชาวบ้าน ภาคธุรกิจและองค์กรชาวบ้านมีส่วนร่วม น้อย การสร้างเครือข่ายยังประสบปัญหาเรื่องการสร้างความเข้มแข็ง ทำให้ไม่เห็นการรวมพลัง ปฏิบัติการอย่างแท้จริง การประสานงานกับภาครัฐ ยังมีปัญหาความล่าช้า เนื่องจากขาดการยอมรับของภาคราชการ และมีปัญหาทางโครงสร้างและข้อระเบียบที่ซับซ้อน แม้ภาครัฐมีนโยบาย สนับสนุนภาคเอกชน แต่เงินอุดหนุนจากภาครัฐมีจำนวนน้อยมาก เป็นต้น

โดยสรุป การพัฒนาเด็กและเยาวชนในประเทศไทย มีกระบวนการและกลไกทั้งด้านการเมือง นิติบัญญัติ การบริหาร ตุลาการและงบประมาณ แต่นโยบายที่ผ่านมายังขาดวิสัยทัศน์ของผู้บริหาร มักให้ความสำคัญต่อก่อนนโยบายการพัฒนาเด็กและเยาวชนในระดับต่ำ นโยบายที่มีอยู่ เป็นเพียงการแสดงเจตนารมณ์กว้าง ที่มีแนวคิดชัดเจนเป็นรูปธรรมมีน้อยมาก การวางแผนในระดับ ชาติ แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนไม่ได้เป็นเป้าหมายหลักในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่ง ชาติ ทำให้การดำเนินงานขาดการประสานแผน ประสานการดำเนินงานของกระทรวง/หน่วยงาน ต่างๆที่เกี่ยวข้อง จึงไม่มีความเป็นเอกภาพ และยังมีข้อจำกัดในการใช้ทรัพยากร ในระยะแผน 8 แม้จะมีการวางแผนเป้าหมายและกำหนดยุทธศาสตร์ของการพัฒนาที่สอดคล้องกับแผนแม่บท คือ เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งต้องพัฒนาเด็กทุกคนตั้งแต่เกิด แต่การแปลงแผนไปสู่การ

ปฏิบัติเพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงาน ยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้ ยังขาดการระดมทรัพยากรทุน และเปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนและประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมและตัดสินใจ ตลอดจนขาดการศึกษาวิจัยที่สนองต่อการแก้ปัญหาที่เป็นรูปธรรม

ในประเทศแคนาดา²¹

การพัฒนาเด็กเพื่อสุขภาพ (Healthy child development) เป็นนโยบายและโครงการที่แสดงให้เห็นความสำคัญของปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ ที่กำหนดสภาวะสุขภาพของเด็กในลักษณะองค์รวม เนื่องจากมีหลักฐานชัดเจนว่า การกระตุ้นหรือพัฒนาเด็กในระยะเวลาที่เหมาะสมในช่วงแรกของชีวิต มีผลต่อการเจริญเติบโตของสมอง ความพร้อมในการเข้าโรงเรียน และสุขภาพของเด็ก จัดเป็นนโยบายที่มีมาตรการระยะยาวและมุ่งสู่อนาคต ที่มีกลยุทธ์การทำงานร่วมกันของหลายหน่วยงาน (intersectoral strategies) มีกิจกรรมสนับสนุนเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพและการเจริญเติบโตของเด็ก ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยรุ่น และได้รับการสนับสนุนทางการเมืองและสาธารณะค่อนข้างชัดเจน

ได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันดังนี้ เพื่อความมั่นใจว่า เด็กที่เกิดใหม่ ประมาณ 1,000 คนต่อวัน ทุกคนจะเติบโตอย่างมีสุขภาพดี มีความสุข และปลอดภัย พวกเขาทั้งหมดจะต้องอยู่ในความรับผิดชอบของบิดามารดา ชุมชนและสังคมโดยรวม โดยเฉพาะความสัมพันธ์เชิงไว้ใจกัน สามารถพัฒนาให้เด็กเกิดความเชื่อมั่นว่าบิดามารดาจะช่วยปกป้องเขา และตอบสนองความต้องการเขาได้ (Secure attachment)

มีหน่วยงานที่เรียกว่า National Longitudinal Survey of Child and Youth (NLSCY) ร่วมมือกับ Human Resource Development Canada และ Statistic Canada ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสำรวจติดตามการพัฒนาการของเด็ก ด้วยการสัมภาษณ์การพัฒนาการเด็กจากพ่อแม่ และสอบถามถึงปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็กตั้งแต่เด็กไปสู่วัยรุ่นนั้นทั้งในด้านบวกและด้านลบ เช่น ภาวะเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม พฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุรา ระหว่างตั้งครรภ์ การสร้างความมั่นใจและความอบอุ่นระหว่างเด็กกับบิดามารดา การเข้าระบบโรงเรียน ปัญหาความยากจน ความรุนแรงในครอบครัว เป็นต้น เพื่อวิเคราะห์ประมวลผลภาพรวมของสถานะสุขภาพเด็กในประเทศแคนาดา

ในการวิเคราะห์และนำเสนอ ได้มีการแบ่งระยะของการพัฒนาเด็กออกเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะแรกเกิดจนถึงวัยเตาะแตะประมาณ อายุ 18 เดือน ระยะนี้ต้องพึ่งพาบิดามารดา และพี่เลี้ยงผู้ดูแลเด็กค่อนข้างมาก ฉะนั้นข้อเสนอมาตรการทางนโยบาย ต้องมุ่งเน้นส่งเสริมให้มารดาให้กำเนิดทารกที่มีสุขภาพดี (positive birth outcome) และสนับสนุนให้พ่อแม่ใหม่ได้มีความรู้ความเข้าใจ

ในการสร้างความเชื่อมั่นให้แก่เด็ก (secure attachment) 2) ระยะก่อนวัยเรียน ระหว่างอายุ 18 เดือน จนถึงอายุ 5 ปี ระยะนี้ จะมีการพัฒนาการทางความคิด สติปัญญา สังคมและอารมณ์ เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะเข้าสู่ระบบโรงเรียน ฉะนั้นข้อเสนอมาตรการทางนโยบาย ต้องมุ่งเน้นถึงวิธีการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง (positive parenting) และการให้เด็กได้มีโอกาสได้เรียนรู้ตามสมควรกับวัย 3) ระยะวัยเรียน อายุระหว่างอายุ 6-12 ปี ระยะนี้ สภาพแวดล้อมที่นอกเหนือจากบ้านและครอบครัว มีความสำคัญมากขึ้น เด็กเริ่มมีความอิสระ มีความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนและคนอื่นๆ และความพร้อมของวุฒิภาวะทางอารมณ์มากขึ้น ฉะนั้นข้อเสนอมาตรการทางนโยบาย จะต้องส่งเสริม/ช่วยเหลือให้เด็กมีการพัฒนาด้านสติปัญญา (cognitive development) และทักษะชีวิตที่ดี (social and behavior skills) และ 4) ระยะวัยรุ่น อายุระหว่าง 13-18 ปี ระยะนี้ เด็กเริ่มแสวงหาเอกลักษณ์หรือตัวตนของตัวเอง (Identity) กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลมาก ฉะนั้น ข้อเสนอมาตรการทางนโยบาย ต้องมุ่งการให้การดูแลและความช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน คอยชี้แนะให้เด็กและเยาวชนเดินตามครรลองที่ถูกต้อง และส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนมีสุขภาพดีทางสังคมและอารมณ์ (social and emotional well-being of young people)

นอกจากนั้นยังมีการวิเคราะห์ประเด็นสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาการของเด็ก พร้อมเสนอแนวทางแก้ไข เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการที่ดี อาทิเช่น ประเด็นเด็กกับภาวะยากจนของครอบครัว ความมั่นคงและปลอดภัยของเด็กและเยาวชน การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวที่มีพ่อแม่แยกกันอยู่ (lone-parent family) มากขึ้น ความสำคัญของการอบรมเลี้ยงดูและการให้การดูแลเด็ก และความจำเป็นที่ต้องมีระบบสวัสดิการให้การช่วยเหลือเด็กด้านสุขภาพและสังคมตามความจำเป็น เป็นต้น

2.3 นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหาบุหรี่

การหยุดยั้งการผลิตและการบริโภคบุหรี่เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง ปัจจุบันประชากรโลก ประมาณ 4 ล้านคนต้องตายจากโรคที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่²² อุบัติการบริโภคบุรียังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งที่ที่มีมาตรการควบคุมที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีประสิทธิภาพสูง มาตรการของรัฐบาลเหล่านี้ ได้แก่ นโยบายในการควบคุมการจำหน่าย การขึ้นราคา การโฆษณาบุหรี่ และการบำบัดผู้เสพติดบุหรี่²³ ความคุกคามหรืออันตรายที่มากระทบกระแสโลกาภิวัตน์ เช่น กลไกการตลาดบุหรี่ผ่านทางระบบทีวีและอินเทอร์เน็ต และการลอบนำเข้าบุหรี่เถื่อน เป็นต้น เกินกว่าที่ประเทศจะแก้ไขโดยลำพัง ประเด็นสุขภาพ เชน เช่น กรณีบุหรี่ จึงต้องอาศัยการร่างข้อตกลงระหว่างประเทศเพื่อจัดการกับปัญหาร่วมกัน²⁴

วิวัฒนาการของการแก้ปัญหาบุหรี่ในประเทศไทย สามารถแบ่งได้เป็น 4 ระยะ²⁵

1. ระยะเริ่มต้น ที่มีความพยายามแก้ปัญหา แต่ขาดการรณรงค์อย่างต่อเนื่อง (ก่อนปี ค.ศ. 1957-1986) รูปธรรมของการแก้ปัญหา ได้แก่ พระสงฆ์ และนายแพทย์ เริ่มมีบทบาทในการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ รัฐบาลผ่านกฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่แก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 16 (แต่ไม่ได้มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง) การเสนอให้มีฉลากเตือนอันตรายบนซองบุหรี่โดยสมาคมแพทย์แห่งประเทศไทย ในปี ค.ศ. 1974 การที่คณะบริหารกรุงเทพมหานครออกระเบียบข้อบังคับห้ามสูบบุหรี่ในโรงแรมโหลศพ และขนส่งมวลชน และการที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ปี ค.ศ. 1980 เป็นปีรณรงค์เลิกสูบบุหรี่
2. ระยะที่มีการประสานงานระหว่างองค์กรและการพัฒนาเครือข่ายต่างๆ (ปี ค.ศ.1986-1990) รูปธรรมของการแก้ปัญหา ได้แก่ การที่ประชาชนในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่ รู้จักโทษและอันตรายจากบุหรี่มากขึ้น การกำเนิดขององค์กรพัฒนาเอกชนที่เรียกว่า โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ ของมูลนิธิหมอชาวบ้าน (ต่อมา เปลี่ยนเป็นมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่) ในปี ค.ศ. 1986 การวิงรณรงค์เรียกร้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ โดยชมรมแพทย์ชนบท และมูลนิธิแพทย์ชนบท ในปี ค.ศ. 1987 สังคมโดยภาพรวมตื่นตัวในสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่อย่างมาก การบินไทย ประกาศให้เที่ยวบินภายในประเทศ เป็นเที่ยวบินปลอดบุหรี่ ประกาศให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง เป็นเขตปลอดบุหรี่ มีการจัดตั้งคณะกรรมการการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ และการขยายเขตปลอดบุหรี่ในสถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ในปี ค.ศ. 1989 และการจัดตั้งสำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ในปี ค.ศ. 1990
3. ระยะที่มีแรงกดดันจากภายนอกในการเปิดให้มีการนำเข้าบุหรี่จากต่างประเทศ (ปี ค.ศ.1989 - 1991) รูปธรรมของการแก้ปัญหา ได้แก่ การรณรงค์คัดค้านบริษัทข้ามชาติในสหรัฐฯ ที่ต้องการขยายตลาดบุหรี่ ขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ และสื่อสารมวลชน การมีเครือข่ายจากทั้งในระดับประเทศและนานาชาติเข้าร่วมรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ สังคมส่วนรวมมีความเข้าใจในผลกระทบของบุหรี่ทางด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น
4. ระยะที่มีการออกกฎหมายและมีนโยบายขึ้นภาษีบุหรี่ (ปี ค.ศ.1991-1996) รูปธรรมของการแก้ปัญหา ได้แก่ ฉลากคำเตือนถึงโทษของบุหรี่บนซองได้รับการปฏิบัติอย่างจริงจัง การห้ามการโฆษณาผลิตภัณฑ์บุหรี่ การที่กระทรวงสาธารณสุขแสดงบทบาทที่สำคัญในการผลักดันให้มีการออกกฎหมายยาสูบ 2 ฉบับ (พ.ร.บ. ควบคุมการบริโภคยาสูบ พ.ศ. 2535 และ พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 - the Control of Tobacco Products Act B.E. (1992)

