



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การพัฒนาความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางาน
สาธารณสุขชายแดนไทย-มาเลเซีย: กรณีศึกษา
ความปลอดภัยด้านอาหาร

จัดทำโดย นายบุญแสง บุญอำนวยกิจ
รหัส 7046

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูตรุ่นที่7 ปี 2558
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการกระทรวงการต่างประเทศ
ลิขสิทธิ์ของกระทรวงการต่างประเทศ



รายงานการศึกษาส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การพัฒนาความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางาน
สาธารณสุขชายแดนไทย-มาเลเซีย: กรณีศึกษา
ความปลอดภัยด้านอาหาร

จัดทำโดย นายบุญแสง บุญอำนวยกิจ
รหัส 7046

หลักสูตรนักบริหารการทูต รุ่นที่ 7 ปี 2558
สถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการกระทรวงการต่างประเทศ
รายงานนี้เป็นความคิดเห็นเฉพาะบุคคลของผู้ศึกษา



เอกสารรายงานการศึกษาส่วนบุคคลนี้ อนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารการทูตของกระทรวงการต่างประเทศ

ลงชื่อ.....

(ศาสตราจารย์ ดร. ไชยวัฒน์ คำชู)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(เอกอัครราชทูต ดร. จิตริยา ปิ่นทอง)

อาจารย์ที่ปรึกษา

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัครเดช ไชยเพิ่ม)

อาจารย์ที่ปรึกษา

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การพัฒนาความร่วมมือในการแก้ปัญหาและพัฒนาการสาธารณสุขชายแดนระหว่างประเทศไทยและมาเลเซียนี้ มีการประชุมร่วมกันต่อเนื่องมานานในชื่อการประชุม The Thailand-Malaysia Border Health Goodwill Committee Meeting ตั้งแต่ พ.ศ. 2530 โดยมุ่งพัฒนาในระดับท้องถิ่นของสองประเทศให้มีการกำหนดแนวทางและมาตรฐานการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดรูปธรรมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย-มาเลเซีย โดยปัญหาความปลอดภัยด้านอาหาร เพิ่งได้มีการนำเข้าสู่ประเด็นการแก้ปัญหาร่วมกันในปี 2557 ที่ผ่านมา การศึกษารั้ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความร่วมมือระหว่างบุคลากรของทั้งสองประเทศ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ค้นหาแนวทางในการดำเนินงานมาตรฐานความปลอดภัยด้านอาหารในร้านอาหาร และเผยแพร่จำหน่ายอาหาร โดยเฉพาะในพื้นที่ฝั่งชายแดนไทย เพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่กำลังจะเกิดขึ้น

ในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสองประเทศในครั้งหลังสุดเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2558 ได้ตกลงร่วมกันเลือกพื้นที่ชายแดนอำเภอสุโขทัยของประเทศไทยและอำเภอปาเสมัส ของประเทศมาเลเซีย เป็นพื้นที่นำร่องการดำเนินงานร่วมกัน ได้ศึกษาเปรียบเทียบแนวทางปฏิบัติ และเกณฑ์มาตรฐาน ร้านอาหารของทั้งสองประเทศ พบว่า ประเทศมาเลเซียมีแนวทางและการบังคับใช้ที่เข้มงวดมากกว่าของประเทศไทย โดยกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจนและสามารถบังคับใช้กฎหมายได้ ดีกว่าประเทศไทย แต่ป้ายการรับรองของประเทศไทยคือป้ายอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) สามารถสื่อความหมายกับผู้บริโภคได้ดีกว่า ป้ายมาตรฐานระดับ A, B และ C ของประเทศมาเลเซีย

คณะทำงานของฝั่งประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้อง ทุกภาคส่วนรวมทั้ง ตัวแทนชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร เทศบาลเมืองสุโขทัย ได้ประชุมปรึกษากันและได้ข้อสรุปเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานร่วมกัน ได้แก่ การส่งเสริมให้ชมรมผู้ประกอบการมีความเข้มแข็ง และมีบทบาทมากขึ้นในการ พัฒนามาตรฐานร้านอาหาร และมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับมากขึ้น การพัฒนาผู้สัมผัสอาหาร โดยการอบรม หลักสูตราภิบาล และมอบบัตรประจำตัวผู้สัมผัสอาหารที่ผ่านการ

ข้อเสนอแนะ จากการศึกษาครั้งนี้ คือ ประเทศไทยควรมีการให้ความสำคัญกับระบบควบคุมกำกับคุณภาพร้านอาหาร ที่เป็นรูปธรรม ได้แก่การ ออกเทศบัญญัติโดยท้องถิ่นตาม พ.ร.บ. สาธารณสุข กำหนดบทลงโทษ และ บังคับใช้อย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ส่งเสริมชมรมผู้ประกอบการร้านอาหารให้มีส่วนร่วมเพื่อช่วยเพิ่มการควบคุมทางสังคมอีกทางหนึ่ง และเพิ่มบทบาทของผู้บริโภคให้สามารถตรวจสอบ และสะท้อนปัญหาให้ผู้ประกอบการ และผู้ที่มีหน้าที่ควบคุมกำกับร้านอาหาร เพื่อเป็นแบบอย่างในกลุ่มประเทศอาเซียนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาเรื่อง การพัฒนาความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน ไทย-มาเลเซีย: กรณีศึกษาความปลอดภัยด้านอาหาร ในครั้งนี้ ข้าพเจ้า ขอขอบคุณคณะอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสามท่าน คือ ศาสตราจารย์ ดร. ไชยวัฒน์ คำชู เอกอัครราชทูต ดร. จิตริยา ปิ่นทอง และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อัครเดช ไชยเพิ่ม ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตลอดการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา ที่ช่วยให้ข้อมูล และ ประสานงานกับพื้นที่ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส เทศบาลเมืองสุไหงโกทก และชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร ที่ได้ให้ความร่วมมือ และ มุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพร้านอาหารต่อไป

บุญแสง บุญอำนวยกิจ

กรกฎาคม 2558

สารบัญ

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	ง
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	2
1.3 ขอบเขตการศึกษา	2
1.4 วิธีการดำเนินการศึกษา	2
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.6 กรอบแนวคิดการศึกษา	3
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	4
2.1 แนวคิดด้านการมีส่วนร่วม	4
2.2 แนวคิดด้านสุขภาพและการสาธารณสุข	6
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขข้ามแดน	7
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ	8
2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหาร	10
บทที่ 3 ผลการศึกษา	15
3.1 ระบบการรับรองคุณภาพร้านอาหารของประเทศไทยและประเทศมาเลเซีย	15
3.2 ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหารของประเทศไทย และประเทศมาเลเซีย	17
3.3 แนวทางการพัฒนาคุณภาพร้านอาหารของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน	26
บทที่ 4 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	27
4.1 สรุปผลการศึกษา	27
4.2 ข้อเสนอแนะ	28
บรรณานุกรม	29
ประวัติผู้เขียน	31

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ผลการตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหาร ณ ตลาด ซูเปอร์มาเก็ต ร้านอาหารแผงลอย โรงเรียนและโรงพยาบาล จาก 76 จังหวัด ปีงบประมาณ 2555	12
ตารางที่ 2	ผลการตรวจสถานที่ตามเกณฑ์มาตรฐานของสถานที่ผลิตจำหน่าย และ บริการอาหารจาก 76 จังหวัด ปีงบประมาณ 2555	13

สารบัญภาพ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

3

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โลกาภิวัตน์เป็นสถานการณ์ที่โลกเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วประเทศต่างๆ ให้ความสำคัญกับการรวมตัวกันในภูมิภาคเพื่อเพิ่มอำนาจต่อรองและเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันในเวทีระหว่างประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน, 2555) ขณะที่ปัญหาหลายอย่างซึ่งเคยเป็นปัญหาในประเทศกลับขยายวงกว้างขึ้นกลายเป็นปัญหาระหว่างประเทศอาทิปัญหาสิ่งแวดล้อมภัยพิบัติทางธรรมชาติโรคติดต่ออาชญากรรมข้ามชาติ หรือแม้แต่ปัญหายาเสพติด กลุ่มประเทศอาเซียนจึงต้องปรับตัวให้เท่าทันสถานการณ์ เพื่อให้สามารถรับมือกับความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที ในปี พ.ศ. 2546 ผู้นำอาเซียนได้บรรลุข้อตกลงที่อาเซียนจะร่วมมือกันให้เหนียวแน่นเข้มแข็งและมั่นคงยิ่งขึ้นภายในปี 2563 จึงกำหนดให้มีการสร้างประชาคมอาเซียนที่ประกอบไปด้วย 3 เสาหลักคือประชาคมการเมืองและความมั่นคงอาเซียน ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และประชาคมสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน ซึ่งต่อมาได้เลื่อนกำหนดเวลาสำหรับการรวมตัวกันให้เร็วขึ้นเป็นปี 2558 (กรมอาเซียน, 2555)

แม้ประชาคมอาเซียนจะยังไม่ดำเนินการอย่างเป็นทางการ แต่การเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศยังคงเพิ่มขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2555) การเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามแดนเข้าสู่ประเทศไทย ส่งผลให้อัตราความชุกของโรคต่างๆ โดยเฉพาะติดเชื้อและปรสิต ในประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2555) ประเทศไทยเข้าเป็นสมาชิก Brunei Darussalam–Indonesia–Malaysia–Singapore–Thailand (BIMST) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เพื่อทบทวนปัญหาสาธารณสุขของประเทศสมาชิกพัฒนานโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในสาขาที่อยู่ในความสนใจร่วมกัน อย่างไรก็ตามการประชุมความร่วมมือพหุภาคีด้านสาธารณสุขในกลุ่ม BIMST มีรูปแบบการประชุมเพื่อนำเสนอการก้าวหน้าการดำเนินงานในประเด็นการควบคุมป้องกันโรคติดต่อด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการควบคุมอาหาร การควบคุมยา และด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยไม่ได้มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานแต่อย่างใด (สำนักการสาธารณสุขระหว่างประเทศ, 2558)