และ the Protection of Non-Smokers' Health Act B.E. (1992) และมีนโยบายในการขึ้นภาษีบุหรี่ด้วยเหตุผลทางสุขภาพเป็นครั้งแรก

กลยุทธ์การดำเนินนโยบายสาธารณะกรณีการควบคุมบริโภคยาสูบ

1. สร้างความตื่นตัวของสาธารณะชนผ่านการชี้แนะของสื่อสารมวลชน
2. สร้างคุณค่าใหม่ทางสุขภาพ คือ ไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ หรือสร้างค่านิยมใหม่ จากที่สังคมยึดถือ การสูบบุหรี่เป็นเสรีภาพของผู้สูบ (การสูบบุหรี่เป็นของโก้เก๋) ไปสู่สังคมที่ยึดถือและเคารพสิทธิผู้ไม่สูบบุหรี่
3. สร้างเครือข่ายกับชุมชนและองค์กร
4. การรณรงค์ให้สูขศึกษา ให้ความรู้เรื่องโทษภัยจากการสูบบุหรี่ และให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่อสาธารณะในรูปแบบใหม่ผ่านทางสื่อมวลชนทุกแขนง โดยใช้กลวิธี social marketing หรือกระบวนการเคลื่อนไหวสังคม ในการเชื่อมโยงทุกฝ่ายในสังคมเข้ามามีส่วนร่วม
5. มีการพัฒนาฐานข้อมูลด้านบุหรี่และสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง
6. ชักชวน / ชี้แนะให้ผู้มีอำนาจออกกฎหมาย หรือมาตรการนโยบายที่เหมาะสม
7. ออกมาตรการกฎหมายห้ามโฆษณาบุหรี่ในที่สาธารณะ และสื่อทุกชนิด ทั้งทางตรงและทางอ้อม กำหนดให้บุหรี่เป็นสินค้าควบคุมฉลาก โดยมีการกำหนดค่าเตือนบนซองบุหรี่ การออกกฎหมายกระทรวงให้เปิดเผยส่วนประกอบของบุหรี่ และมีนโยบายเพิ่มภาษีบุหรี่ กำหนดเขตปลอดบุหรี่
8. มีการจัดตั้งคณะกรรมการการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ
9. มีการจัดตั้งองค์กร / หน่วยงาน เรียกว่า สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ในสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข (ต่อมา ย้ายไปอยู่กับกรมการแพทย์ และเปลี่ยนชื่อเป็นสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ) และได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลในการดำเนินการทุกปี
10. รัฐสภาผ่านร่าง พ.ร.บ. ยาสูบ 2 ฉบับ เพื่อควบคุมบริโภคยาสูบ
11. จัดตั้งคลินิก ช่วยแก้ปัญหาผู้ติดบุหรี่ที่ไม่สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง เป็นต้น

คณะกรรมการการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ (The National Committee for control of Tobacco Use - NCCTU) ประกอบด้วย ตัวแทนจากกระทรวงต่างๆที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันการศึกษา ตัวแทนจากสภาวิชาชีพต่างๆ และตัวแทนจากองค์กรพัฒนาชุมชนด้านสุขภาพ มีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับบุหรี่ และวางแผนทางแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ มีหน้าที่บริหารจัดการและประสานงาน ติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรม แต่งตั้งคณะอนุกรรมการเท่าที่จำเป็น และให้คำแนะนำและคำปรึกษาแก่คณะอนุกรรมการที่จัดตั้งขึ้น

องค์กรดังกล่าว ยังทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางรวบรวมข้อมูลข่าวสาร และองค์ความรู้ด้านบุหรื และสุขภาพจากทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วย

เพื่อความคล่องตัวในการดำเนินงาน คณะกรรมการ ฯ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการ 2 ชุด ชุดหนึ่งเรียกว่า คณะอนุกรรมการฝ่ายร่างกฎหมาย มีหน้าที่ในการรวบรวม ศึกษา และวิเคราะห์กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมบริโภคยาสูบ และเตรียมข้อเสนอแนะแก้ไขกฎหมายที่มีอยู่แต่ล้ำสมัย ส่วนคณะกรรมการอีกชุดหนึ่ง เรียกว่า คณะอนุกรรมการฝ่ายเทคนิค มีหน้าที่ในการรวบรวม ศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลทางด้านเทคนิคเกี่ยวกับการควบคุมบริโภคยาสูบ การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการวิจัยเกี่ยวกับบุหรื และผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการสูบบุหรื

สำนักงานควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้รับการจัดตั้งเมื่อ ค.ศ. 1990 มีฐานะเทียบเท่ากอง ภายในสำนักงานนโยบายและแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นหน่วยงานในภาคราชการ ที่มีงบประมาณประจำปีจากรัฐบาลสนับสนุนในการดำเนินกิจกรรมควบคุมยาสูบในอนาคต ขณะเดียวกัน มีบทบาทเป็นสำนักเลขานุการให้แก่คณะกรรมการการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติด้วย โดยหน้าที่แล้ว จะเป็นองค์กรที่มีบทบาทสำคัญคอยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ด้วยเหตุที่เป็นองค์กรที่มีพลังผลักดันสูง จึงถูกกดดันจากบรรษัทบุหรืข้ามชาติ ให้ย้ายสำนักงานไปอยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ และเวลานี้ เปลี่ยนชื่อเป็นสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ

บทบาทของสื่อสารมวลชนในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

1. สื่อสารมวลชนมีบทบาทในการต่อต้านการนำเข้าบุหรืต่างประเทศ ภาพข่าวที่เกาะติดความเคลื่อนไหวของสถานการณ์ และการรายงานผลวิเคราะห์ของบุหรืต่อสุขภาพ ที่ทำอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน ทำให้คนไทยตื่นตัวและตระหนักต่อพิษภัยบุหรืมากขึ้น อันเป็นปัจจัยเสริมต่อโครงการรณรงค์ไม่สูบบุหรื และเพิ่มพลังต่อต้านต่อสหรัฐอเมริกามากขึ้น
2. สื่อสารมวลชนมีบทบาทในการสนับสนุนการร่างกฎหมายยาสูบ สองสัปดาห์สุดท้ายของรัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน ร่างพ.ร.บ. ยาสูบ ยังอยู่ระหว่างรอการพิจารณาจากคณะรัฐมนตรี เช่นเดียวกับร่างกฎหมายอื่น อาจไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ทันรัฐบาลนี้ ด้วยความช่วยเหลือของสื่อมวลชน ร่างกฎหมายยาสูบถูกนำเป็นประเด็นในหน้าหนึ่งหนังสือพิมพ์ทุกฉบับ ทำให้คณะรัฐมนตรีให้ความสำคัญ นำร่างเข้าวาระพิจารณาและให้ความเห็นชอบ

การดำเนินนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย²⁶ เป็นเครื่องยืนยันว่านโยบายสาธารณะที่ได้ผลสำหรับปัญหาเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะต้องอาศัยมาตรการที่ประสานสอดคล้องกัน มาตรการดังกล่าว สามารถจำแนกเป็น 5 กลุ่มคือ

1. มาตรการทั่วไป (ทางแผนงาน) ได้แก่ การเฝ้าระวังราคาบุหรี่ต่างประเทศ การพัฒนาฐานข้อมูลด้านบุหรี่และสุขภาพ การสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพ องค์กรระดับท้องถิ่น และการสร้างเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศเพื่อการรณรงค์ไม่สูบบุหรี่
2. มาตรการด้านองค์กรและการบริหารจัดการ เพื่อปรับโครงสร้างระบบบริการทางการแพทย์ทุกระดับเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการใช้มาตรการเชิงรุก สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มของผู้ป่วย/ประชาชน จัดตั้งกลไกการส่งเสริมสุขภาพในระดับจังหวัด และเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในกระทรวงสาธารณสุข
3. มาตรการทางกฎหมาย ด้วยการออกกฎหมาย กฎกระทรวง ระเบียบและข้อบังคับต่างๆ เช่น การกำหนดเขตปลอดบุหรี่ การขยายเขตปลอดบุหรี่ทั่วประเทศ การควบคุมการขาย/การจำหน่ายจ่ายแจกผลิตภัณฑ์ยาสูบ การห้ามหน่วยงานของรัฐรับการอุปถัมภ์จากบริษัทบุหรี่ การห้ามแพร่ภาพการสูบบุหรี่ทางสื่อมวลชน ร่วมกับการเพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย โดยจัดตั้งศูนย์ปรึกษากฎหมาย จัดระบบเฝ้าระวังและตรวจสอบอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
4. มาตรการด้านงบประมาณ ด้วยการเพิ่มสัดส่วนงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนงบประมาณเพื่อการควบคุมการบริโภคยาสูบ จัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ
5. มาตรการภาษีอากร ได้แก่ การใช้มาตรการภาษีบุหรี่ในการกำหนดราคาบุหรี่ให้สูงขึ้น

นอกจากนี้ พ.ร.บ. ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายที่มุ่งจัดการโฆษณา การชักจูง และการใช้เทคนิคการส่งเสริมการตลาดที่ล่อให้คนมีพฤติกรรมที่จะเสพสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเข้าสู่ร่างกาย กฎหมายฉบับนี้ จึงช่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ ส่วน พ.ร.บ. คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายที่คุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่ ไม่ให้ได้รับควันบุหรี่จากผู้สูบ การที่ผู้ไม่สูบบุหรี่แจ้งต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบให้ดำเนินการคุ้มครองสิทธิให้เขา มีผลทำให้กฎหมายดังกล่าวบังคับใช้ได้ดีและมีประสิทธิภาพ การเรียกร้องสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่มากๆ จะเป็นแรงกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ต้องปฏิบัติตามกฎหมาย ดังนั้น แนวคิดของกฎหมายสองฉบับนี้จึงสอดคล้องกับปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพ โดยการใช้กฎหมาย ช่วยเพิ่มสมรรถนะให้คนมีความสามารถเสริมสร้างสุขภาพของตนให้ดีขึ้น

นโยบายอื่นที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่

นโยบายทางการเกษตรที่เกี่ยวกับการผลิตบุหรี่ (Agricultural policies towards tobacco)

ปัญหาหนี้จะไม่บรรเทาลง และการปลูกยาสูบยังคงดำเนินต่อไป ตราบเท่าที่ความต้องการหนี้ยังมีอยู่ มาตรการในการควบคุมยาสูบที่ได้ผลตามแนวทางของธนาคารโลก คือ ไม่ให้มีแรงจูงใจด้านการเงิน หรือมีกฎหมายที่ส่งเสริมในการปลูกยาสูบ และการให้ความช่วยเหลือ หรือส่งเสริมให้เกษตรกรหันไปปลูกพืชอื่นแทน^{27, 28}

2.4 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ : กรณีการแก้ปัญหาโรคเอดส์²⁹

การพัฒนานโยบายแก้ปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

เริ่มต้นด้วยการเคลื่อนไหวของนโยบายสาธารณะสากลที่ชี้นำโดยองค์การอนามัยโลก และการเคลื่อนไหวขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างประเทศในการทำกิจกรรมโรคเอดส์ในช่วงปี พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา เป็นผลให้รัฐบาลมองเห็นความสำคัญของปัญหาโรคเอดส์ และให้การสนับสนุนงบประมาณ และมีการกำหนดโครงสร้างทางนโยบายเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ที่ชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 เป็นต้นมา ในปี พ.ศ. 2534 รัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน ได้กำหนดให้คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์แห่งชาติ เป็นองค์กรประสานและบริหารนโยบาย ร่วมกับการผลักดันให้จัดตั้งหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่ประสานนโยบายเรื่องโรคเอดส์ สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี มีการตั้งงบประมาณซึ่งมุ่งเน้นในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และใช้วิธีการสร้างกระแสสังคมเป็นยุทธศาสตร์หลัก รวมทั้งเปิดกว้างให้เอกชนสาธารณสุขประโยชน์ขอรับงบประมาณจากภาครัฐไปดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับเอดส์ และที่สำคัญคือ การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์ซึ่งเริ่มดำเนินการครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2534 และครั้งที่สอง เมื่อ พ.ศ. 2538 โดยการมอบหมายให้สำนักงานเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเข้าร่วมในการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติในลักษณะแผนยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งจะใช้เป็นเครื่องมือในการชี้นำหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เข้าร่วมทำงานภายใต้แผนงานนี้ในปีพ.ศ. 2538 ซึ่งได้ทบทวนคู่กับการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 ทำให้สามารถประสานยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม และมีการจัดแบ่งภารกิจความรับผิดชอบในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์ที่สอดคล้องกับภารกิจหลักของหน่วยงาน ตลอดจนมีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการให้แก่ทุกหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน

จุดสำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ทางนโยบาย คือ การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารจากทุกฝ่าย ซึ่งเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนแนวคิดและความรู้จากนักวิชาการหลากหลายสาขา ทำให้องค์กรวิชาการจากนานาชาติมีโอกาสเข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยในประเทศไทยอย่างมากมาย จนทำให้มองเห็นและเข้าใจถึงปัจจัยอันเป็นเงื่อนไขในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ตลอดจนผลกระทบที่ซับซ้อนทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดขึ้นมาได้เป็นอย่างดี

มากขึ้น หลังจากนั้นเป็นต้นมา รัฐบาลทุกสมัยต่างมองเห็นว่า ปัญหาเอดส์เป็นปัญหาที่วิกฤตต่อสังคมไทยจึงกำหนดให้นโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เป็นนโยบายของรัฐบาลติดต่อกันมาทุกสมัย

การจัดรูปแบบองค์กร ระบบและโครงสร้างเพื่อบริหารงานโครงการแก้ปัญหาเอดส์

ในระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมแก้ปัญหาเอดส์ มีการจัดตั้งศูนย์เฉพาะกิจ เรียกว่าศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ และจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานควบคุมโรคเอดส์ภายในกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปัญหาเอดส์ขยายตัวอย่างรวดเร็ว จึงได้ขยายขอบเขตของความร่วมมือให้กว้างขวางขึ้น คณะกรรมการฯได้พัฒนาเป็นคณะกรรมการประสานงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ และคณะกรรมการประสานงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติตามลำดับ ขณะเดียวกันมีการขอจัดตั้งกองโรคเอดส์ในกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำหน้าที่เป็นแกนกลางในการวางแผนงาน ดำเนินงาน ควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผล และประสานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เมื่อปัญหาเอดส์ถูกกำหนดให้เป็นนโยบายระดับชาติในปี พ.ศ. 2534 คณะกรรมการฯ มีการเปลี่ยนแปลงเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ อันมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ และมีคณะกรรมการบริหารงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เป็นทีมเลขานุการกิจ ภายใต้คณะกรรมการระดับชาติอีกชุดหนึ่ง คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์แห่งชาติและอนุกรรมการทุกคณะ ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยราชการ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ภาคเอกชน และตัวแทนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ จึงเป็นเวทีของการแลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่กว้างขวางและโปร่งใส

ต่อมาปี พ.ศ. 2541 ได้มีการแก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ เพื่อให้คณะกรรมการแห่งชาติ เป็นองค์กรที่บริหารงานได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ต้องออกคำสั่งแต่งตั้งทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงคณะรัฐมนตรี มีผลให้คณะกรรมการฯ สามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการพัฒนาโครงสร้างการบริหารนโยบายในระดับเขตนั้น ได้มีการดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการต้านภัยเอดส์เฉพาะขึ้นในภาคเหนือตอนบน เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ทวีความรุนแรงอย่างรวดเร็วมากกว่าที่อื่น ในระดับจังหวัดนั้น มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดในทุกจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และมีรองผู้ว่าฯ ทำหน้าที่ควบคุมศูนย์ประสานงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในระดับจังหวัด ส่วนในระดับอำเภอ ก็มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อำเภอ และศูนย์ประสานงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์เช่นกัน นอกจากนี้ มีการอบรมการทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับองค์กรปกครองท้องถิ่น ทั้งใน

กรุงเทพมหานคร เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้สามารถนำงบประมาณของท้องถิ่นมาดำเนินงานด้านนี้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539

กล่าวโดยสรุป การพัฒนาองค์การบริหารนโยบายเอดส์ มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งคณะกรรมการจากกระทรวงต่างๆ 6 กระทรวง ร่วมกันรับผิดชอบในการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การเสริมสร้างสมรรถนะขององค์กรชุมชน การศึกษาและเยาวชน การจัดบริการทางสังคมและเศรษฐกิจ การจัดบริการทางสุขภาพ และการศึกษาวิจัย เพื่อให้การกำหนดแผนปฏิบัติการและการบริหารจัดการงบประมาณของภาครัฐในด้านต่างๆ เป็นไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับแนวนโยบาย มีการจัดองค์การบริหารที่ชัดเจน ตั้งแต่ระดับชาติถึงระดับท้องถิ่น ในการแก้ปัญหาโรคเอดส์

การจัดโครงสร้างทางงบประมาณ

เนื่องจากนโยบายงบประมาณเป็นเครื่องแสดงเจตนาให้เห็นว่า รัฐบาลมีเจตนาที่ชัดเจนเพียงใดในการจัดการกับปัญหาเอดส์ วิวัฒนาการของรูปแบบการจัดทำคำของบประมาณ สามารถสะท้อนถึงทิศทางการผลักดันกิจกรรมให้ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ในแผน เนื่องจากแผนงานโรคเอดส์ มีการกำหนดภารกิจให้หน่วยงานหลายหน่วยในภาคราชการ องค์กรเอกชน และสถาบันวิชาการ เข้าร่วมดำเนินการโดยใช้งบประมาณภายใต้แผนงานนี้ ในระยะแรกของการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ หน่วยงานภาครัฐและเอกชน ได้ทำคำของบประมาณเป็นโครงการย่อยๆ เพื่อนำไปใช้ดำเนินกิจกรรมที่เน้นการให้ข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์ และการฝึกอบรมเป็นหลัก ต่อมากิจกรรมมีความกว้างขวางครอบคลุมด้านบริการสุขภาพ บริการสังคมและคุ้มครองสิทธิ ดังนั้นในการจัดทำแผนงบประมาณ พ.ศ. 2540 - 2544 สำนักงบประมาณจึงได้จำแนกงบประมาณออกเป็น 2 สาขาใหญ่ๆ ได้แก่ แผนงบประมาณทางด้านสังคม และแผนงบประมาณทางด้านสาธารณสุข ฉะนั้นโครงสร้างทางงบประมาณป้องกันและแก้ไขโรคเอดส์ จึงมีการเปลี่ยนแปลงจากที่เคยจัดงบประมาณตามแผนงาน/โครงการย่อยๆ เป็นแผนงบประมาณด้านสังคม และแผนงบประมาณด้านสาธารณสุข โดยที่โครงสร้างข้างต้น มีงบประมาณส่วนที่สนับสนุนองค์กรเอกชนและชุมชนรวมอยู่ด้วย

ดังนั้น วิวัฒนาการของการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทย พอสรุปได้ว่า มีจุดเริ่มต้นจากข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจนในแง่มุมมองที่กว้างขวางเพียงพอ ทำให้สังคมเข้าใจสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่แท้จริง ตลอดจนเข้าใจความสัมพันธ์ของเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มประชากรต่างๆ จนสามารถพัฒนาระบบงานที่คนที่มีมองปัญหาเอดส์เป็นปัญหาสังคมซึ่งเป็นภารกิจของสังคมประชารัฐ มากกว่ามองเป็นประเด็นของโรค

อันเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้มีการปรับโครงสร้างทางนโยบาย กลไกการพัฒนา นโยบาย กลไกการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และกลไกการประเมินนโยบายตามมา ขณะเดียวกัน บุคลากรภาครัฐกิจเอกชน องค์กรเอกชน นักวิชาการและกลุ่มผู้ติดเชื้อ ก็ได้รับการพัฒนาจนเข้มแข็งขึ้น สามารถรวบรวมประเด็นปัญหา และให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย ตลอดจนคอยเฝ้าดูและท้วงติงเมื่อพบว่าหน่วยงานไม่สามารถดำเนินการให้บรรลุผลตามที่กำหนดไว้ นอกจากนี้ กลุ่มนักวิชาการและนักกิจกรรมก็ได้พัฒนารอบแนวคิดในการจัดทำโครงการต่างๆขึ้นมา ที่มีมาตรการและกลวิธีแก้ปัญหาที่เป็นพลวัตปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ของปัญหาเอดส์ การกำหนดกลวิธีแก้ปัญหาในแต่ละช่วงที่ผ่านมา สะท้อนให้เห็นถึงการมีกรอบแนวคิดในการดำเนินการที่ชัดเจน และมีโครงสร้างทางนโยบายที่เหมาะสม จึงจะสามารถก่อให้เกิดแผนงานที่มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนวิถีชีวิตให้มีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย

2.5 นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหายาบ้า

สถานการณ์ปัญหายาบ้าในประเทศไทย

สารเมทแอมเฟตามีน หรือแอมเฟตามีน เป็นสารออกฤทธิ์ในการกระตุ้นประสาทส่วนกลาง ขณะนี้มีปัญหาการแพร่ระบาดของ Amphetamine-type stimulants และการใช้ยานี้ในทางที่ผิดเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา จากที่เคยเป็นปัญหาในระดับท้องถิ่น ได้ขยายตัวออกไปทั่วโลก โดยคาดการณ์ว่าจะเป็นยาเสพติดที่เป็นตัวปัญหาของศตวรรษหน้า ที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญเชื่อว่า การร่วมมืออย่างเข้มข้นของประชาคมโลก การสร้างเครือข่ายโยงใยระดับนานาชาติ การสนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับยาตัวนี้ เป็นสิ่งที่จำเป็นและต้องทำอย่างต่อเนื่อง³⁰

ในประเทศไทย³¹ พบว่าสถานการณ์การระบาดของในเรื่องสารที่มีฤทธิ์ดังกล่าวกว่าที่เรียกว่า ยาม้า หรือที่มีการเปลี่ยนชื่อเป็นยาบ้าไปแล้ว จัดเป็นยาเสพติดที่มีการผลิตเพื่อการบริโภคภายในประเทศ/พื้นที่เป็นหลัก กำลังเป็นปัญหาที่มีการขยายตัวรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ อันเนื่องจากการได้รับผลกำไรจากการค้าค่อนข้างสูง

ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกของอนุสัญญาเดี่ยวว่าด้วยยาเสพติดให้โทษ ค.ศ. 1961 และอนุสัญญาว่าด้วยวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ค.ศ. 1971 โดยได้ตรากฎหมายสองฉบับที่มีเนื้อหาการดำเนินงาน การควบคุมและการแบ่งประเภทของยาเสพติดหรือวัตถุออกฤทธิ์ตามกฎหมายเกณฑ์ของอนุสัญญาทั้งสองคือ พ.ร.บ. วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 และ พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทย ยังไม่ได้เป็นภาคีต่ออนุสัญญาว่าด้วยการต่อต้านการค้ายาเสพติดให้โทษและวัตถุออกฤทธิ์ที่ผิดกฎหมาย ค.ศ. 1988

1. สถานการณ์ของการลักลอบนำเข้าสารอีเฟดิน

สารตั้งต้น (Precursor) เป็นสารที่มีความจำเป็นต่อการผลิตยาในกลุ่มแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ หรือที่เรียกว่ายาบ้า สารตั้งต้นที่กลุ่มนักค้ายาขนานนามว่าผลิตยาบ้า ได้แก่ อีเฟดรีน (Ephedrine) ประเทศไทย นอกจากต้องนำเข้าสารนี้เพื่อใช้ในการแพทย์แล้ว ยังมีการลักลอบนำเข้าสารนี้เพื่อผลิตยาบ้า หลังจากที่มีอีเฟดรีน ถูกประกาศให้เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 4 ตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ส่งผลให้เอกชนไม่สามารถนำเข้าเคมีภัณฑ์ตัวนี้อีกต่อไป การนำเข้า ทำได้โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น เมื่อมีการประกาศควบคุม และกำหนดโทษทั้งนำเข้า และการมีไว้ในครอบครองอย่างเข้มงวด จึงเป็นมูลเหตุให้เกิดกระบวนการลักลอบนำเข้าทำได้ยากมากขึ้น ส่งผลให้โรงงานที่ลักลอบผลิตยาบ้า ต้องย้ายออกไปจากประเทศไทย ไปอยู่ตามชายแดนไทยพม่า และไทยลาว