ความร่วมมือระหว่างประเทศในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยของอาหาร เป็นประเด็นที่กลุ่มประเทศสมาชิก BIMST ให้ความสำคัญ จากการสุ่มตรวจเพื่อเฝ้าระวังคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร ของประเทศไทย ในปี 2555 ได้ผลดังนี้ การสุ่มตรวจอาหารที่ผลิตและนำเข้าจากต่างประเทศทางห้องปฏิบัติการ จำนวน 14,741 ตัวอย่าง พบว่าไม่ปลอดภัยถึงร้อยละ 8.68 ผลการสุ่มตรวจเพื่อเฝ้าระวังคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารที่ผลิตในประเทศ โดยการใช้ชุดทดสอบเบื้องต้นเพื่อประเมินสถานะเสี่ยงของอาหารและภาชนะ ทางด้านสารเคมีและเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค ณ สถานที่จำหน่ายอาหาร ตลาดสด ตลาดนัด ซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านอาหารและแผงลอย เพื่อวิเคราะห์สาร

ปนเปื้อนที่ห้ามใช้และจำกัดปริมาณการใช้ เนื่องจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพตามที่กฎหมายอาหารกำหนด จำนวน 866,710 ตัวอย่างพบไม่ปลอดภัย ร้อยละ 4.22 และผลการตรวจมาตรฐานของสถานที่ผลิตและจำหน่ายอาหาร จำนวน 267,530 แห่ง พบว่าผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 88.33 (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย, 2556)

สำหรับการพัฒนาความร่วมมือในการแก้ปัญหาและพัฒนาการสาธารณสุขชายแดนระหว่างประเทศไทยและมาเลเซียนี้ มีการประชุมร่วมกันต่อเนื่องมานานในชื่อการประชุม The Thailand-Malaysia Border Health Goodwill Committee Meeting ตั้งแต่ พ.ศ. 2530 โดยจับคู่ เมืองชายแดน ได้แก่ จังหวัดสงขลา กับ รัฐเคดาห์ (Kedah) นราธิวาส กับ รัฐกลันตัน (Kelantan) สตูล กับ รัฐเปอลิส (Perlis) และ ยะลา กับ รัฐเปรัก (Perak) โดยมุ่งพัฒนาในระดับท้องถิ่นของสองประเทศ ให้มีการกำหนดแนวทางและมาตรฐานการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดรูปธรรมในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาการสาธารณสุขตามแนวชายแดนไทย-มาเลเซีย โดยปัญหาความปลอดภัยด้านอาหาร เพิ่งได้มีการนำเข้าสู่ประเด็นการแก้ปัญหาร่วมกันในปี 2557 ที่ผ่านมา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงเป็นการค้นหาแนวทางในการพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยด้านอาหารในร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร โดยเฉพาะในพื้นที่ฝั่งชายแดนไทย เพื่อรองรับประชาคมอาเซียนที่กำลังจะเกิดขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาความร่วมมือระหว่างบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทยและประเทศมาเลเซีย ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกณฑ์มาตรฐานระหว่างประเทศ และพัฒนาระบบการดำเนินงานด้านความปลอดภัยด้านอาหารในพื้นที่ชายแดนไทย

1.3 ขอบเขตการศึกษา

1.3.1 ด้านเนื้อหา เป็นการศึกษาแนวทางการดำเนินงานความปลอดภัยด้านอาหาร ในส่วนที่เกี่ยวกับร้านอาหารและแผงลอย

1.3.2 ด้านพื้นที่ เป็นเขตพื้นที่ชายแดนจังหวัดนราธิวาส ของประเทศไทยและรัฐกลันตัน ของประเทศมาเลเซีย

1.3.3 ด้านเวลา ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2557 – กรกฎาคม 2558

1.4 วิธีการดำเนินการศึกษา

1.4.1 แบบวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยทำการประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research, PAR) ซึ่งแบ่งกิจกรรมออกเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

1) การประชุมกลุ่ม (Panels) เพื่อทำความรู้จักและนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพระหว่างประเทศไทยและประเทศมาเลเซีย

2) การประชุมกระชับความสัมพันธ์และแสวงหาประเด็นปัญหาที่จะเป็นจุดร่วมในการทำงานร่วมกันระหว่างประเทศไทยและประเทศมาเลเซีย การทบทวนรายละเอียดเชิงวิชาการในประเด็นที่เป็นข้อตกลงร่วมกันในการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้

3) การปฏิบัติ เป็นการเผยแพร่องค์ความรู้ตามข้อตกลง

4) การพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานในพื้นที่ชายแดนไทย และกลไกการดำเนินงานเรื่องการควบคุมกำกับ ร้านอาหาร

1.4.2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคลากรสาธารณสุข ในเขต 12 ของประเทศไทยและบุคลากรสาธารณสุขของรัฐกลับต้นประเทศมาเลเซีย รวมทั้งหมด 30 คน

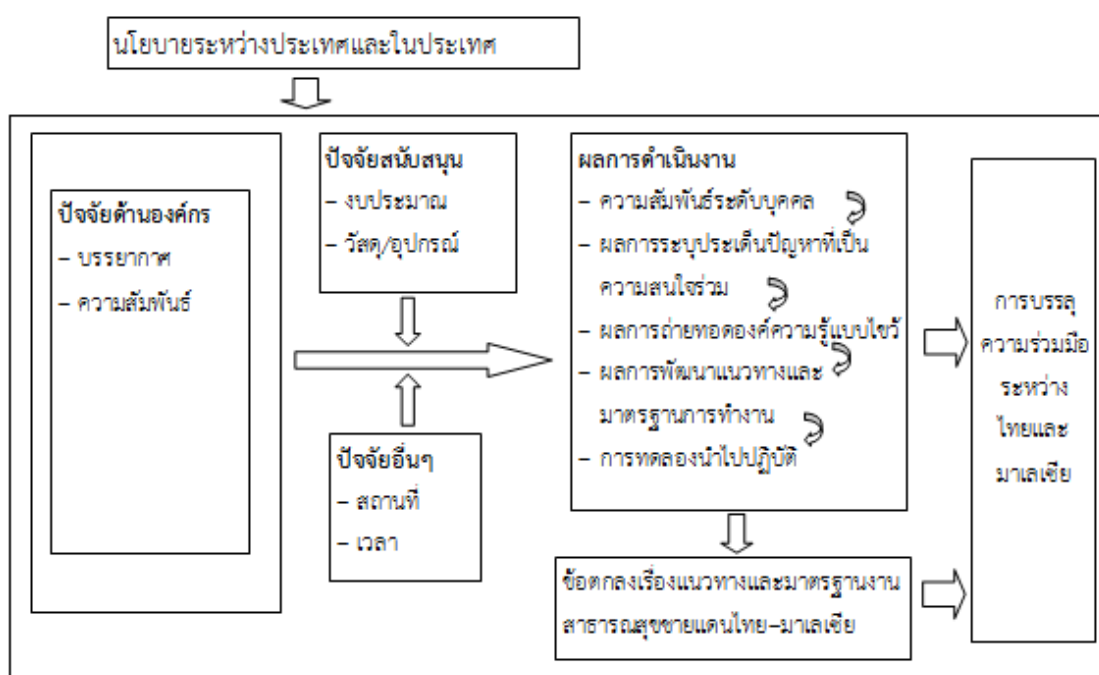
1.4.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบ ตามกรอบการศึกษาที่กำหนดไว้

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 เกิดภาคีความร่วมมือในการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนไทย-มาเลเซีย

1.5.2 ประชาชนตามแนวชายแดนของทั้งสองประเทศ (ไทย-มาเลเซีย) ได้บริโภคอาหารที่ได้มาตรฐานและปลอดภัย

1.6 กรอบแนวคิดการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้กำหนดกรอบในการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ แนวคิดด้านการมีส่วนร่วม แนวคิดด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ปัญหาสุขภาพตามแนวชายแดน ความร่วมมือด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ และความปลอดภัยด้านอาหาร

2.1 แนวคิดด้านการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมก่อให้เกิดผลต่อการขับเคลื่อนองค์กรหรือเครือข่าย เพราะมีผลในทางจิตวิทยาทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมเกิดความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มหรือองค์กร ความคิดเห็นถูกรับฟังและนำไปปฏิบัติเพื่อการพัฒนา ทำให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของซึ่งจะเป็นพลังในการขับเคลื่อนการทำงานต่างๆ

2.1.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมเอาไว้ใกล้เคียงกัน จึงได้หยิบยกมาเป็นตัวอย่างพอสังเขป ดังนี้

ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์ (2550) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้ามามีบทบาทร่วมในกิจกรรมทุกประการตามกำลังความสามารถของสมาชิกไม่ว่าจะเป็นการตัดสินใจ การดำเนินกิจกรรม การติดตามตรวจสอบ และการประเมินผลร่วมกัน นำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขพัฒนางานในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สัญญา เคนาภูมิ (2551) การมีส่วนร่วม หมายถึง การที่สมาชิกได้มีโอกาสร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติตามโครงการ ร่วมติดตามประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจะต้องมาจากความสมัครใจ พึงพอใจ และได้รับผลประโยชน์ที่เกิดจากชุมชนโดยส่วนรวมร่วมกัน

เมตต์ เมตต์การุณจิต (2553) การมีส่วนร่วม หมายถึง การเปิดโอกาสให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ในลักษณะของการร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ร่วมติดตามผล

2.1.2 ประเภทการมีส่วนร่วม

เฉลียว บุรีภักดี และคณะ (2545) สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชน แบ่งได้ออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่