2. สถานการณ์ของการผลิตหัวเชื้อเมทแอมเฟตามีนและการผลิตยาบ้า

ในช่วง 10 ปีก่อน (ปี พ.ศ. 2527-2538) การผลิตหัวเชื้อเมทแอมเฟตามีน ค่อนข้างจำกัดอยู่ในกลุ่มคนไม่กี่กลุ่มที่มีเชื้อสายจีน จึงค่อนข้างผูกขาด ผู้ผลิตซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำการผลิตหัวเชื้อเพียงอย่างเดียวจะจำหน่ายหัวเชื้อให้กับกลุ่มผู้ผลิตอื่นๆ และการผลิตส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร และบางจังหวัดในภาคกลาง ขณะที่การผลิตอัดเม็ดนั้น กลุ่มผู้ผลิตที่เป็นผู้รับหัวเชื้อจากกลุ่มผู้ผลิตหัวเชื้อมาผ่านกระบวนการผลิตอัดเม็ดอีกต่อหนึ่ง ซึ่งแหล่งผลิตส่วนใหญ่ จะกระจายอยู่ทั่วไปในพื้นที่ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

แต่ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2539 เป็นต้นมา) มีการแก้ไข เปลี่ยนแปลงการควบคุมแอมเฟตามีนและอนุพันธ์ของแอมเฟตามีน จากวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ตาม พ.ร.บ. วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ไปเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ส่งผลให้มีการย้ายฐานการผลิตจากพื้นที่เดิมที่มีลักลอบผลิต (เท่าที่สืบทราบ) ไปอยู่ตามบริเวณแนวเขตชายแดนรอยต่อระหว่างประเทศไทยกับประเทศพม่า ซึ่งมีกลุ่มว่า (UWSP - United Wa State Party) และกลุ่มขุนล่า (MTA - Mong Tai Army) เป็นกลุ่มหลัก โดยอาจมีกลุ่มนายทุนของไทยร่วมขบวนการลักลอบผลิตร่วมอยู่ด้วย เนื่องจากการค้ายาบ้าได้รับผลกำไรค่อนข้างสูง จากที่กลุ่มผู้ผลิตมีการแบ่งแยกการผลิตคนละขั้นตอนในช่วงแรก ทำให้บางกลุ่มมุ่งไปสู่กระบวนการผลิตแบบครบวงจรมากขึ้น ทั้งการผลิตหัวเชื้อและการผลิตอัดเม็ด ส่งผลให้ลักษณะของการผลิตยาบ้ามีความซับซ้อนมากขึ้น ประกอบกับความต้องการใช้ยาบ้ามีมากขึ้น ทำให้มีการขยายตัวของการผลิต จากที่เคยผูกขาดเพียงไม่กี่กลุ่ม ได้กระจายไปยังกลุ่มบุคคลต่างๆ มากขึ้น ส่งผลให้จำนวนของกลุ่มผู้ผลิตยาบ้าเพิ่มขึ้น และพื้นที่การผลิตกว้างขวางมากขึ้น ประมาณว่า มีพื้นที่ลักลอบผลิตหัวเชื้อไม่น้อยกว่า 10 จังหวัดกระจายอยู่ในภาคกลางและภาคเหนือ และมีพื้นที่ลักลอบผลิตอัดเม็ดไม่น้อยกว่า 17 จังหวัดทั่วประเทศ

3. สถานการณ์ของการค้ายาบ้า

การค้ายาบ้า มีลักษณะที่แตกต่างจากการค้ายาเสพติดผิดกฎหมายอื่น ที่การค้าเน้นที่ตลาดภายในประเทศเป็นหลัก โครงสร้างการค้า สามารถแบ่งรูปแบบได้ 4 กลุ่มคือ 1) กลุ่มผู้ผลิต 2) กลุ่มผู้ค้าส่งรายใหญ่ สามารถจำแนกเป็น กลุ่มผู้ผลิตครบวงจรที่ทำการค้าส่งด้วย กลุ่มผู้ผลิตอัดเม็ดที่ทำการค้าส่งด้วย และกลุ่มค้าส่งที่ติดต่อซื้อขายกับกลุ่มผู้ผลิตโดยตรง 3) กลุ่มผู้ค้าส่งระดับกลาง หรือเอเยนต์หรือตัวแทนจำหน่าย ซึ่งเป็นผู้ค้ามือสอง ต่อจากผู้ค้าที่รับจากผู้ผลิต และ 4) กลุ่มผู้ค้าระดับพื้นที่ หรือกลุ่มผู้ค้ารายย่อย

การค้ายาบ้า มีโครงสร้างอิทธิพลต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมมากที่สุดเมื่อเทียบกับยาเสพติดอื่น ปัญหายาบ้าจึงมีความรุนแรง ไม่เพียงเฉพาะโทษและพิษภัยของตัวยาเท่านั้น แต่รวมถึงปัญหาอื่นที่มีความสัมพันธ์กับปัญหายาบ้าอย่างใกล้ชิด เนื่องจากยาบ้าเป็นตัวยาประเภทเดียวที่สามารถขยายตัวไปยังประชากรกลุ่มอาชีพต่างๆ อย่างกว้างขวาง และยาบ้ายังให้ผลกำไรที่เกิดขึ้นจากการค้ามากที่สุดด้วย การสร้างอิทธิพลเพื่อคุ้มครองการค้ายาบ้าได้กระทำอย่างเงียบๆ มานานแล้ว โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีปัญหายาบ้ามาก มักมีการสร้างอิทธิพลอย่างต่อเนื่องจนมีรากฐานที่เข้มแข็ง

4. ปัญหาการแพร่ระบาด

มีการแพร่ระบาดในหมู่บ้าน / ชุมชนทั่วไป และแพร่ระบาดทั่วไปในเกือบทุกกลุ่มประชากร ในช่วงปี พ.ศ. 2501-2531 การแพร่ระบาดส่วนใหญ่จำกัดในกลุ่มของผู้ใช้แรงงาน เกษตรกร และผู้ขับขีรถทางไกลและรถบรรทุก เพื่อสามารถทำงานได้มากขึ้น ต่อมา การแพร่ระบาดได้ขยายไปอย่างแพร่หลาย ในกลุ่มที่ใช้เพื่อความบันเทิง กลุ่มนักเรียน นักศึกษา พ่อค้าแม่ค้าในตลาด ตามลำดับ วิธีเสพติด ได้พัฒนาจากการรับประทาน ไปเป็นการสูบควันหรือสูบไอระเหย ซึ่งจะออกฤทธิ์ในสมองเร็วมาก ภายใน 1 นาที ทำให้ผู้เสพมีความสุข เคลิบเคลิ้มเช่นเดียวกับเฮโรอีน ทำให้ยาบ้าแพร่ระบาดเข้าแทนที่เฮโรอีนขณะนี้

นโยบายการแก้ปัญหายาบ้า

การป้องกันและแก้ไขปัญหายาบ้าในประเทศไทยที่ผ่านมา มีการใช้มาตรการนโยบายหลายอย่างประกอบกัน อาทิเช่น มาตรการควบคุมการนำเข้าสารตั้งต้น และมาตรการปราบปรามแหล่งผลิตและการจำหน่าย โดยใช้การออกกฎหมายและข้อระเบียบบังคับ มาตรการบำบัดรักษาผู้เสพติด และมาตรการให้ความรู้ถึงอันตรายของการเสพยาบ้า และรณรงค์ให้กลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนพฤติกรรมจากการเสพยาบ้าไปเป็นการทำกิจกรรมอื่น เช่น เล่นกีฬาแทน เพื่อลดความต้องการการใช้/เสพยาบ้า

1. มาตรการนโยบายที่สำคัญ

รัฐบาลได้มีการกำหนดเป็นนโยบายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 โดยเน้นการดำเนินการในเรื่องการปราบปรามแหล่งผลิตและแหล่งจำหน่ายเป็นหลัก โดยอาศัยบทลงโทษตาม พ.ร.บ. วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ผู้ผลิต ขาย นำเข้า หรือส่งออก มีโทษสูงสุดถึง 20 ปีและปรับสูงสุดถึง 400,000 บาท ขณะที่ผู้เสพ มีโทษจำคุกสูงสุด 5 ปีและปรับสูงสุด 100,000 บาท แต่สถานการณ์ระบาดมิได้ลดน้อยลง ผู้กระทำผิดกลับมีจำนวนเพิ่มขึ้น และกระจายทั่วไปในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน และกลุ่มวัยรุ่น ในปี พ.ศ. 2539 รัฐบาลจึงได้มีนโยบายเร่งด่วนให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการแก้ปัญหาโดยเร็วที่สุด โดยหามาตรการเพิ่มโทษผู้ค้ายาบ้าให้เท่ากับเฮโรอีน เพื่อลดความรุนแรงของปัญหาให้ได้ จึงมีการแก้ไขกฎหมายลงโทษผู้ค้ายาบ้าให้หนักยิ่งขึ้นกว่าเดิม โดยปรับเปลี่ยนสถานะทางกฎหมายจากวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 2 ตาม พ.ร.บ. วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท พ.ศ. 2518 ไปเป็นยาเสพติดให้โทษประเภท 1 ตาม พ.ร.บ. ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. 2522 ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขฉบับที่ 135 ลงนามวันที่ 23 กรกฎาคม 2539 ทำให้บทลงโทษผู้กระทำผิดในข้อหาผลิตและค้าสูงถึงประหารชีวิต และในข้อหาผู้เสพ มีโทษจำคุกสูงสุด 10 ปีและปรับสูงสุด 100,000 บาท (ตามมาตรา 91) ³²

2. การจัดองค์กร ระบบ โครงสร้างและกลไกแก้ปัญหา

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการปราบปรามยาบ้า มีสองหน่วยงานสำคัญ หน่วยงานแรกได้แก่ คณะกรรมการปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ และสำนักงานปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ (ปปส.) ในสังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี นอกจากนี้ ปปส. ส่วนกลาง ยังมี ปปส. ระดับกระทรวง และ ปปส. ระดับจังหวัด โดยแต่ละระดับ สามารถแต่งตั้งคณะทำงานได้ตามความจำเป็น อีกหน่วยงานหนึ่ง คือ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งมีเครือข่ายและศูนย์ปราบปรามยาเสพติดกระจายทั่วประเทศ

หน่วยงานที่รับผิดชอบควบคุมการนำเข้าสารตั้งต้น ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งทำหน้าที่ในการล่อซื้อสารเสพติด การติดตามสถานการณ์ และควบคุมการนำเข้า รวมทั้งการจัดเก็บรวบรวมของกลางที่จับได้

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้ความรู้และจัดกิจกรรมรณรงค์ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการศึกษา กระทรวงมหาดไทย และสำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีคณะกรรมการปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ เป็นผู้ประสานงาน

หน่วยงานที่รับผิดชอบในการบำบัดผู้เสพยาเสพติด ได้แก่ โรงพยาบาล และศูนย์บำบัดยาเสพติดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยให้การบำบัดผู้เสพยาเสพติดที่สมัครใจเข้ารับรักษา ส่วนสำนักงานของกระทรวงยุติธรรมที่ตั้งขึ้นตาม พ.ร.บ. พินูปสมรรถภาพผู้เสพยาเสพติดให้โทษ ปี พ.ศ. 253.. เพื่อ

บำบัดผู้เสพยาที่ไม่ต้องเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม ยังไม่ได้ดำเนินการในทางปฏิบัติ เนื่องจากขาดบุคลากร

นอกจากนี้ ยังมีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำหน้าที่ในการตรวจวิเคราะห์/พิสูจน์สารเสพติด

3. แผนงาน / โครงการ

เนื่องจากยาบ้า เป็นยาเสพติดให้โทษ เช่นเดียวกับยาเสพติดพวกฝิ่นเฮโรอีน การป้องกันปราบปรามจึงมีแผนระดับชาติที่เรียกว่า แผนแม่บทป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ซึ่งเป็นแผนทำทุกระยะ 5 ปี และแผนระดับจังหวัด

ปัญหาการดำเนินการแก้ปัญหายาบ้า³³

ในทางปฏิบัติ มีความสับสนในบทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปปส. ซึ่งควรเป็นหน่วยงานกลาง/หลักในการประสาน ควบคุมกำกับให้แผนงาน/โครงการแก้ปัญหายาบ้าให้ประสบผลสำเร็จ เป็นไปตามแผนแม่บทป้องกันและปราบปรามฯ กลับเล่นบทบาทในเรื่องของการปราบปรามมาก โดยให้ความสำคัญในด้านการปราบปราม และการตั้งสินบนนำจับ ในการจัดกิจกรรมรณรงค์ และการประกวดคำขวัญต่อต้านยาเสพติด เน้นการให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอื่นทดแทนการเสพยา แทนที่จะเน้นการให้ความรู้ถึงอันตรายจากการใช้ยา ที่สำคัญ คือ การดำเนินการและการประสานการปฏิบัติระหว่างหน่วยงานในระดับกระทรวง และระดับจังหวัด ยังไม่มีประสิทธิภาพ

การปราบปรามยาเสพติดของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ยังขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เนื่องจากเงินค่าชว/ค่าปฏิบัติการ ในการสืบสวนและปราบปรามต้องสำรองจ่ายไปก่อน

หน่วยงานที่ทำหน้าที่บำบัดผู้เสพยาเสพติด ทำงานบนพื้นฐานความสมัครใจของผู้เสพ ทำให้ผู้เสพยาอีกจำนวนมากไม่ได้รับการบำบัดรักษา อนึ่งผู้เสพยาบ้า มักมีปัญหาทางบุคลิกภาพหรือสุขภาพจิต หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบระดับกระทรวง แทนที่จะอยู่ในกำกับของกรมสุขภาพจิต กลับขึ้นอยู่กับการกำกับดูแลของกรมการแพทย์ ทำให้กระบวนการบำบัดรักษาไม่ครบวงจร

หน่วยงานและองค์กรต่างๆด้านสังคม และภาคเอกชน ยังมีบทบาทร่วมในการแก้ปัญหายาบ้า และรณรงค์ให้ประชาชนตระหนักถึงอันตรายของยาบ้าน้อย

ยังขาดการสนับสนุนวิจัยเพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ความรู้ในการกำหนดนโยบายที่เหมาะสม

อนึ่ง การแก้ปัญหายาบ้า มีประเด็นการเชื่อมโยงระหว่างประเทศค่อนข้างมาก เนื่องจากแหล่งผลิตยาบ้าที่สำคัญ อยู่ที่ชายแดนไทยพม่า ความสำเร็จของการแก้ปัญหา จึงขึ้นกับความจริงจัง และจริงจังของทั้งสองประเทศ

3 บทสรุปและข้อเสนอแนะ

3.1 บทสรุปกรณีศึกษาของนโยบายสาธารณะต่างๆ

3.1.1 นโยบายส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยเชิงระบบ/โครงสร้าง/กลไก ที่สนับสนุนนโยบายส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

- มีการจัดตั้งองค์กรดูแลส่งเสริมสุขภาพ ทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด ภายใต้การกำกับของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- กระทรวงสาธารณสุขได้งบประมาณอุดหนุนประจำปี สำหรับดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
- มีการจัดตั้งมูลนิธิ / กองทุนส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยมีแหล่งรายได้หลักจากประมาณร้อยละ 2 ของภาษีบุหรี่และแอลกอฮอล์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ทุนแก่องค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชน
- มีการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนกิจกรรมของชุมชนให้เข้มแข็ง โดยทำโครงการอื่น เช่น โครงการเมืองน่าอยู่ ในบางจังหวัด / พื้นที่
- มีการพัฒนากฎหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะ เช่น กฎหมายควบคุมหมวกนิรภัย มีการใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพ แต่กฎหมายที่ใช้ระดมทุนหรือทรัพยากร ยังไม่มี
- การพัฒนาความรู้และวิจัย ยังไม่ได้รับการส่งเสริมอย่างจริงจัง

การมีส่วนร่วมของประชาชน / ประชาสังคม / องค์กรเอกชน

- บทบาทของประชาชน / ประชาสังคม / องค์กรเอกชน ยังมีไม่มาก อย่างประเทศแคนาดา และออสเตรเลีย แหล่งทุนอุดหนุนในการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพขององค์กรเอกชน ส่วนใหญ่มาจากงบประมาณภาครัฐ

ข้อเสนอแนะ / ทางเลือกสำหรับการพัฒนานโยบายส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

1. พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ให้เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง
2. ชี้นำให้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ เป็นประเด็นทางการเมือง ทำนโยบายส่งเสริมสุขภาพให้เป็นนโยบายสาธารณะอย่างแท้จริง มีหลักชัยที่การส่งเสริมสุขภาพและการลดความเหลื่อมล้ำของคนในสังคม
3. การสร้างภาวะผู้นำ ทั้งผู้นำทางการเมือง (นักการเมืองต้องมีวิสัยทัศน์ทางด้านส่งเสริมสุขภาพ ทั้งการนำภาคต่างๆ ในเรื่องของสุขภาพ และการขึ้นระบบบริการสาธารณสุขไปสู่ทิศทางที่เป็นคุณต่อกลุ่มที่ยังไม่เจ็บป่วย ความสนใจในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ จะทำให้เขาได้รับคะแนน

- นิยมในการเลือกตั้ง) และผู้นำในภาคสาธารณสุข (ชักนำให้เกิดการปรับทิศทางของระบบบริการสาธารณสุข สนับสนุนให้ภาคอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน)
4. ควรมีการจัดตั้ง “องค์กรส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ” ในรูปของมูลนิธิส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ หรือสถาบันส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ และควรมีการจัดตั้งองค์กรในระดับจังหวัด เพื่อเป็นองค์กรในการประสานความร่วมมือและทรัพยากรต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรม/โครงการส่งเสริมสุขภาพ องค์กรนี้ยังทำหน้าที่จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ เสนอกฎหมายที่เป็นเอกภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ยกเลิกสิ่งที่ไม่สอดคล้อง และนำมาตราการที่เป็นเอกภาพในระดับชาติเข้ามาแทน สร้างโครงสร้างและกลไกในการอภิปรายและพัฒนาโครงการส่งเสริมสุขภาพร่วมกับภาคต่างๆ ของสังคม ประสานเชื่อมโยงกับองค์กรพัฒนาเอกชนและภาคเอกชน กำหนดแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากการดำเนินโครงการต่างๆ และแสวงหาหนทางร่วมกันในการพัฒนาสุขภาพ ประสานเชื่อมโยงกับสถาบันสุขภาพอื่นในการติดตามกำกับความก้าวหน้าของการพัฒนาสุขภาพของประชากร สร้างมาตรฐานและกฎเกณฑ์การฝึกอบรมเพื่อรับรองคุณวุฒิของนักวิชาชีพสาขาส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุนการวิจัยและโครงการสาธิตเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในอนาคต
 5. ถ้าไม่ดำเนินการข้อ 4 อาจเริ่มจากการปรับปรุงองค์กรที่ดูแลงานส่งเสริมสุขภาพที่มีอยู่ ให้ดำเนินการกิจต่างๆ ให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ
 6. ระดับท้องถิ่น รัฐบาลท้องถิ่น อาจมีการจัดตั้ง “สภาสาธารณสุข” ของตนเอง หรือทำงานในรูปคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพในท้องถิ่น โดยมีแหล่งทุนให้การสนับสนุนโครงการอย่างต่อเนื่อง
 7. องค์กรซื้อบริการสุขภาพของชุมชน ในรูปแบบของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ นอกจากทำหน้าที่ซื้อบริการด้านรักษาพยาบาลแล้ว หากมีแรงจูงใจและการสนับสนุนที่เหมาะสม อาจสนับสนุนให้นำเงินมาซื้อบริการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนได้
 8. รัฐบาลท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพสำหรับโครงการความปลอดภัยของถนน สนามเด็กเล่น และการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมทำได้ไม่ยาก
 9. ในระดับชาติ ควรมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพแห่งชาติ กำหนดจุดมุ่งหมายและเป้าหมายด้านสุขภาพรวมทั้งตัวชี้วัดเพื่อเป็นแนวทางกำหนดนโยบาย แผนงานและการประเมินผล
 10. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข สถานบริการนอกจากต้องปรับปรุงคุณภาพบริการให้ดีขึ้น ยังต้องแสดงบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป และผู้ปฏิบัติงานสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง จะต้องมีระบบที่เอื้ออำนวยให้จัดตั้ง กลุ่มช่วยเหลือตัวเอง และเสริมสร้างอำนาจให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง การดำเนินกิจกรรม/โครงการสุขภาพ ควรครอบคลุมปัญหาสุขภาพที่สำคัญ กลุ่มประชากรเป้าหมายเฉพาะ และชุมชนเป้าหมาย

- 11.การพัฒนาองค์ความรู้ และการวิจัย ต้องแสวงหาความร่วมมือระหว่างสถาบันวิชาการเพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และสนับสนุนให้นักวิชาการและสถาบันศึกษาหันมาสนใจการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ
- 12.การพัฒนากำลังคนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ต้องสอดคล้องแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพในหลักสูตรการเรียนการสอนของโรงเรียนทุกระดับ และมหาวิทยาลัยในทุกสาขาวิชาชีพ ปรับปรุงรูปแบบการศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ ส่งเสริมให้แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป ได้เรียนรู้ศาสตร์และศิลป์ของแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ
- 13.ส่งเสริมบทบาทของสื่อมวลชน องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรวิชาชีพ ภาคเอกชน และองค์กรชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ
- 14.เน้นการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น และศาสนาในการส่งเสริมสุขภาพ ต้องศึกษาและใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาท้องถิ่น และหลักการและการปฏิบัติทางศาสนาเพื่อพัฒนาสุขภาพ
- 15.ทบทวนและปรับปรุงกฎหมายที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ ควรมีการทบทวนและศึกษาเพื่อปรับปรุงกฎหมายให้ทันสมัย ยกเลิกกฎหมายที่ไม่สอดคล้อง

3.1.2 นโยบายพัฒนาเด็กเพื่อสุขภาพ

ปัจจัยเชิงระบบ/โครงสร้าง/กลไก ที่สนับสนุนนโยบายพัฒนาเด็กในประเทศไทย

- มีการจัดตั้งองค์กรประสานงาน ทั้งในส่วนภาครัฐและภาคเอกชน ที่ เรียกว่า สยช. และ สอ.ดย.
- งบประมาณที่เน้นในการพัฒนาทรัพยากรบุคคล กระจายอยู่ในแผนงานด้านการศึกษาด้านสาธารณสุขและบริการสังคม
- แม้ว่ารัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิของเด็ก แต่นโยบายของรัฐบาลในด้านพัฒนาเด็กมีน้อยมาก ประเทศไทยยังได้เข้าร่วมลงนามรับรองปฏิญญาโลกว่าด้วยความอยู่รอด การปกป้องและพัฒนาเด็ก ซึ่งเป็นข้อผูกพันที่จะต้องพัฒนาเด็กระดับโลก
- แผนแม่บท และ แผนปฏิบัติการ มีการจัดทำทั้งแผนระดับชาติ และแผนระดับจังหวัด โดยมี สยช. ในส่วนกลาง และคณะอนุกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนในทุกจังหวัด รับผิดชอบการจัดทำแผน แต่มีปัญหาการประสานแผน ขาดความเป็นเอกภาพ และขาดงบประมาณในการผลักดันแผนไปสู่การปฏิบัติ
- กฎหมายที่เกี่ยวกับการพัฒนาเด็กมีอยู่มากมาย กระจายอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวง ทบวง กรมที่เกี่ยวข้อง มีปัญหาความเป็นเอกภาพ กฎหมายบางฉบับล้าสมัย

- กลไกสนับสนุนด้านตุลาการ ยังไม่ครบวงจร มีเพียงศาลเยาวชนและครอบครัวเท่านั้น ที่ทำหน้าที่ปกป้องคุ้มครอง ฟื้นฟูและพัฒนาผู้กระทำผิด ระยะก่อนจะมีการพิจารณาคดี และระยะเข้าสู่กระบวนการศาล ยังไม่มีกลไกดูแล
- การพัฒนาความรู้และวิจัย ยังไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจน ทำให้ขาดงานวิจัยที่สนองต่อการแก้ปัญหาย่างเป็นรูปธรรม

การมีส่วนร่วมของประชาชน / ประชาสังคม / องค์กรเอกชน

- นอกจากแม่แล้ว ยาย และพ่อ ก็มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูเด็กในสังคมไทย สถานบริการเลี้ยงดูเด็ก มีความเพียงพอในแง่ปริมาณ แต่มีปัญหาคุณภาพของบริการและราคา ส่วนองค์กรเอกชน มีบทบาทชัดเจนในการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า การบรรเทาผลร้ายที่เกิดกับเด็กและเยาวชนเมื่อถูกเอาเปรียบจากสังคม และมีส่วนร่วมในการจัดทำข้อเสนอหลักการในการจัดทำแผนพัฒนาเด็กและเยาวชน ผ่าน สอ.ดย.