1) การมีส่วนร่วมแบบชายขอบ (Marginal Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิงอำนาจไม่เท่าเทียมกันกล่าวคือ ฝ่ายหนึ่งรู้สึกด้อยอำนาจกว่า มีทรัพยากรหรือความรู้ด้อยกว่าอีกฝ่ายหนึ่ง เป็นต้น

2) การมีส่วนร่วมแบบบางส่วน (Partial Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากการกำหนดนโยบายของรัฐ โดยไม่รู้จักความต้องการของประชาชน ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงเป็นเพียงประชาชนได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในการดำเนินกิจกรรมบางส่วนบางเรื่องเท่านั้น

3) การมีส่วนร่วมแบบสมบูรณ์ (Full Participation) เป็นการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนาด้วยความเท่าเทียมกันทุกฝ่าย จัดเป็นการมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริงของประชาชนตามแนวความคิดและหลักการพัฒนาชุมชน เมื่อนำมาใช้ในการเรียนรู้จะสนับสนุนและส่งเสริมให้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชนดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ประพันธ์ สร้อยเพชร (2547) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมที่สมบูรณ์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การค้นหาปัญหา และสาเหตุ 2) การวางแผนดำเนินกิจกรรม 3) การลงทุนและการปฏิบัติงาน 4) การติดตามและประเมินผล

2.1.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วม

ประยูร ศรีประสาธน์ (2542) ได้กล่าวไว้ว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ประกอบด้วยปัจจัย 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ 2) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม 3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อต่างๆ

เนตรรุ้ง อยู่เจริญ (2553) ได้สรุปไว้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านองค์กร ได้แก่ บรรยากาศองค์กร และการติดต่อสื่อสาร 2) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เจตคติต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการทำงาน

ดังนั้น การมีส่วนร่วมจึงขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างด้วยกันคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ เจตคติต่อการมีส่วนร่วม และแรงจูงใจในการทำงาน 2) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่ม 3) ปัจจัยด้านองค์กร เช่น บรรยากาศองค์กร 4) ปัจจัยด้านการสื่อสาร เช่น การติดต่อสื่อสาร การรับข่าวสารจากสื่อต่างๆ (ประยูร ศรีประสาธน์, 2542; วันชัย วัฒนศัพท์, 2553)

2.1.4 ผลดีของการมีส่วนร่วม

วันชัย วัฒนศัพท์ (2546) ได้สรุปผลดีของการมีส่วนร่วม ไว้ดังนี้

1) ทำให้การบริหารหรือการพิจารณาแนวทางในการแก้ปัญหาที่มีความหลากหลาย เป็นไปอย่างถี่ถ้วน รอบคอบ เพราะเป็นการระดมแนวคิด จากบุคคลที่มีความหลากหลาย ทั้งความรู้ และประสบการณ์

2) ทำให้มีการถ่วงดุลอำนาจซึ่งกันและกัน โดยมีให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งมีอำนาจมากเกินไป ซึ่งอาจนำไปสู่การใช้อำนาจในทางที่ไม่ถูกต้องอันเกิดผลเสียหายแก่เครือข่ายได้

3) เป็นการขจัดปัญหา มิให้มีการดำเนินนโยบายใดๆ มีผลต่อกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมากเกินไป ซึ่งจะก่อให้เกิดความยุติธรรมในการดำเนินการต่อทุกฝ่ายได้

4) ก่อให้เกิดการประสานงานที่ดี ทำให้การบริหารเครือข่ายเป็นไปอย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพ ขอความร่วมมือง่าย

5) การรวมตัวกันของบุคคลเป็นเครือข่ายจะก่อให้เกิดพลังที่เข้มแข็ง สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และตรงเป้าหมาย โดยทุกคนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

2.2 แนวคิดด้านสุขภาพและการสาธารณสุข

2.2.1 แนวคิดด้านสุขภาพ

มุมมองในเรื่องของสุขภาพ (Health) ในปัจจุบันได้เปลี่ยนแปลงจากเดิมที่เคยมองในเชิงของปัจเจกบุคคล เป็นการมองในภาพรวมของชุมชน พื้นที่ หรือสังคมมากขึ้น บางครั้งจึงมีผู้ใช้คำว่า สุขภาวะ (Well-being) แทนคำว่าสุขภาพสำหรับความหมายของสุขภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

WHO (1998) ได้ให้คำจำกัดความของ สุขภาพ ไว้ว่า “Health is a dynamic state of complete physical, mental, social and spirited well being and not merely the absence of disease and infirmity” ซึ่งอาจถอดความได้ว่า สุขภาพคือภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคมและจิตใจ มิใช่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น

จากความหมายดังกล่าว จะเห็นว่าสุขภาพเป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง (Dynamic) อยู่เสมอทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม

พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2551) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”

จากความหมายตามพ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ ได้เพิ่มมิติทางปัญญาเข้ามา โดยได้ขยายความเพิ่มเติมดังนี้ “ปัญญา หมายความว่า ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่”

2.2.2 แนวคิดด้านการสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะจากที่ประชุมการสร้างเสริมสุขภาพนานาชาติ ในปี พ.ศ. 2529 มีข้อความตอนหนึ่งว่า สุขภาพดีเป็นทรัพยากรที่สำคัญต่อการพัฒนาปัจเจกบุคคลและเศรษฐกิจสังคมโดยรวม และเป็นพื้นฐานสำคัญของคุณภาพชีวิต ปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมและชีวภาพล้วนสามารถส่งผลดีและผลเสียต่อสุขภาพได้ (WHO, 2009)

ชาร์ลส์-เอ็ดเวิร์ด เอ วินสโลว์ (Winslow, 1951) ศาสตราจารย์ด้านการสาธารณสุขได้ให้คำจำกัดความของคำว่า "การสาธารณสุข" ไว้ดังนี้ "การสาธารณสุขเป็นวิทยาการและศิลปะแห่งการป้องกันโรค การทำให้อายุยืนยาว การสร้างเสริมสุขภาพและประสิทธิภาพของบุคคล โดยความร่วมมือของชุมชนในเรื่องต่างๆ อันได้แก่ การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การควบคุมโรคติดต่อ การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การจัดบริการทางการแพทย์และการพยาบาล เพื่อการวินิจฉัยโรคตั้งแต่เริ่มแรก และให้การรักษาเพื่อมิให้ลุกลามต่อไป รวมทั้งการพัฒนากลไกทางสังคม เพื่อให้ทุกคนมีมาตรฐานการครองชีพที่เหมาะสมเพียงพอต่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ให้ทุกคนมีสิทธิประโยชน์ในเรื่องของสุขภาพและการมีชีวิตที่ยืนยาว"

การสาธารณสุขมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ในยุคแรกๆ การสาธารณสุขเป็นเพียงการศึกษาและดำเนินการเพื่อควบคุมโรคติดต่อ การสุขาภิบาลและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคขั้นพื้นฐาน เนื่องจากในสมัยนั้นเชื้อโรคเป็นปัจจัยสำคัญที่คุกคามต่อสุขภาพ หลังการปฏิวัติอุตสาหกรรม ภัยคุกคามต่อสุขภาพเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในช่วงศตวรรษที่ 18 เป็นต้นมา ภัยคุกคามต่อ

สุขภาพสมัยใหม่ (Modern hazard) ได้ปรากฏขึ้นอย่างชัดเจน และนับวันจะมีความซับซ้อนมากขึ้น การสาธารณสุขต้องอาศัยองค์ความรู้แบบสหสาขาวิชามากขึ้น ทั้งด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานและวิทยาศาสตร์ประยุกต์ การศึกษา สังคมศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ การจัดการและการสื่อสารเพื่อส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนได้รับสวัสดิการที่เหมาะสม ตลอดจนการแสวงหาแหล่งทุนและความร่วมมือในวงกว้างเพื่อส่งเสริมให้บุคคลและชุมชนได้รับบริการสุขภาพที่เหมาะสม (Tulchinsky and Varavikova, 2009)

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขข้ามแดน

โรคปรสิตที่พบบ่อยในประเทศไทยและเป็นปัญหาสาธารณสุขตามแนวชายแดนได้แก่โรคพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchiasis) โรคพยาธิติตหมูและติตวัว (Taeniasis) โรคพยาธิทริคิเนลล่า (Trichinosis) โรคพยาธิหอยโข่ง (Angiostrongyliasis) โรคพยาธิใบไม้ปอด (Paragonimiasis) และโรคพยาธิตัวจิ๊ด (Gnathostomiasis) นอกจากนั้นโดยการบริโภคอาหารและน้ำที่ปนเปื้อนระยะติดต่อของเชื้อปรสิตเช่นโรคพยาธิไส้เดือน (Ascariasis) โรคพยาธิแส้ม้า (Trichuriasis) และโรคที่เกิดจากเชื้อโปรโตซัวเช่นจีอาร์เดียซิส (Giardiasis) และคริปโตสปอริดิโอซิส (Cryptosporidiosis) (อุมาพร ทาไทสง, 2555) การโรคหนอนพยาธิที่แพร่เชื้อผ่านทางดินที่ประชาชนเป็นกันมากที่สุดคือโรคพยาธิปากขอ (Hookworminfection) เด็กในวัยเรียนเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเป็นโรคนี้นี้ได้ง่ายเนื่องจากโรงเรียนเป็นสถานที่รวมของเด็กๆ ซึ่งมาจากหลายครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจพฤติกรรมการบริโภคสุขวิทยาส่วนบุคคลและการสุขาภิบาลที่แตกต่างกันในปี พ.ศ. 2535 ได้ศึกษาหาความชุกและความรุนแรงของโรคหนอนพยาธิในเด็กนักเรียนประถมศึกษาจังหวัดนครศรีธรรมราชซึ่งเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีแรงงานต่างด้าวพักอาศัยตามสวนยางพารา พบว่ามีอัตราการเป็นโรคหนอนพยาธิปากขอร้อยละ 80.0 (ธานี รักนาม และคณะ, 2553) การบริโภคผักสดสามารถทำให้เกิดโรคติดต่อปรสิตหลายโรค วัตถุประสงค์ของการสำรวจนี้คือการหาปรสิตจากผักสดที่จำหน่ายในตลาดจังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาตัวอย่างผักสด 13 ชนิดพบตัวอ่อนที่มีลักษณะคล้ายตัวอ่อนของ hookworm 66.54% รองลงมาพบไข่ที่มีลักษณะคล้ายไข่ hookworm 38.46% ไข่ที่มีลักษณะคล้ายไข่ Ascaris sp. และ Trichuris sp. 15.38% (สัมฤทธิ์ ประวิทย์ธนา และแสงชัย ทวีวรรณารณ, 2556)