ข้อเสนอแนะ / ทางเลือกสำหรับการพัฒนานโยบายพัฒนาเด็กในประเทศไทย

- เสริมสร้างและสนับสนุนให้ผู้บริหาร นักการเมืองและพรรคการเมือง มีวิสัยทัศน์ และให้ความสำคัญต่ออนโยบายพัฒนาเด็กมากขึ้น
- การกำหนดนโยบายของผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ ควรปฏิบัติตามกรอบแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ เน้นการพัฒนาเด็กแบบองค์รวม ตั้งแต่วัยแรกเกิด จนเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งมาตรการนโยบายในแต่ละระยะของเด็ก จะมีจุดเน้นที่ไม่เหมือนกัน
- เน้นยุทธศาสตร์ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ครอบครัวและการพัฒนาเด็กเพื่อสุขภาพ โดยให้ความสำคัญ ดังนี้
 1. การลงทุนด้านสุขภาพในเด็ก ตั้งแต่ระยะที่เด็กยังอยู่ในครรภ์มารดาและในช่วงห้าขวบปีแรกของชีวิตมีความสำคัญและคุ้มค่าต่อการลงทุนมากที่สุด จึงควรให้ความสำคัญเป็นอันดับต้นๆ
 2. เด็กทุกคนควรได้รับสิทธิพื้นฐานในการเลี้ยงดู การดูแล การกระตุ้น การสนับสนุน การให้การรักษา และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวไม่เป็นอุปสรรค
 3. พ่อแม่ถือเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดของช่วงชีวิตของเด็ก และครอบครัวถือเป็นแหล่งพักพิงที่มีความสำคัญอันดับแรก (the focus of child rearing)

4. ส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจและอารมณ์ของเยาวชนให้เข้มแข็ง สามารถต่อสู้กับ
ความเครียดที่โลมเล้าเข้ามาในระยะวัยรุ่น (adolescent stress) โดยใช้กลยุทธ์การ
ทำงานแบบผสมผสานหลายหน่วยงาน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ภาครัฐจากกระทรวงสา
ธารณสุข ศึกษา และสวัสดิการสังคม ภาคเอกชน และเยาวชน
5. ให้ความสำคัญในเรื่องความแตกต่างทางเพศ (gender difference) โดยลดช่องว่าง
ระหว่างเด็กชายและเด็กหญิงในความสามารถการเรียนรู้ ความต้องการ และสถานะ
สุขภาพยึดถือสิทธิพื้นฐานของเด็กและเยาวชนที่จะได้รับความคุ้มครองจากการถูก
ละเมิดและให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
6. ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ต้องยอมรับและถือเป็นความรับผิดชอบร่วมกันที่ต้องส่งเสริมเด็กให้มีการเจริญเติบโตอย่างมีสุขภาพดี เพื่อเป็นเยาวชนและผู้ใหญ่ที่มีผลิตภาพ
(productive adult)

- เน้นยุทธวิธีการจัดแบบที่มีส่วนร่วมของหน่วยงานทุกสาขา Intersectoral strategies
- พัฒนาหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการสำรวจติดตามการพัฒนาเด็ก โดย
อาจมอบหมายหน้าที่ส่วนนี้ให้กับสถาบันข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ (NIH) หรือกำหนดให้องค์
กรอื่น / องค์กรใหม่ดูแล
- สยข. ภายใต้สังกัดสำนักนายกรัฐมนตรี ในฐานะองค์กรหลักในการประสานแผนและนโยบาย
ควรทำบทบาทในส่วนนี้ ให้ชัดเจน และให้ความสำคัญ การประสานแผน / งาน ระหว่างหน่วย
งานของภาครัฐและเอกชน

3.1.3. นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหาযুহী

ปัจจัยเชิงระบบ/โครงสร้าง/กลไก ที่สนับสนุนนโยบายควบคุมยาสูบในประเทศไทย

- มีการเคลื่อนไหวของขององค์กรเอกชน เช่นมูลนิธิหมอชาวบ้าน สมาคมแพทย์แห่งประเทศไทย
ถึงโทษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ
- มีการจัดตั้งองค์กรในระดับชาติ ที่เรียกว่า คณะกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบแห่งชาติ ทำ
หน้าที่กำหนดนโยบาย และสถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่ง
ได้รับงบประมาณจากรัฐบาล เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการรณรงค์ควบคุมการบริโภคยาสูบ ทั้งใน
ส่วนของภาครัฐและเอกชน
- นอกจากรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณอุดหนุนทุกปีแล้ว องค์กรต่างๆ ยังสามารถรับการ
สนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินกิจกรรม

- มีมาตรการนโยบายที่หลากหลาย แต่สอดคล้องกัน เช่น การพัฒนากฎหมายที่สำคัญ 2 ฉบับ การมีมาตรการการขึ้นภาษีบุหรี่ มีการพัฒนาฐานข้อมูลด้านบุหรี่และสุขภาพ และการเฝ้าระวังราคาบุหรี่ต่างประเทศ เป็นต้น
- พัฒนาความรู้และวิจัย ได้รับการพัฒนาค่อนข้างมาก มีเครือข่ายวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ
- มีการจัดตั้งคลินิกบำบัดผู้ติดยาที่ไม่สามารถเลิกได้ด้วยตนเอง

การมีส่วนร่วมของประชาชน / ประชาสังคม / องค์กรเอกชน

- องค์กรเอกชนที่เรียกว่า มูลนิธิธรรมาภิบาลผู้ไม่สูบบุหรี่ มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้มีมาตรการและนโยบายที่เหมาะสม ด้วยมีจุดแข็งที่มีผู้นำที่เข้มแข็ง มีข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัย ทั้งเครือข่ายในและต่างประเทศ และมีการดำเนินกิจกรรมที่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ / ทางเลือกสำหรับการพัฒนานโยบายควบคุมยาสูบในประเทศไทย

- แม้ว่าประเทศไทย จะมีกฎหมายบุหรี่ที่อาจเรียกว่าดีที่สุดในโลก แต่การเพิ่มประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมาย มีความสำคัญ เพื่อให้สามารถบรรลุเจตนารมณ์ของกฎหมายที่มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และคุ้มครองสิทธิของผู้ไม่สูบบุหรี่
- การติดตามสถานการณ์ของบุหรี่ในกระแสโลกมีความจำเป็น เพราะการเผยแพร่ข่าวสารบุหรี่ผ่านอินเทอร์เน็ตในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้การควบคุมยาสูบในประเทศยากขึ้น อาจมีความจำเป็นต้องร่วมลงนามในข้อตกลงระหว่างประเทศเพื่อแก้ปัญหาบุหรี่
- ส่งเสริมการวิจัยองค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และสุขภาพ

3.1.4 นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหาเอดส์

ปัจจัยเชิงระบบ/โครงสร้าง/กลไก ที่สนับสนุนนโยบายแก้ปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

- มีการเคลื่อนไหวของนโยบายสาธารณะสากล โดยการขึ้นนำขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับความเคลื่อนไหวขององค์กรเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับเอดส์
- มีการจัดตั้งองค์กรในระดับชาติ ที่เรียกว่า คณะกรรมการประสานงานและควบคุมโรคเอดส์ ภายในกระทรวงสาธารณสุข เป็น คณะกรรมการประสานงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ และ คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์แห่งชาติ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานตามลำดับ เพื่อเป็นองค์กรประสานและบริหารนโยบาย และมีการปรับปรุงองค์กรจากศูนย์เฉพาะกิจป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เป็นการจัดตั้งกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ เป็น

สำนักงานเลขาธิการ ขณะเดียวกัน มีการจัดตั้งคณะกรรมการด้านภัยเอดส์ในภาคเหนือตอนบน และ คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์ ระดับจังหวัดและระดับอำเภอด้วย

- มีการปรับโครงสร้างงบประมาณ จากการทำคำขอของงบประมาณเป็นโครงการย่อยๆ มาเป็นแผนงบประมาณด้านสังคม และแผนงบประมาณด้านสาธารณสุข งบประมาณตามโครงสร้างนี้ รวมถึงบางส่วนที่สนับสนุนองค์กรเอกชนและองค์กรชุมชนด้วย
- มีการปรับกลไกพัฒนานโยบาย โดยปรับกระบวนการที่มองปัญหาเอดส์ เป็นปัญหาทางสังคม มากกว่ามองเป็นประเด็นของโรค ทำให้เปิดโอกาสให้หน่วยงานภาครัฐอื่นนอกจากกระทรวงสาธารณสุข องค์กรภาคเอกชน ประชาสังคม และภาคประชาชน เข้ามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย
- แผนแม่บท และ แผนปฏิบัติการ ทั้งแผนระดับชาติ และแผนระดับจังหวัด
- พัฒนาความรู้และวิจัย มีเวทีสำหรับเปิดเผยข้อมูลข่าวสารจากทุกฝ่ายเพื่อแลกเปลี่ยนแนวคิด และข้อมูลจากนักวิชาการหลากหลายสาขา ทำให้องค์กรวิชาการจากนานาชาติมีโอกาสเข้ามา ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยในประเทศไทยมากมาย

การมีส่วนร่วมของประชาชน / ประชาสังคม / องค์กรเอกชน

- ด้วยเหตุผลจากการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ทางนโยบาย ทำให้มีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารจากทุกฝ่าย ทำให้ภาคต่างๆ ในสังคม ตื่นตัว มองเห็นและเข้าใจถึงปัจจัยอันเป็นเงื่อนไขในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วม และระดมพลังในการดำเนินกิจกรรมควบคุมเอดส์

ข้อเสนอแนะ / ทางเลือกสำหรับการพัฒนานโยบายแก้ปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

- พัฒนาระบบการการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชนในการช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน
- พัฒนาองค์ความรู้และการวิจัยเกี่ยวกับตัวเชื้อเอดส์ และพัฒนาายที่มีศักยภาพสูงต่อการลดปริมาณไวรัสเอดส์ในคน

3.1.5 นโยบายสาธารณะ : กรณีการแก้ปัญหาเอดส์

ปัจจัยเชิงระบบ/โครงสร้าง/กลไก ที่สนับสนุนนโยบายแก้ปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

- มีการจัดตั้งองค์กร เรียกว่า คณะกรรมาธิการยาเสพติดแห่งชาติ (ปปส.) ทั้งในระดับชาติ กระทรวง และจังหวัด ทำหน้าที่เป็นองค์กรประสานแผนและนโยบาย

- มีการจัดงบประมาณอุดหนุนจากรัฐบาลประจำปี ผ่านทาง ปปส. เป็นหลัก ส่วนใหญ่ เน้นในด้านการปราบปราม มากกว่าการให้ความรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- มีการพัฒนานกฎหมาย โดยปรับเปลี่ยนสถานะทางกฎหมายของยาบ้า จากวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เป็นยาเสพติดให้โทษ เพื่อลงโทษผู้เสพและผู้ค้าให้หนักยิ่งกว่าเดิม
- แผนแม่บท และ แผนปฏิบัติการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ทุกระยะ 5 ปี
- มีการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้า โดยสถานบริการของกระทรวงสาธารณสุข เฉพาะในรายที่สมัครใจเข้ารับบำบัด
- พัฒนาความรู้และวิจัย ยังขาดการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับยาบ้า ทำให้ไม่สามารถกำหนดมาตรการนโยบายที่เหมาะสม

การมีส่วนร่วมของประชาชน / ประชาสังคม / องค์กรเอกชน

- ยังมีน้อยมาก

ข้อเสนอแนะ / ทางเลือกสำหรับการพัฒนานโยบายแก้ปัญหายาบ้าในประเทศไทย

- ควรตั้ง องค์กรแก้ปัญหายาบ้าระดับชาติ หรือปรับองค์กร ปปช ที่มีอยู่ ให้ทำงานเชิงองค์รวมตามหลักการของแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ
- ปรับบทบาทและภารกิจ ของแต่ละหน่วยงานให้เหมาะสม
- มองยาบ้า เป็นปัญหาทางสังคม ต้องการการให้ความสำคัญ ประกาศเป็นนโยบายชาติที่สำคัญเช่นเดียวกับการดำเนินงานแก้ปัญหายาเอดส์ เพื่อเปิดโอกาส / ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน/ประชาสังคม / องค์กรเอกชน
- พัฒนาความรู้และวิจัยเกี่ยวกับยาบ้า โดยเฉพาะผลของยาบ้าต่อการเปลี่ยนแปลงของสมอง เพื่อสามารถนำมากำหนดมาตรการนโยบายอย่างเหมาะสม โดยการให้สนับสนุนงบประมาณ และแหล่งทุนสำหรับการศึกษาวิจัย

3.2 ข้อจำกัด / อุปสรรคของการพัฒนานโยบายสาธารณะ

3.2.1 การจัดรูปองค์กร ระบบ โครงสร้าง กลไก และมาตรการนโยบายสาธารณะ

โดยสรุป การจัดตั้งองค์กร หรือการปรับรูปองค์กรให้สอดคล้องกับภารกิจที่มีตามกรอบแนวคิดส่งเสริมสุขภาพนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการทำงานร่วมกัน การประสานงาน / ประสานแผนระหว่างหน่วยงานทุกสาขา และเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน และสนับสนุนกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง ในทางปฏิบัติ จะมีประเด็นปัญหาในการประสานงาน / ประสานแผน และมี

ปัญหาในวิธีการงบประมาณ (เช่น กรณีนโยบายพัฒนาเด็กเล็ก นโยบายแก้ปัญหาภัยน้ำ) ส่วน
มาตรการนโยบายที่กำหนดขึ้น จะมีความสอดคล้องและเหมาะสมอย่างไรนั้น ขึ้นกับวิสัยทัศน์
และการให้ความสำคัญของผู้บริหาร ทุกระดับ และการมี / การใช้หลักฐานจากองค์ความรู้ทางวิชา
การที่ถูกต้อง ทันสมัย รองรับในการกำหนดนโยบายมาน้อยเพียงไร แนวทางนโยบายเป็นไปตาม
หลักการของแนวคิดส่งเสริมสุขภาพหรือไม่ นอกจากนั้น มีกลไก สนับสนุนเพื่อพัฒนาระบบข้อ
มูลข่าวสารสุขภาพ การพัฒนาความรู้และการวิจัย และการติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผล
หรือไม่

ดังที่กล่าวถึงในกฎบัตรฮอตตาว่า กลยุทธ์ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพนั้น ประกอบด้วยกิจ
กรรมหลัก 5 ประการ กฎหมายเป็นผลผลิตของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมหลัก
ข้อแรก การที่จะใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพในด้านใด ก็ออกกฎหมายให้สามารถมี
ส่วนในการสนับสนุนกิจกรรมในด้านนั้นๆ ให้มากที่สุด ครอบคลุมกิจกรรมหลักที่เหลือ 4 ข้อ ตั้งแต่
การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วน
บุคคล หรือการปรับเปลี่ยนระบบบริการ จนนำไปสู่เป้าหมายให้คนทุกคนมีความสามารถที่จะ
เลือกแนวทางในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพดีได้

มาตรการทางกฎหมาย (ที่อิงปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพ) มีเป้าหมายเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อ
อำนวยต่อสุขภาพ ต้องถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของสังคมร่วมกันที่จะต้องลดอันตราย
(เช่น จากอุบัติเหตุจราจร) การใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเข้มงวด โดยรณรงค์ให้ประชาชนเกิด
จิตสำนึกในชุมชนทุกระดับถึงอันตรายที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการสร้างเครือข่ายประชา
สังคมและการสร้างชุมชนให้เข้มแข็งด้วย นอกจากนี้ กฎหมายที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพนั้น
ต้องสามารถใช้เป็นเครื่องมือระดมทุนมาดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย

ส่วนการใช้กฎหมายเพื่อควบคุมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพนั้น ต้องก่อ
ให้เกิดการยอมรับในหมู่ประชาชนด้วย ต้องอาศัยปัจจัยต่อไปนี้

- การตรากฎหมาย ต้องเป็นไปตามหลักเหตุผล และความเป็นธรรม
- กฎหมายที่ออกใหม่ ต้องมีการเผยแพร่ให้ประชาชนรับรู้กันอย่างกว้างขวาง
- เมื่อมีการประกาศใช้กฎหมาย ต้องประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน ทราบถึงสิทธิ และหน้าที่ของ
เขาตามกฎหมายนั้นๆ
- การใช้กฎหมาย ต้องไปตามนิติวิธี
- การบริหารงานยุติธรรม ต้องมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม การออกกฎหมาย ยังมีข้อจำกัด มีความจำเป็นที่ต้องเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ใหม่ในการร่างกฎหมาย ที่ผ่านมา ผู้ร่างกฎหมายส่วนใหญ่มีแนวคิดมุ่งเน้นการใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือผ่านกลไกของกระบวนการยุติธรรมเกือบทั้งหมด แนวคิดในการใช้กฎหมายในการระดมทุนที่จะนำมาส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย หรือนำมาช่วยเสริมการบังคับใช้กฎหมาย เช่น การออกกฎหมายจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น ยังมีอยู่น้อย

3.2.2 การมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน และภาคประชาชน หรือภาคประชาสังคมในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

ด้วยความตระหนักว่าสุขภาพดีเป็นเป้าหมายพื้นฐานทางสังคม องค์การอนามัยโลกได้ประกาศเจตนารมณ์และวางแนวทางใหม่ในการกำหนดนโยบายสุขภาพ ซึ่งเน้นหลักการมีส่วนร่วมของประชาชน ความร่วมมือจากภาคต่างๆ ของสังคม โดยมีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นรากฐานตั้งแต่วัยการประสูตินานาชาติเรื่อง “การสาธารณสุขมูลฐาน” ร่วมกับกองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ ณ กรุงอัลมาอะตา ในปี พ.ศ. 2521 แต่การมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชนและภาคประชาชนในการกำหนดนโยบายสุขภาพยังมีน้อย อย่างไรก็ตาม องค์กรภาคเอกชนในประเทศไทยได้มีบทบาทการเคลื่อนไหวทางสังคมด้านต่างๆ จนได้รับการยอมรับเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ความเข้มแข็งขององค์กรเอกชน เช่น มูลนิธิธรรมาภิบาลไม่สูญหายไป และองค์กรพัฒนาเอกชนเกี่ยวกับการแก้ปัญหาเอดส์ ทำให้สามารถแสดงบทบาท ทั้งที่เป็นผู้ริเริ่ม ผู้ขึ้นนำด้านสุขภาพ และผู้ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และจริงจัง จุดเด่นของ องค์กรเอกชน ที่มีจุดมุ่งหมายการเสริมสร้างให้ชุมชน / ประชาชนมีความเข้มแข็ง มีเครือข่ายการทำงานที่กว้างขวาง เป็นองค์กรขนาดเล็ก มีโครงสร้างไม่ซับซ้อน มีความคล่องตัวในการทำงาน และเป็นพลังนอกระบบภาครัฐที่มีศักยภาพ เป็นจุดแข็งที่ภาครัฐ จะต้องแสวงหาความร่วมมือแลกเปลี่ยนวิธีการทำงาน เพื่อนำไปสู่ประสิทธิภาพสูงสุดในการทำงานที่ผ่านมา ภาคเอกชนส่วนใหญ่เน้นการทำงานในระดับบุคคลในเรื่องการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลมากกว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนหรืออำนาจของชุมชน แทบจะไม่มีบทบาทในระดับนโยบาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะความเคยชิน ลักษณะการทำงานที่น่าจะทำได้ง่ายกว่า ยุ่งยากน้อยกว่า และประเมินความสำเร็จได้ง่ายกว่า

องค์กรภาคเอกชนเข้ามามีบทบาทในการร่วมงานกับภาครัฐอยู่หลายลักษณะ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานที่สนับสนุนนโยบายของภาครัฐ เช่น สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน ที่เน้นเรื่องการคุมกำเนิด หรือมูลนิธิหมอชาวบ้านที่ให้ความสำคัญกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของตนเอง เป็นต้น ในส่วนบทบาทการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ยังมีไม่มาก องค์กรประชาชน ยังมีบทบาทในฐานะ “ผู้ตาม” หน่วยงานของรัฐ

มากกว่า ประชาชนยังมีค่านิยมที่ไม่เกื้อหนุนต่อการส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมเกิดขึ้นตามที่กลุ่มสมาชิกได้มีการตกลงกัน และเกิดตามที่รัฐจะให้การสนับสนุน มักเป็นกิจกรรมเฉพาะกิจ ไม่ต่อเนื่อง³⁴

ปัญหาขององค์กรภาคประชาชนและองค์กรพัฒนาเอกชน ขณะนี้ คือ 1) ขาดความรู้ในการมองปัญหา แบบองค์รวม 2) ขาดยุทธวิธีการทำงานที่ครอบคลุมทุกส่วนที่สัมพันธ์กัน 3) ขาดโอกาสในการมีส่วนร่วมในกระบวนการนโยบาย และ 4) ขาดการให้การสนับสนุนงบประมาณดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้น จึงควรเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนและภาคประชาชน โดยการสนับสนุนให้มีโครงสร้าง และกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง การมีความคิดสร้างสรรค์และตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน การเพิ่มศักยภาพให้มีความรู้ความเข้าใจถึงภาวะและปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการสนับสนุนจากบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะด้าน

การได้รับการช่วยเหลือจากนักวิชาการในการให้ข้อมูล/ ประสพการณ์ / กิจกรรม ที่หลากหลายต่อองค์กรเอกชนและประชาชน ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งในการตัดสินใจ สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางนโยบายและกิจกรรมได้อย่างเหมาะสม และเสนอความความคิดเห็นที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างแท้จริง ฉะนั้น ภาครัฐ ควรมีบทบาทเชื่อมโยง ประสานเพื่อเสริมจุดแข็งและลดจุดอ่อนของภาคีความร่วมมือต่างๆ นอกภาครัฐ จะต้องร่วมมือกับองค์กรภาคเอกชน และส่วนที่เกี่ยวข้อง สร้างเสริมให้ชุมชน ประชาชนเป็นผู้ริเริ่ม ตัดสินใจ และจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสุขภาพ และปัญหาสุขภาพของตนเอง นอกจากนั้นภาครัฐ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการสร้างหลักประกันสุขภาพ จะต้องสร้างกลไกที่มีประสิทธิผลสำหรับความร่วมมือกับองค์กรเอกชนและภาคีต่างๆ ในสังคมอย่างใกล้ชิดมากขึ้น โดยอาจจัดตั้งคณะกรรมการร่วมและกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการเป็นภาคีสุขภาพ เป็นต้น

3.3 ระบบ / กลไก และกระบวนการสร้างนโยบายสาธารณะ

การกำหนดนโยบายสาธารณะ มีองค์ประกอบต่างๆ ที่สำคัญดังนี้³⁵

- 1.) ระบบการเมืองและรัฐธรรมนูญของประเทศ คือ กรอบของการเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ซึ่งอาจจะเป็นทั้งปัจจัยสนับสนุนหรือเป็นอุปสรรคกีดกันก็ได้ การเมืองในที่นี้หมายถึงการเมืองระดับชาติและระดับท้องถิ่น รัฐธรรมนูญจะระบุถึงขอบเขตการเข้าไปมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบาย ซึ่งอาจจะเป็นทั้งทางตรงหรือทางอ้อมก็ได้ สำหรับรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน ปี 2540 ได้กำหนดให้

ประชาชนมีส่วนร่วมในหมวด 5: แผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ (มาตรา 76) และกระจาย
ในมาตราสำคัญๆ หมวด 3: สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย อาทิ เช่น มาตรา 56, 59
เรื่องการคุ้มครอง ส่งเสริม และรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

- 2.) อำนาจในการกำหนดนโยบาย หรือประเด็นทางนโยบาย ผู้ที่กำหนดอาจเป็นประชาชน
หมู่่มาก หรือคนบางกลุ่มก็ได้ ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอำนาจ เช่น รัฐบาล สื่อมวลชน นัก
วิชาการ เป็นต้น หรือกลุ่มผลประโยชน์และเครือข่ายผลประโยชน์ เช่น กลุ่มผู้ผลิตบุหรี่
และกลุ่มผู้คัดค้านบุหรี่
- 3.) ขั้นตอนของกระบวนการของนโยบาย ประกอบด้วย การกำหนดนโยบาย (การระบุ
ประเด็นปัญหา, การพัฒนาทางเลือก, การเสนอทางเลือก) การนำนโยบายไปปฏิบัติ
(การแปลความนโยบาย, การรวบรวมทรัพยากร, การวางแผน, การจัดองค์กร, การ
ดำเนินงาน) และ การประเมินผลนโยบาย (การรวบรวมข้อมูล, การตัดสินใจ ยกเลิก
หรือปรับปรุง)
- 4.) กระบวนการตัดสินใจทางนโยบาย คือการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ เพื่อบรรลุเป้า
หมายที่พึงประสงค์ เป็นกระบวนการทางการเมืองมากกว่ากระบวนการแก้ปัญหาทั่ว
ไป การตัดสินใจเลือก จะต้องมีส่วนได้ประโยชน์และผู้เสียประโยชน์เสมอ