กรมควบคุมโรคได้สรุปสถานการณ์โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่สำคัญ ดังนี้ (กรมควบคุมโรค, 2555) โรคไข้หวัดนก (Avian Influenza) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2555 องค์การอนามัยโลกรายงานพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกในคน ณ วันที่ 17 ธันวาคม 2555 จำนวน 610 ราย เสียชีวิต 360 ราย โดยในปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วย 32 ราย เสียชีวิต 20 ราย ใน 6 ประเทศ ได้แก่ บังคลาเทศ กัมพูชา จีน อียิปต์ อินโดนีเซีย และเวียดนาม นอกจากนั้น ยังพบรายงานการพบเชื้อโรคไข้หวัดนกในสัตว์ปีกในหลายประเทศทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง ในประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 23 มกราคม 2547 ถึง 31 ธันวาคม 2555 สรุปยอดผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกทั้งสิ้น 25 ราย เสียชีวิต 17 ราย จำแนกรายปีดังนี้

- 1) ปี พ.ศ. 2547 พบผู้ป่วย 17 ราย เสียชีวิต 12 ราย
- 2) ปี พ.ศ. 2548 พบผู้ป่วย 5 ราย เสียชีวิต 2 ราย
- 3) ปี พ.ศ. 2549 พบผู้ป่วย 3 ราย เสียชีวิตทุกราย

ประเทศไทยไม่พบรายงานผู้ป่วยโรคไข้หวัดนกตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2549

โรคมือเท้าปาก (Hand, Foot and Mouth Disease: HFMD) ปี พ.ศ. 2554 พบการระบาดของโรคมือเท้าปากในประเทศเวียดนามมีผู้ป่วยมากกว่า 23,000 ราย เสียชีวิตกว่า 70 ราย และปี พ.ศ. 2555 พบการระบาดในประเทศกัมพูชามีผู้ป่วย 61 ราย เสียชีวิต 54 ราย โดยประเทศในเขตร้อนชื้นสามารถเกิดโรคนี้ได้ตลอดปี และพบมากขึ้นในช่วงฤดูฝนซึ่งอากาศเย็นและชื้นอีกทั้งมีรายงานจากการศึกษาในประเทศนอร์เวย์พบผู้ป่วยติดเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 (Enterovirus 71) ที่ไม่แสดงอาการในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยโรคมือเท้าปากร่วมกับการพบเชื้อเอนเทอโรไวรัส 71 ในปี พ.ศ. 2541 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548–2552 มีรายงานพบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากต่อเนื่องตลอดปีในโรงเรียนอนุบาลและศูนย์เด็กเล็กสำหรับ ปี พ.ศ. 2555 (ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2555) พบผู้ป่วย 45,409 ราย เสียชีวิต 2 ราย ส่วนใหญ่เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ลักษณะการระบาดคล้ายกับประเทศจีน เกาหลี สิงคโปร์ ส่วนใหญ่พบการระบาดในศูนย์เด็กเล็กสถานรับเลี้ยงเด็กและสถานศึกษาหลายแห่ง สำหรับการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (ณ วันที่ 17 สิงหาคม 2555) ตัวอย่างส่งตรวจจากผู้ป่วยที่สงสัย 70 ราย พบสายพันธุ์ Enterovirus 71 ร้อยละ 41 รองลงมาเป็นสายพันธุ์ coxsackie A16 ร้อยละ 29 เป็นต้น

โรคไข้หวัดใหญ่ (Influenza) ต่างประเทศ: ปี พ.ศ. 2552 พบการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ Pandemic (H1N1) 2009 หรือไข้หวัดใหญ่ 2009 ซึ่งเป็นวิกฤตทางสาธารณสุขของประเทศทั่วโลกกว่า 214 ประเทศ โดยปัจจุบันกลายเป็นไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาลที่พบปะปนอยู่กับสายพันธุ์ต่างๆ ทั่วไป มีการแพร่กระจายของโรคไข้หวัดใหญ่ในภูมิภาคเอเชีย อเมริกา และยุโรป ในเขตซีกโลกเหนือมักพบระบาดมากในช่วงฤดูหนาว ส่วนซีกโลกใต้มักพบการระบาดในฤดูฝนเป็นเชื้อไข้หวัดใหญ่ชนิด A (H1N1), (H3N2) และชนิด B ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ที่มีอาการรุนแรงประมาณปีละ 3–5 ล้านราย และเสียชีวิตประมาณ 250,000–500,000 ราย ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 รายแรกเมื่อเดือนพฤษภาคม 2552 จนแพร่ระบาดไปทั่วประเทศ สำหรับปี พ.ศ. 2555 (ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2555) พบผู้ป่วย 61,688 ราย เสียชีวิต 3 ราย ส่วนใหญ่พบในกลุ่มวัยทำงานช่วงอายุ 25–34 ปี แนวโน้มการระบาดเป็นช่วงฤดูกาลระบาดประจำปี คือ ประมาณเดือนสิงหาคม–กันยายน และยังพบรายงานการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในสถานศึกษาและชุมชน ส่วนข้อมูลจากการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่เมื่อเดือนสิงหาคม 2555 พบผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่ 2009 สูงกว่าไข้หวัดใหญ่ชนิด B ประมาณสองเท่าและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับความร่วมมือด้านการสาธารณสุขระหว่างประเทศ

ประเทศไทยเข้าเป็นสมาชิก Brunei Darussalam–Indonesia–Malaysia–Singapore–Thailand (BIMST) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 เดิมมีการประชุมในกลุ่ม BIMST ใน 2 ระดับ คือ ระดับผู้บริหารและระดับผู้ปฏิบัติ โดยประเทศสมาชิกผลัดเปลี่ยนกันเป็นเจ้าภาพตามลำดับตัวอักษร ขอบเขตเนื้อหาในการประชุมมีดังนี้ (สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ, 2558)

ระดับผู้บริหารใช้ชื่อการประชุมว่า Brunei Darussalam–Indonesia–Malaysia–Singapore–Thailand (BIMST) Border Health Conference ทำการประชุมทุกๆ 2 ปี เพื่อทบทวนปัญหาสาธารณสุขของประเทศสมาชิกพัฒนานโยบายเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในสาขาที่อยู่ในความสนใจร่วมกัน

ระดับ ผู้ปฏิบัติใช้ชื่อการประชุมว่า Brunei Darussalam–Indonesia–Malaysia–Singapore–Thailand (BIMST) Border Health Sectoral Meeting ทำการประชุมทุกๆ 2 ปี เพื่อปฏิบัติตามมติที่ประชุม Border Health Conference มีหัวข้อหลักในการประชุม 4 ด้าน คือ ด้านการควบคุมโรคติดต่อ ด้านการควบคุมอาหารและยา ด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการพัฒนาทรัพยากรบุคคลเพื่อการสาธารณสุข

จากการประชุม BIMST Public Health Conference ครั้งที่ 13 เมื่อปี 2553 ณ ประเทศมาเลเซีย ที่ประชุมให้คงรูปแบบการประชุม โดยประเทศสมาชิกหมุนเวียนเป็นเจ้าภาพในทุกปี ทั้งนี้ประเทศสมาชิกสามารถเสนอหัวข้อการหารือที่เกี่ยวข้องของด้านสาธารณสุขได้ จึงทำให้การประชุม BIMST ครั้งที่ 14 เมื่อวันที่ 1–2 ธันวาคม 2554 ณ ประเทศสิงคโปร์ ได้กำหนดให้แต่ละประเทศสามารถนำเสนอประเด็นด้านสาธารณสุขที่สนใจ (Topical Country Presentation) และหากมีประเด็นที่สนใจอื่นๆ สามารถเสนอในวาระการสนทนาโต๊ะกลม อย่างไรก็ตาม การประชุมความร่วมมือพหุภาคีด้านสาธารณสุขในกลุ่ม BIMST มีรูปแบบการประชุมเพื่อนำเสนอการก้าวหน้าการดำเนินงานในประเด็นการควบคุมป้องกันโรคติดต่อ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการควบคุมอาหาร ด้านการควบคุมยา และด้านการควบคุมโรคไม่ติดต่อ โดยไม่ได้มีการกำหนดแนวทางการดำเนินงานแต่อย่างใด

สำหรับการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามแนวชายแดน ประเทศไทยได้จัดทำแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดนมาแล้วจำนวน 2 ฉบับ โดยฉบับที่ 1 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551–2554 และฉบับที่ 2 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555–2559 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ในการจัดทำแผนดังกล่าวได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และพิจารณาถึงความสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555–2559) นโยบายความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ นโยบายความมั่นคงแห่งชาติ และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2555–2559) ซึ่งแผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน ฉบับที่ 2 ได้ให้ความสำคัญในเรื่องการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายในขอบเขตชายแดนของประเทศไทย โดยการประสานความร่วมมือภายในประเทศและระหว่างประเทศ มุ่งเน้นการแก้ปัญหาข้อจำกัดในการดำเนินงานสาธารณสุขชายแดน เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการสาธารณสุข การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐาน และการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของภาคีทุกภาคส่วน

การประชุมเกี่ยวกับความร่วมมือด้านสาธารณสุขไทย–มาเลเซีย มี 3 ระดับ คือ

- 1) Malaysia–Thailand Border Health Conference เป็นการประชุมระดับกระทรวงฯ
- 2) Malaysia–Thailand Border Health Committee Meeting เป็นการประชุมระดับกรม
- 3) Malaysia–Thailand Border Health Goodwill Committee Meeting เป็นการประชุมซึ่งจัดทุกปี ระดับจังหวัดชายแดนภาคใต้กับรัฐของมาเลเซียที่มีพรมแดนติดกัน คือ สงขลา กับ Kedah สตูล กับ Perlis นราธิวาส กับ Kelantan และยะลา กับ Perak โดยในปี พ.ศ. 2558 นี้ จะเป็นการประชุมครั้งที่ 28 จะจัดขึ้นในเดือนสิงหาคม 2558 ณ รัฐมะละกา ประเทศมาเลเซีย

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหาร

2.5.1 แนวคิดเกี่ยวกับความปลอดภัยด้านอาหาร

พระราชบัญญัติอาหาร พุทธศักราช 2522 ให้ความหมายของอาหารไว้ว่าอาหาร คือ ของกินหรือเครื่องค้ำจุนชีวิต ได้แก่ วัตถุดิบหนึ่งที่คนกินดื่ม อมหรือนำเข้าสู่ร่างกายไม่ว่าด้วยวิธีใด หรือในรูปลักษณะใด แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท หรือยาเสพติดให้โทษตามกฎหมาย ว่าด้วยการนี้แล้วแต่กรณี อาหารยังหมายถึงความรวมถึงวัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้เป็นส่วนผสม ในการผลิตอาหารวัตถุเจือปนอาหาร สี เครื่องปรุงแต่งกลิ่น รส ด้วย (สำนักงานคณะกรรมการอาหาร และยา, 2558)

หลักทางด้านสุขอนามัยเพื่อความปลอดภัยของอาหาร ควรพิจารณาใน 3 เรื่อง คือ หลักในการเลือกอาหารสด หลักในการปรุงอาหาร และหลักในการเก็บอาหาร (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย, 2556)

2.5.1.1 หลักในการเลือกอาหารสด ให้คำนึงถึงหลัก 3 ป. ดังนี้

- 1) ประโยชน์ คือ ต้องเป็นอาหารที่สดใหม่ มีคุณค่าทางโภชนาการ ครบถ้วนเหมาะสมกับความต้องการในช่วงอายุต่างๆ ของมนุษย์เรา
- 2) ปลอดภัย คือ ต้องเลือกอาหารที่แน่ใจว่าสะอาด ปลอดภัย ผลิตจาก แหล่งผลิตที่เชื่อถือได้ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระบบทางเดินอาหาร
- 3) ประหยัด คือ ต้องเลือกซื้ออาหารตามฤดูกาล ซึ่งจะส่งผลให้ได้ อาหารที่มีคุณภาพดีและราคาถูก หาซื้อได้สะดวก

2.5.1.2 หลักในการปรุงอาหาร ให้คำนึงถึงหลัก 3 ส. ดังนี้

- 1) สงวนคุณค่า คือ มีวิธีการปรุงเพื่อช่วยสงวนคุณค่าของอาหารให้มี ประโยชน์เต็มที่
- 2) สุกเสมอ คือ ใช้ความร้อนในการปรุงอาหารให้สุก เพื่อเป็นการ ทำลายเชื้อโรค โดยใช้ความร้อนสูงและนานพอที่จะทำลายเชื้อโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) สะอาดปลอดภัย โดยต้องมีการตรวจสอบสภาพอาหารดิบก่อนปรุง ทุกครั้งให้อยู่ในสภาพที่สะอาด ปลอดภัย โดยเฉพาะให้ปลอดภัยจากสารพิษที่อาจตกค้างในอาหารได้ และต้องมีกรรมวิธีในการปรุงอาหารที่สะอาดถูกต้อง มีผู้ปรุงอาหารที่มีสุขนิสัยในการปรุงอาหารที่ดีใช้ ภาชนะอุปกรณ์และสารปรุงแต่งอาหารที่ถูกต้อง

2.5.1.3 หลักในการเก็บอาหาร ให้คำนึงถึงหลัก 3 ส. คือ

- 1) สัดส่วน คือ มีการจัดเก็บเป็นระเบียบ มีการแยกเก็บแต่ละประเภท ให้เป็นสัดส่วนเฉพาะไม่ปะปนกัน
- 2) สิ่งแวดล้อมเหมาะสม โดยการเก็บอาหารต้องคำนึงถึงการ จัด สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับประเภทของอาหาร เพื่อให้สามารถเก็บอาหารสดได้นานโดยพิจารณาถึง ความชื้น อุณหภูมิ และการป้องกันการปนเปื้อน
- 3) สะอาดปลอดภัย คือ ต้องเก็บอาหารในภาชนะบรรจุที่เหมาะสม สะอาด ไม่เก็บใกล้สารเคมีที่เป็นพิษ

2.5.2 การแบ่งประเภทของอาหาร

พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2558) ได้จำแนกประเภทของอาหารไว้เป็น 4 ประเภท ได้แก่

2.5.2.1 อาหารควบคุมเฉพาะ

หมายถึง อาหารที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศไว้ในราชกิจจานุเบกษา ให้เป็นอาหารที่อยู่ในความควบคุมคุณภาพหรือมาตรฐาน ผู้ที่ได้รับอนุญาตให้ผลิตหรือนำเข้าเพื่อจำหน่าย ในกรณีที่อาหารนั้นเป็นอาหารควบคุมเฉพาะ จะต้องนำอาหารนั้นมาขึ้นทะเบียนตำหรับอาหารเสียก่อน เมื่อได้รับใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำหรับอาหารแล้วจึงจะผลิตหรือนำเข้าเพื่อจำหน่ายได้

2.5.2.2 อาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน

หมายถึง อาหารที่มีใช้เป็นอาหารควบคุมเฉพาะ ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศในราชกิจจานุเบกษา ให้เป็นอาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน รวมทั้งอาจกำหนดหลักเกณฑ์เงื่อนไขและวิธีการผลิตเพื่อจำหน่าย นำเข้าเพื่อจำหน่ายหรือที่จำหน่ายด้วยก็ได้

2.5.2.3 อาหารที่ห้ามผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย

หมายถึง อาหารที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ให้เป็นอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ

1) วัตถุห้ามใช้ในอาหาร ซึ่งกำหนดไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข 4 ฉบับ (ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2522 ฉบับที่ 93 พ.ศ. 2528 ฉบับที่ 106 พ.ศ. 2530 และฉบับที่ 123 พ.ศ. 2532)

2) อาหารที่ห้ามผลิต นำเข้าหรือจำหน่ายซึ่งกำหนดไว้ในประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 112 พ.ศ. 2531 และฉบับที่ 126 พ.ศ. 2532

2.5.2.4 อาหารทั่วไป

หมายถึง อาหารที่มีใช้อาหารควบคุมเฉพาะ อาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน และอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

1) อาหารที่ต้องมีฉลาก หมายถึง อาหารที่รัฐมนตรีประกาศให้เป็นอาหารที่ต้องมีฉลากแสดงที่ภาชนะบรรจุ นอกเหนือจากอาหารที่ควบคุมเฉพาะและอาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐานซึ่งบังคับการแสดงฉลากตามข้อกำหนดอยู่แล้ว อาหารที่ต้องมีฉลากแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ อาหารที่กำหนดให้มีฉลากตามข้อกำหนดซึ่งต้องขออนุญาตก่อนผลิต/นำเข้า และอาหารที่กำหนดให้มีฉลากตามข้อกำหนดไม่ต้องขออนุญาต

2) อาหารอื่นๆ หมายถึง อาหารทั่วไปที่ไม่ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเกี่ยวกับการแสดงฉลาก

2.5.3 สถานการณ์ด้านความปลอดภัยของอาหาร (สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย, 2556)

2.5.3.1 อาหารที่ผลิตและนำเข้าจากต่างประเทศ

จากการสุ่มตรวจเพื่อเฝ้าระวังคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารทั้งที่ผลิตและนำเข้าจากต่างประเทศทางห้องปฏิบัติการ ในปี 2555 จำนวน 14,741 ตัวอย่าง พบว่าไม่ปลอดภัย 1,280 ตัวอย่าง (ร้อยละ 8.68)

2.5.3.2 อาหารที่ผลิตในประเทศ

จากการสุ่มตรวจเพื่อเฝ้าระวังคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารในทุกจังหวัด (National Food Safety Surveillance Plan) ประจำปี โดยการใช้ชุดทดสอบเบื้องต้นเพื่อประเมินสถานะเสี่ยงของอาหารและภาชนะ ทางด้านสารเคมีและเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรค ณ สถานที่จำหน่ายอาหาร ตลาดสด ตลาดนัด ซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านอาหารและแผงลอย เพื่อวิเคราะห์สารปนเปื้อนที่ห้ามใช้และจำกัดปริมาณการใช้ เนื่องจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพตามที่กฎหมายอาหารกำหนด จำนวน 866,710 ตัวอย่างพบไม่ปลอดภัย 36,563 ตัวอย่าง (ร้อยละ 4.22) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการตรวจเฝ้าระวังความปลอดภัยอาหาร ณ ตลาด ซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านอาหารแผงลอย โรงเรียนและโรงพยาบาล จาก 76 จังหวัด ปีงบประมาณ 2555