3.4 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนานโยบายสาธารณะ

เนื่องจากนโยบายสาธารณะ ถูกกำหนดโดยหลากหลายหน่วยงานของภาครัฐ ตัวนโยบายอาจมี
ผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชน เพื่อให้การดำเนินการนโยบายไปในทิศทางเดียวกัน มีผลทาง
บวกต่อสุขภาพอย่างยั่งยืน และเกิดจากการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เป็นภาคี ควรจะจัดตั้งองค์กรที่
ทำงานเชิงรุกด้านนโยบาย อาจเรียกว่า สภาสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข
ที่จะสนับสนุนให้เกิด “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ขึ้น

การพัฒนานโยบายสาธารณะ จะต้องปรับแนวความคิดของกระบวนการนโยบาย ที่เน้นการมีส่วน
ร่วมของภาคีต่างๆ ในสังคมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ ผู้กำหนดนโยบาย จะต้องคำนึงถึง
ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพจากนโยบายนั้น และแสดงความรับผิดชอบต่อผลกระทบที่อาจจะ
เกิดขึ้น จะต้องสนับสนุนการปรับโครงสร้างองค์กรหรือ การจัดองค์กรใหม่ เพื่อเปิดโอกาสให้องค์กร
เอกชน และประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะนโยบายหรือแผนที่เหมาะสม ทั้งในระยะสั้นและระยะ
ยาว พร้อมทั้งมีกลไกการประเมินผลอย่างชัดเจน

การพัฒนานโยบายสาธารณะในแต่ละเรื่อง จำเป็นต้องดำเนินการเพื่อจัดตั้งโครงสร้างองค์กร ที่เร่งรัดการพัฒนาสมรรถนะของระบบต่างๆ ที่มีอยู่เดิม หรือปรับองค์กรที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีความยืดหยุ่นสูง สามารถตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อปัญหาที่เกิดขึ้น สร้างสัมพันธภาพที่เข้มแข็งระหว่างหน่วยงานและพื้นที่ พัฒนาเครือข่ายให้สามารถเชื่อมโยงระหว่างผู้บริหารระดับสูงในกระทรวง ทบวง กรม ที่เกี่ยวข้อง องค์กรพัฒนาเอกชน และตัวแทนภาคประชาชน พัฒนาระบบให้สาธารณชนสามารถตรวจสอบได้และมีความโปร่งใส และมีฐานแหล่งเงินทุนสนับสนุนที่มั่นคง

โครงสร้างองค์กรที่กำหนดขึ้น มีหน้าที่ร่วมกันตัดสินใจเชิงนโยบาย วางกลยุทธ์ และดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ควรมีองค์ประกอบมาจากตัวแทนที่เป็นภาคีร่วมจากหน่วยงานทุกสาขา เช่น กระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้านสาธารณสุข การศึกษา แรงงาน การคลัง อุตสาหกรรม การพัฒนาเศรษฐกิจ เป็นต้น ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน องค์กรสนับสนุนด้านเงินทุน สถาบันวิชาการ ประชาชนที่สนใจ

จากตัวอย่างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหลาย ๆ เรื่อง เช่น การควบคุมการบริโภคยาสูบ การแก้ปัญหาโรคเอดส์ เป็นต้น แสดงให้เห็นว่า นโยบายจะประสบความสำเร็จ ต้องมีการประสานงานกับหลายฝ่าย และมาตรการทางนโยบาย เกิดจากการกำหนดร่วมกันจากหลายๆ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะทางเลือกในการพัฒนาระบบการดำเนินงานนโยบายสาธารณะ ผู้วิจัยมีความเห็นดังนี้

1. เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายและเกิดความยั่งยืนในการดำเนินนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพที่กำหนดโดยหลากหลายหน่วยงาน ควรจะจัดตั้งองค์กรที่ทำงานเชิงรุกด้านนโยบาย อาจเรียกว่า สภาสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขที่จะสนับสนุนให้เกิด “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” ในขั้นตอนปฏิบัติการนโยบาย ควรจัดตั้งองค์กรที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการประสานแผนและนโยบาย โดยอาจเป็นองค์กรตั้งใหม่ หรือปรับรูปองค์กรที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับภารกิจ มีการกำหนดโครงสร้างและแผนงบประมาณของนโยบายที่ชัดเจน ทำให้สามารถแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม อนึ่ง เพื่อให้การกำหนดมาตรการนโยบายมีความเหมาะสม สอดคล้องต่อปัญหาได้ถูกต้อง ควรพัฒนากลไก/หน่วยงานรับผิดชอบ เช่น พัฒนาองค์ความรู้และการวิจัย ระบบข้อมูลข่าวสาร การติดตาม ตรวจสอบ และประเมินผลด้วย

2. ในด้านกฎหมาย ควรมีการพัฒนากฎหมายเพื่อเป็นเครื่องมือในการระดมทุนเพื่อสนับสนุนการทำกิจกรรม หรือส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย แทนการใช้กฎหมายเพื่อกระบวนการยุติธรรม
3. ควรสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมให้ชุมชน ประชาชน และองค์กรพัฒนาเอกชนมีความเข้มแข็ง โดยการสนับสนุนทางงบประมาณ
4. เปิดและให้โอกาสชุมชนประชาชน และองค์กรพัฒนาเอกชน มีส่วนร่วมในขั้นการกำหนดนโยบายสาธารณะ ผ่านทางสื่อสารมวลชน

หนังสือและเอกสารอ้างอิง

- ¹1. WHO (1988) The Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy, 2nd International Conference on Health Promotion, April 5-9, 1988, Adelaide, South Australia.
- ²2. Labonte (1991) Ecology: Integrating health and sustainable development. Health Promotion International. 6(1): 49-65.
- ³3. Hancock T (1993) Health, Human Development and the Community Ecosystem: Three Ecological Models. Health Promotion International. 8(1): 41-46.
- ⁴4. ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และอนุพงศ์ สุจริยากุล นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ พิมพ์ครั้งแรก กรุงเทพฯ สถาบันระบบสาธารณสุข 2543
- ⁵5. หทัย ชิตานนท์ การส่งเสริมสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 2541
- ⁶6. นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541 กรุงเทพฯ : สถาบันระบบสาธารณสุข 2541.
- ⁷7. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion First International Conference on Health Promotion, November 17-26, 1986. Ottawa, Ontario, Canada.
- ⁸8. World Health Organization. The Jakarta Declaration on Health Promotion into the 21st Century. 4th International Conference on Health Promotion, July 21-25, 1997, Jakarta, Indonesia.
- ⁹9. ประกิจ วาทีสากรกิจ และคณะ การจัดตั้งองค์กระบวนชาติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ สถาบันระบบสาธารณสุข 2541 หน้า 19-20
- ¹⁰10 Health Canada. Health Promotion in Canada-a case study. Health Promotion International, Vol 13, No 1, Printed in Great Britain, 1998, p7-26.
- ¹¹11. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ กฎหมายด้านส่งเสริมสุขภาพ ใน วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล นวลอนันต์ ตันติเกตุ และคณะ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ สถาบันระบบสาธารณสุข 2541 หน้า 31-34
- ¹²12. อิศระ สุวรรณกุล 2540 การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการสาธารณสุข โครงการปรับภาคราชการเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์
- ¹³13. ประภาเพ็ญ สุวรรณ วสันต์ ศิลปสุวรรณ บุญยง เกี่ยวกับการค้า รายงานการศึกษาศถานการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยและต่างประเทศ วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข 2538, 3(3): 170-180
- ¹⁴14. สุรเกียรติ อาชานุภาพ วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพพระดัตบันนาชาติ พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ สถาบันระบบสาธารณสุข 2541
- ¹⁵15. Supakorn Busai. 'ThaiHealth' Finally Approved !
- ¹⁶16. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ อนุวัฒน์ ศุภชิตกุล นวลอนันต์ ตันติเกตุ และคณะ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 2 บริษัทดีไซร์ จำกัด กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2541
- ¹⁷17. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ยากับปัญหาจริยธรรม แพทยสภาสาร 2534, 20: 300-301

- ¹⁸ 18. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. ความเป็นมาของการส่งเสริมสุขภาพ ใน วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล นวล อนันต์ ดันติเกตุ และคณะ นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เรียบเรียง อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล งามจิตต์ จันทราธิติ บรรณาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 2 บริษัทไชร์ จำกัด กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2541
- ¹⁹ 19. กุศล สุนทรธาดา และคณะ ทบทวนสถานการณ์และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กในประเทศไทย รายงานการวิจัย สถาบันประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ตุลาคม 2540
- ²⁰ 20. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ แผนปฏิบัติการหลักตามปณิธานว่าด้วยความอยู่รอด การปกป้องและการพัฒนาเด็ก 2538
- ²¹ 21. Toward a Healthy Future - Health Canada
- ²² 22. WHO (1999) The World Health Report 1999 - Making a difference. Geneva, World Health Organization. P65
- ²³ 23. Corrao et al (2000) Building the evidence base for global tobacco control. Bulletin of the World Health Organization: 78(7), 884-890.
- ²⁴ 24. Taylor AL, Bettcher DW (2000) WHO Framework Convention on Tobacco Control: a global "good" for public health. Bulletin of the World Health Organization : 78(7), 920-929.
- ²⁵ 25. Choochai Supawongse, Supakorn Buasai, Jitsiri Thanapathara (1999). The Evolution of The Tobacco Consumption Control in Thailand. Published by WHO, Ministry of Public Health and Health System Research Institute. Cyber Press Co., Ltd.
- ²⁶ 26. ชูชัย ศุภวงศ์ สุภกร บัวสาย จิตศิริ ธนัทธ วิวัฒนาการของการควบคุมการบริโภคยาสูบในประเทศไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2541
- ²⁷ 27. Barnum H. The economic burden of tobacco- a World Bank analysis. European Bureau for action on smoking prevention Newsletter, December 1994, 7: 6-7.
- ²⁸ 28. Joossens L From public health to international law: possible protocol for inclusion in the Framework Convention on Tobacco Control. Bulletin of the World Health Organization : 78(7), 930-937.
- ²⁹ 29. วิฑูรย์ พูลเจริญ และคณะ วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ พิมพ์ครั้งที่ 1 นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2542
- ³⁰ 30. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สรุปผลการประชุมผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับสารกระตุ้นประสาทแอมเฟตามีน ระหว่างวันที่ 25-29 พฤศจิกายน 2539 ณ นครเซี่ยงไฮ้ ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เอกสารอัดสำเนา เรียบเรียงโดยนายวิโรจน์ สุ่มใหญ่ ผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและยา กองควบคุมวัตถุเสพติด
- ³¹ 31. ธีระ ชัยพิริยะศักดิ์ สารกระตุ้นประสาท (ยาบ้า) กองควบคุมวัตถุเสพติด สำนักงานอาหารและยา 2541
- ³² 32. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา การปรับเปลี่ยนสถานะทางกฎหมายของยาในกลุ่มแอมเฟตามีน และอนุพันธ์ (ยาบ้า) เอกสารอัดสำเนา เรียบเรียงโดยกลุ่มงานวิจัยและพัฒนา กองควบคุมวัตถุเสพติด 6 ตุลาคม 2543
- ³³ 33. จากการสัมภาษณ์ส่วนบุคคล ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านวัตถุเสพติด วิโรจน์ สุ่มใหญ่

³⁴ 34. อนุวัฒน์ ศุภชติกุล เพ็ญจันทร์ ประดับมุข ยุพา วงศ์ไชย บทบาทประชาคมส่งเสริมสุขภาพ: นอกราชรัฐ
กรุงเทพฯ : สถาบันระบบสาธารณสุข 2541.

³⁵ 35. ศุภชัย ยาวะประภาษ. นโยบายสาธารณะ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.กรุงเทพฯ.2540.