สารปนเปื้อน	จำนวนตัวอย่างที่ตรวจ	จำนวนที่พบเกินค่าความปลอดภัย	ร้อยละที่ไม่ปลอดภัย
1. สารเร่งเนื้อแดง	3,603	54	1.50
2. บอแรกซ์	118,575	740	0.62
3. สารฟอกขาว	87,309	70	0.08
4. สารกันรา	87,788	323	0.37
5. พอร์มาลีน	82,379	570	0.69
6. สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช	113,315	3,225	2.85
7. น้ำมันทอดซ้ำ (ลูกชิ้น เนื้อสัตว์/ไก่ กลัวยทอด ปลา หอย แมลง ทอดมัน)	13,497	805	5.96
8. Coliform bacteria ในน้ำบริโภค	8,237	401	4.87
9. Coliform bacteria ในน้ำแข็ง (ร้านอาหารและแผงลอย)	10,979	659	6.00
10. จุลินทรีย์ในร้านอาหารที่ผ่าน CFGT			
-อาหารพร้อมบริโภค	131,942	9,215	6.98
-มือผู้สัมผัสอาหาร	77,786	6,912	8.89
-ภาชนะ	114,723	12,187	10.62
11. รวมอื่นๆ ทั้งหมด	16,577	1,402	8.46
รวม	866,710	36,563	4.22

ที่มา: www.foodsafetythailand.net

2.5.3.3 มาตรฐานของสถานที่ผลิตและจำหน่ายอาหาร

จากการตรวจมาตรฐานของสถานที่ผลิตและจำหน่ายอาหาร จำนวน 267,530 แห่ง ในปี 2555 พบว่าผ่านเกณฑ์ 236,300 แห่ง (ร้อยละ 88.33) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการตรวจสถานที่ตามเกณฑ์มาตรฐานของสถานที่ผลิตจำหน่าย และบริการอาหารจาก 76 จังหวัด ปีงบประมาณ 2555

รายละเอียด	จำนวนที่ตรวจ (แห่ง)	จำนวนที่ผ่านเกณฑ์ (แห่ง)	ร้อยละที่ ผ่านเกณฑ์
แปลงเพาะปลูก-GAP	39,559	32,012	80.92
ฟาร์มปศุสัตว์ (สัตว์ปีก)	4,059	3,967	97.73
ฟาร์มปศุสัตว์ (โคนม)	2,266	2,019	89.10
ฟาร์มปศุสัตว์ (สุกร)	1,396	1,211	86.75
ฟาร์มเลี้ยงสัตว์น้ำ	8,462	8,206	96.97
สารเร่งเนื้อแดงในปัสสาวะสุกร ในฟาร์มปศุสัตว์	32,137	31,551	98.18
โรงงานผลิตอาหาร-GMP	11,072	10,755	97.14
สถานแปรรูปขั้นต้น-GHP	792	755	95.33
โรงฆ่าสัตว์	1,291	1,168	90.47
ตลาดค้าส่ง (Healthy Market/Food Safety)	25	14	56.00
ตลาดสด (Healthy Market/Food Safety)	1,407	1,252	88.98
ห้างสรรพสินค้า/ซูเปอร์มาร์เก็ต	416	400	96.15
ร้านอาหาร	48,924	42,974	87.84
แผงลอยจำหน่ายอาหารและ อาหารริมบาทวิถี	92,095	80,152	87.03
โรงครัวในโรงพยาบาล	757	729	96.30
โรงอาหารในโรงเรียน	12,529	10,566	84.33
ศูนย์เด็กเล็ก	10,343	8,569	82.85
รวม	267,530	236,300	88.33

ที่มา: www.foodsafetythailand.net

หมายเหตุ

- ตรวจแปลงเพาะปลูก โดยใช้หลักเกณฑ์ การผลิตทางการเกษตรที่ดีและเหมาะสม (GAP: Good Agriculture Practices)
- ตรวจฟาร์ม และสารเร่งเนื้อแดงในปัสสาวะสุกรตามเกณฑ์ของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์
- ตรวจโรงงานผลิตอาหาร โดยใช้หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร (GMP: Good Manufacturing Practice)

- ตรวจโรงงานแปรรูปอาหารเบื้องต้น โดยใช้เกณฑ์สุขลักษณะที่ดีในการผลิตอาหาร (GHP: Good Hygiene Practice)
- ตรวจตลาดค้าส่ง ตลาดสด โดยใช้เกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อ (Healthy Market/Food Safety)
- ตรวจห้างสรรพสินค้า/ซูเปอร์มาร์เก็ต โดยใช้เกณฑ์ซูเปอร์มาร์เก็ต (Healthy Market/Food Safety)
- ตรวจร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหาร โดยใช้เกณฑ์อาหารสะอาด รสชาติอร่อย
- ตรวจโรงครัวในโรงพยาบาล โดยใช้เกณฑ์อาหารปลอดภัยสำหรับโรงพยาบาล
- ตรวจโรงอาหารในโรงเรียน โดยใช้เกณฑ์โรงอาหาร (Good Sanitation Practice)
- ตรวจศูนย์เด็กเล็ก โดยใช้เกณฑ์ด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ สำหรับศูนย์เด็กเล็ก

บทที่ 3

ผลการศึกษา

การประชุมร่วมไทย-มาเลเซีย เพื่อพัฒนาความร่วมมือในประเด็นความปลอดภัยด้านอาหาร ตามแนวชายแดนจังหวัดนราธิวาสประเทศไทยและรัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย มีความก้าวหน้าเป็นลำดับ โดยเฉพาะผลการประชุมใน 3 ครั้งหลังสุดคือการประชุมวันที่ 8 ธันวาคม 2557 ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เมืองโกตาบารู รัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย การประชุมวันที่ 21-23 เมษายน 2558 ณ ห้องประชุม โรงแรมเพอไม อิน รัฐตรังกานู ประเทศมาเลเซีย และการประชุมวันที่ 16 มิถุนายน 2558 ณ ห้องประชุมด้านตรวจคนเข้าเมือง ด้านรันตู รัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย ได้มีการกระชับความสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานและได้ตกลงร่วมกันดำเนินงานในประเด็นการควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยด้านอาหารสำหรับร้านอาหาร ในพื้นที่นำร่องคือ อำเภอสุโหงโกลก จังหวัดนราธิวาส ของประเทศไทย และอำเภอปาเสมัส รัฐกลันตัน ของประเทศมาเลเซีย

สำหรับผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ประเด็นสำคัญ คือ

- 1) ระบบการรับรองคุณภาพร้านอาหารของประเทศไทยและประเทศมาเลเซีย
- 2) ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหารของประเทศไทยและประเทศมาเลเซีย และ
- 3) แนวทางการพัฒนาคุณภาพร้านอาหารของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ระบบการรับรองคุณภาพร้านอาหารของประเทศไทยและประเทศมาเลเซีย

3.1.1 การขึ้นทะเบียนและควบคุม

ประเทศไทย ผู้ประกอบการที่ประสงค์จะเปิดร้านอาหารสามารถไปขอขึ้นทะเบียนและชำระค่าธรรมเนียมได้ที่ สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ เช่น ผู้ประกอบการในเขตเทศบาลเมืองสุโหงโกลก ไปขึ้นทะเบียนและชำระค่าธรรมเนียมที่ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองสุโหงโกลก ในกรณีที่ผู้ประกอบการไม่ได้ไปขึ้นทะเบียนหรือชำระค่าธรรมเนียมตามกำหนด เจ้าพนักงานสาธารณสุขหรือเจ้าพนักงานท้องถิ่น ที่รับผิดชอบในพื้นที่จะแจ้งให้ไปดำเนินการ แต่ในทางปฏิบัติ ไม่มีมาตรการในการลงโทษแต่อย่างใด หากผู้ประกอบการไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งตามพระราชบัญญัติ (พรบ.) การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ของประเทศไทยได้ให้อำนาจเจ้าพนักงานท้องถิ่นสามารถออกมาตรการลงโทษได้ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นจะต้องออกข้อบัญญัติเพื่อบังคับใช้กฎหมายในเขตรับผิดชอบตนเองก่อน

จากข้อมูล การดำเนินงานตามพระราชบัญญัติ (พรบ.) การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ในกรณีที่ ท้องถิ่นสามารถออกข้อบัญญัติท้องถิ่นนั้น พบว่า ใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ในเขต

รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 12 มี อปท.ทั้งหมด 617 แห่ง มีการออกข้อบัญญัติหรือเทศบัญญัติเกี่ยวกับร้านจำหน่ายอาหาร 192 แห่ง คิดเป็นอัตราร้อยละ 31 ซึ่งพบว่า ยังมีการดำเนินการตามพรบ. ค่อนข้างน้อย ส่วนเทศบาลเมืองสุโขทัย ได้มีการออกเทศบัญญัติเรื่องอาหารไว้แล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 แต่การบังคับใช้ตามเทศบัญญัติ ยังไม่ได้มีการเข้มงวดจริงจัง

ประเทศมาเลเซีย ส่วนใหญ่ผู้ประกอบการที่ประสงค์จะเปิดร้านอาหารจะได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1) ผ่านการอบรมด้านการสุขาภิบาลอาหาร และได้รับประกาศนียบัตรรับรอง โดยผู้อบรมเป็นหน่วยงานเอกชนที่ได้รับการรับรองและขึ้นทะเบียนเป็นผู้อบรมด้านการสุขาภิบาลอาหารจากกระทรวงสาธารณสุข ของประเทศมาเลเซีย ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง เป็นเงินประมาณ 500 บาทต่อคน

2) ผ่านการตรวจสุขภาพและได้รับวัคซีนป้องกันโรคไทฟอยด์ จากโรงพยาบาล โดยเสียค่าใช้จ่ายเอง เป็นเงิน 500 บาทต่อคน

3) ผู้ที่มีหลักฐานตามข้อ1) และข้อ2) จะได้รับบัตรผู้สัมผัสอาหาร และ

4) ผู้ประกอบการจะต้องนำหลักฐานทั้งหมดไปขอขึ้นทะเบียนที่สำนักงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และจะต้องปฏิบัติตาม ข้อกำหนดใน พรบ. อาหาร ค.ศ. 1976 (Food Act 1976) ของประเทศมาเลเซีย

3.1.2 การตรวจประเมินคุณภาพ

ในบริบทของประเทศไทย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ หรือเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ไปทำการตรวจประเมินคุณภาพร้านอาหาร ตามแบบตรวจร้านอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร ของประเทศไทย เพื่อแนะนำให้ผู้ประกอบการปรับปรุง ให้ได้มาตรฐาน เมื่อผู้ประกอบการปรับปรุงได้ตามมาตรฐานแล้ว จะแจ้งผู้รับผิดชอบประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มาร่วมประเมินรับรองตามเกณฑ์มาตรฐานร้านอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ต่อไป หากผู้ประกอบการไม่สามารถปรับปรุงคุณภาพให้ได้ตามมาตรฐาน ก็มีได้มีมาตรการลงโทษใดๆ

ส่วนบริบทของประเทศมาเลเซีย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับขึ้นทะเบียนผู้ประกอบการร้านอาหาร จะแจ้งข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในฝ่ายตรวจสอบความปลอดภัยและคุณภาพอาหาร ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จะไปทำการตรวจประเมินคุณภาพร้านอาหารภายใน 14 วันหลังจากได้รับการแจ้ง โดยใช้แบบตรวจประเมินและจัดระดับร้านอาหาร (Food premises inspection and grading assessment form) ของประเทศมาเลเซีย หากร้านอาหารไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนด เจ้าหน้าที่สามารถออกคำสั่งให้ปรับปรุงหรือให้ปิดปรับปรุงจนกว่าจะผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานได้ หากผู้ประกอบการไม่สามารถปรับปรุงให้ได้มาตรฐาน ตามเวลาที่กำหนดเจ้าหน้าที่จะส่งฟ้องศาล ต่อไป

3.1.3 การรับรองคุณภาพ

ประเทศไทย ร้านอาหารที่ผ่านการประเมินมาตรฐานตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารและมาตรฐานทางแบคทีเรีย จะได้รับป้ายรับรอง ร้านอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) โดยมีอายุการรับรองคราวละ 1 ปี

ประเทศมาเลเซีย ได้จัดระดับคุณภาพร้านอาหารตามคะแนนที่ได้จากการประเมินตามแบบตรวจประเมินและจัดระดับร้านอาหาร โดยแบ่งเกณฑ์ไว้ดังนี้

1) ป้ายรับรองมาตรฐานระดับ A เป็นมาตรฐานดีที่สุด (ระดับคะแนน ร้อยละ 86–100) มีอายุการรับรองคราวละ 2 ปี

2) ป้ายรับรอง มาตรฐานระดับ B เป็นมาตรฐานรองลงมา (ระดับคะแนน ร้อยละ 71–85) มีอายุการรับรองคราวละ 1 ปี

3) ป้ายรับรอง มาตรฐานระดับ C เป็นมาตรฐานต่ำที่สุดที่ยอมรับได้ (ระดับคะแนน ร้อยละ 51–70) มีอายุการรับรองคราวละ 6 เดือน

ในกรณีที่คะแนนไม่ถึง 51 คะแนน ถือว่าตกมาตรฐาน ต้องหยุดพักกิจการ 14 วัน เพื่อปรับปรุงให้ได้มาตรฐาน ตาม พรบ.อาหาร ของประเทศมาเลเซีย

3.1.4 การเฝ้าระวังและติดตามผล

ประเทศไทย ร้านอาหารส่วนใหญ่ทั้งที่ได้รับป้ายรับรองคุณภาพ และร้านที่ตกมาตรฐานไม่ได้รับป้ายรับรอง จะได้รับการตรวจประเมิน ติดตามผลปีละ 1 ครั้ง เฉพาะร้านอาหารที่กำลังปรับปรุงเพื่อให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานจะได้รับการตรวจแนะนำถี่ขึ้น

ประเทศมาเลเซีย ร้านอาหารที่ตกมาตรฐานจะได้รับการตรวจประเมินและติดตามผลดีที่สุด รองลงมาคือร้านอาหารที่ได้มาตรฐานระดับ C จะได้รับการตรวจประเมินและติดตามผลทุก 6 เดือน ร้านอาหารที่ได้รับการรับรองมาตรฐานระดับ B จะได้รับการตรวจประเมินและติดตามผลทุกปี และร้านอาหารที่ได้รับการรับรองมาตรฐานระดับ A จะได้รับการตรวจประเมินและติดตามผลทุก 2 ปี

3.2 ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหารของประเทศไทยและประเทศมาเลเซีย

3.2.1 ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหารของประเทศไทย

ในการดำเนินงานพัฒนามาตรฐานร้านอาหารของประเทศไทย ใช้เกณฑ์มาตรฐานร้านอาหารสะอาด รสชาติอร่อย ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์มาตรฐานตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารจำนวน 15 ข้อ และการตรวจทางแบคทีเรีย จำนวน 10 ตัวอย่าง ร้านอาหารที่จะได้รับป้ายรับรองร้านอาหารสะอาด รสชาติอร่อย จะต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามข้อกำหนดสุขาภิบาลอาหารครบทั้ง 15 ข้อ และผลการตรวจทางแบคทีเรียต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐาน อย่างน้อย 9 ใน 10 ตัวอย่าง ดังแบบตรวจร้านอาหาร ของประเทศไทย

แบบตรวจร้านอาหาร

ชื่อร้าน.....ชื่อเจ้าของร้าน.....วันที่เก็บตัวอย่าง.....

[illegible]

ฉีกตรงรอยปรุ

แบบตรวจร้านอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร

ชื่อร้าน.....ชื่อเจ้าของร้าน.....ที่อยู่.....

ประเภทอาหารที่จำหน่าย.....จำนวนผู้ปรุง.....คน ผู้เสิร์ฟ.....คน ผ่านการอบรมด้านสุขาภิบาลอาหาร.....คน

ขนาดพื้นที่ () เกิน 200 ตร.ม. () ไม่เกิน 200 ตร.ม. ใบอนุญาตเลขที่ _____ ออกเมื่อวันที่ _____ โดย _____

ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหาร	ผลตรวจ	หมายเหตุ
1. สถานที่รับประทานอาหาร สถานที่เตรียมปรุง ประกอบอาหาร ต้องสะอาดเป็นระเบียบ และจัดเป็นสัดส่วน		
2. ไม่เตรียมอาหารบนพื้น และบริเวณหน้า หรือในท้องน้ำ ห้องส้วม และต้องเตรียมปรุงอาหารบนโต๊ะที่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.		
3. ใช้สารปรุงแต่งอาหารที่มีความปลอดภัย มีเครื่องหมายรับรองของทางราชการ เช่น เลขทะเบียนตำรับอาหาร (อย.) เครื่องหมายรับรองมาตรฐานของกระทรวงอุตสาหกรรม (มอก.)		
4. อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรุง หรือเก็บ การเก็บอาหารประเภทต่าง ๆ ต้องแยกเก็บเป็นสัดส่วน อาหารประเภทเนื้อสัตว์ดิบเก็บในอุณหภูมิที่ไม่สูงกว่า 7.2 องศาเซลเซียส		
5. อาหารที่ปรุงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาดมีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.		
6. น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องสะอาด เก็บในภาชนะที่สะอาดมีฝาปิด ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามสำหรับคีบ หรือตัก โดยเฉพาะ วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.		
7. ล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างภาชนะ แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล และที่ล้างภาชนะต้องวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.		
8. เชียงและมิด ต้องสภาพดี แยกใช้ระหว่างเนื้อสัตว์สุก เนื้อสัตว์ดิบ และผัก ผลไม้		
9. ช้อน ส้อม ตะเกียบ วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด และมีการปกปิด เก็บสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.		
10. มูลฝอย และน้ำเสียทุกชนิด ได้รับการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล		
11. ห้องส้วมสำหรับผู้บริโภคและผู้สัมผัสอาหารต้องสะอาด มีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดี และมีสบู่ใช้ตลอดเวลา		
12. ผู้สัมผัสอาหารแต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน ผู้ปรุงต้องผูกผ้ากันเปื้อนที่สะอาด สวมหมวกหรือเน็ตคลุมผม		
13. ผู้สัมผัสอาหารต้องล้างมือให้สะอาดก่อนเตรียมปรุง ประกอบ จำหน่ายอาหารทุกครั้ง ใช้อุปกรณ์ในการหยิบจับอาหารที่ปรุงแล้วทุกชนิด		
14. ผู้สัมผัสอาหารที่มีบาดแผลที่มีต้องปิดแผลให้มิดชิด หลีกเลี่ยงการปฏิบัติงานที่มีโอกาสสัมผัสอาหาร		
15. ผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถติดต่อไปยังผู้บริโภค โดยมีน้ำและอาหารเป็นสื่อ ให้หยุดปฏิบัติงานจนกว่าจะรักษาให้หายขาด		

ข้อเสนอแนะ.....

ผู้ตรวจ _____ ตำแหน่ง/สังกัด _____ วันที่ตรวจ _____ เข้าของร้าน _____
(_____) _____ สำนักสาขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย

3.2.2 ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหารในประเทศไทย

ประเทศไทยได้ดำเนินงานพัฒนามาตรฐานด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหารโดยใช้ข้อกำหนดตามแบบตรวจสอบและจัดระดับสถานที่จำหน่ายอาหาร ซึ่งแบ่งออกเป็น 7 หมวด (A-G) ซึ่งมีทั้งหมด 31 ข้อย่อย ดังนี้ หมวด A สถานที่ปรุง ประกอบอาหาร แบ่งออกเป็น 6 ข้อย่อย (A1-A6) มี 25 คะแนน หมวด B การบริการอาหาร แบ่งออกเป็น 4 ข้อย่อย (B1-B4) มี 18 คะแนน หมวด C ผู้สัมผัสอาหารแบ่งเป็น 3 ข้อย่อย (C1-C3) มี 13 คะแนน หมวด D ระบบน้ำประปา แบ่งเป็น 3 ข้อย่อย (D1-D3) มี 5 คะแนน หมวด E การจัดการด้านสุขาภิบาล แบ่งเป็น 3 ข้อย่อย (E1-E3) มี 12 คะแนน หมวด F โครงสร้างและการรักษาความสะอาดสถานที่ แบ่งออกเป็น 4 ข้อย่อย (F1-F4) มี 11 คะแนน และหมวด G อื่นๆ แบ่งออกเป็น 8 ข้อย่อย (G1-G8) มี 16 คะแนน รวมคะแนนทั้งสิ้น 100 คะแนน ทำการจัดระดับดังนี้ คะแนนในช่วง 51-70 ได้ระดับ C คะแนนในช่วง 71-85 ได้ระดับ B และคะแนนในช่วง 86-100 ได้ระดับ A หากได้คะแนน 50 หรือต่ำกว่า จะไม่ได้รับการจัดระดับและจะถูกปิดกิจการ ดังรายละเอียดในแบบตรวจสอบและจัดระดับสถานที่จำหน่ายอาหารของประเทศไทย

แบบตรวจประเมินและการจัดระดับร้านอาหาร
สำนักงานความปลอดภัยอาหารเขตพื้นที่.....
ฝ่ายตรวจสอบความปลอดภัยและคุณภาพอาหาร
(เอกสารฉบับนี้ แปลจากภาษามลายูเป็นภาษาไทย โดยนายสะหลัน สามะ)

ชื่อผู้ขอใบอนุญาต/เจ้าของ :	เลขที่ใบอนุญาต/พาสปอร์ต :
ชื่อบริษัท/ห้างร้าน :	เบอร์โทร :
ที่อยู่สถานประกอบการ :	เลขที่ตามใบอนุญาต :
	เลขที่การลงทะเบียน :
วัน เดือน ปี ที่ตรวจ :	เวลาตรวจ : เริ่ม.....สิ้นสุด.....
วัน เดือน ปี ที่ตรวจครั้งล่าสุด :	ผลคะแนนการตรวจ :

ข้อมูลผู้สัมผัสอาหาร: จำนวน.....คน / ได้รับวัคซีนไทฟอยด์.....คน / ผ่านการอบรม.....คน

รายการ	องค์ประกอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
A สถานที่ปรุงประกอบอาหาร	A1. การควบคุมอุณหภูมิของสถานที่เก็บอาหาร เครื่องทำความเย็น : - อุณหภูมิแช่แข็ง ไม่เกิน -18 c - อุณหภูมิตู้เย็น 1-4 c	12		ccp
	A2. การป้องกันและควบคุมสัตว์แมลงนำโรค โดยวิธีการที่มีประสิทธิภาพ - แมลงสาบ - แมลงวัน - หนู - อื่นๆ	1 1 1 1		
	A3. การบำรุงรักษาความสะอาดอุปกรณ์ทำความเย็น - ตู้เย็นสะอาด - เก็บอาหารเป็นระเบียบ - ไม่มีคราบสกปรกตามขอบ	1 1 1		
	A4. ความสะอาดของเครื่องมืออุปกรณ์ปรุงประกอบอาหาร - เชียงและผ้าเช็ดอยู่ในสภาพดีและสะอาด - ไม่มีการใช้กระดาษหนังสือพิมพ์มารองรับอาหาร - อุปกรณ์การทำอาหารอยู่ในสภาพดีและสะอาดตลอดเวลา	1 1 1		
	A5. ระบบการระบายควันและความร้อน - มีสภาพดีไม่ก่อให้เกิดการรั่วไหลและฟุ้งกระจาย - มีความจุที่เพียงพอและมีประสิทธิภาพ	1 1		

รายการ		องค์ประกอบ		คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
		A6.	ช่องว่างระหว่างอุปกรณ์และพื้น ผนัง หรือ เพดาน สำหรับการทำความสะอาด - มีระยะห่างที่เหมาะสมสำหรับการปฏิบัติงานได้อย่างสะดวก	1		
		คะแนนรวม		25		
B	การบริการอาหาร	B1.	การเก็บรักษาอาหารในอุณหภูมิที่เหมาะสมตามชนิดอาหาร การเก็บอาหารที่ร้อน อุณหภูมิมากกว่า 60 c การเก็บอาหารเย็น อุณหภูมิระหว่าง 1-4 c การเก็บอาหารแช่แข็ง อุณหภูมิไม่เกิน -18 c	12		ccp
		B2.	อุปกรณ์ที่ใช้ในการแสดงอาหารจำเป็นต้องมีสภาพ - สะอาด - ไม่ชำรุด และเป็นสนิม	1 1		
		B3.	เขียงและผ้าเช็ดต้อง - สะอาด - แยกใช้สำหรับใช้งานวัตถุประสงค์เดียวเท่านั้น	1 1		
		B4.	โต๊ะ เก้าอี้ พร้อมอุปกรณ์ ต้อง - สะอาด - อยู่ในสภาพดีและปลอดภัย	1 1		
		คะแนนรวม		18		
C	ผู้สัมผัสอาหาร	C1.	ผลการตรวจสอบสุขภาพของผู้สัมผัสอาหารทุกคนได้รับการฉีดวัคซีนไทฟอยด์ผ่านการอบรมผู้สัมผัสอาหาร	6		
		C2.	มีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี - แต่งกายสะอาดและถูกต้องเหมาะสม - ใส่ผ้ากันเปื้อนที่สะอาดและมีตาข่ายคลุมผม - ตัดเล็บสั้น สะอาด และไม่สวมใส่เครื่องประดับ - สวมรองเท้า - ไม่สูบบุหรี่ - ไม่ปฏิบัติในสิ่งที่จะทำให้เกิดการปนเปื้อนสิ่งสกปรก	1 1 1 1 1 1 1		
		C3.	ไม่มีปัญหาทางสุขภาพหรือเป็นโรคที่เกิดจากอาหารและน้ำเป็นสื่อ เช่น ไข้ โรคท้องร่วง ไอโรคิฟวิน	1		
		คะแนนรวม		13		

รายการ		องค์ประกอบ		คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
D	ระบบน้ำประปา	D1	ใช้แหล่งน้ำสะอาด - มีการปรับปรุงคุณภาพ - สะอาดและเพียงพอ	1 1		
		D2	วิธีการใช้น้ำ - ร่อนน้ำโดยตรงจากก๊อกน้ำ - ไม่ใช้สายยาง	1 1		
		D3	ท่อประปาไม่แตกและรั่วซึม	1		
		คะแนนรวม		5		
E	การจัดการด้าน การสุขาภิบาล	E1	ห้องส้วม - สะอาดและไม่มีกลิ่นเหม็น - อยู่ในสภาพดีใช้งานได้ - ประตูห้องส้วมไม่เปิดเข้าหาบริเวณปรุง อาหารโดยตรง - มีการระบายอากาศที่ดี - มีน้ำสะอาดและเพียงพอ - จัดเตรียมสบู่ กระดาษทิชชู และอุปกรณ์ที่ ทำให้แห้ง	1 1 1 1 1 1 1		
		E2	การเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก - มีอ่างล้างจานครบชุด - มีที่ดักไขมันที่ใช้การได้และมีการบำรุงรักษา - ถังหรือบ่อดักไขมันมีขนาดที่เหมาะสม	1 1 1		
		E3	บริเวณอ่างล้างมือ - สะอาด - ไม่ชำรุด ใช้การได้ - เตรียมสบู่เหลว และมีเครื่องทำให้แห้ง	1 1 1		
		คะแนนรวม		12		
F.	โครงสร้างและ การบำรุงรักษา ความสะอาด สถานที่	F1.	พื้น ผนังและเพดาน - ไม่ลื่น/ทนทาน - ทำความสะอาดง่าย - กันน้ำ - ไม่ดูดซึมน้ำ/ผิวเรียบ - ไม่มีคราบ ฝุ่น และราเกาะ	1 1 1 1 1		
		F2	ระบบการระบายอากาศและแสงสว่าง - เพียงพอ - ใช้การได้ดี	1 1		
		F3	ระบบระบายน้ำใช้ที่เหมาะสม - สะอาด - มีการบำรุงรักษาที่ดี (ไม่ชำรุด)	1 1		

รายการ	องค์ประกอบ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
	F4 มีระบบการระบายน้ำเสียที่ถูกต้อง - ระบายน้ำได้ดีไม่อุดตัน - ไม่มีเศษอาหารตกค้าง	1 1		
	คะแนนรวม	11		
G. อื่นๆ (ทั่วไป)	G1. มีผู้รับฟังความคิดเห็นของลูกค้า	5		
	G2. มีถึงขยะที่มีฝาปิด สะอาด และเพียงพอ	1		
	G3. วัสดุดิบ เครื่องปรุงรสอาหาร และสารเคมี แยกเก็บเป็นสัดส่วน และติดฉลากให้ชัดเจน	1		
	G4. มีการจัดการห้องเก็บวัตถุดิบอาหารที่ดี (ใช้หลัก FIFO) - จัดเรียงวัตถุดิบไม่แน่นเกินไป - สะอาด - มีการระบายอากาศที่ดีและแสงสว่างเพียงพอ	1 1 1		
	G5. มีการจัดการขยะมูลฝอยที่ดี(มีการแยกขยะ)	1		
	G6. สถานที่และวัสดุอุปกรณ์มีการบำรุงรักษาที่ดี และมีตารางการทำความสะอาด มีการตรวจตราอย่างสม่ำเสมอ	1		
	G7. มีป้ายประกาศ วรรณะ การรักษาความสะอาด การปฏิบัติงานที่ปลอดภัย การสุขศึกษา และห้ามสูบบุหรี่	1		
	G8. การป้องกันอุบัติเหตุในสถานที่ปรุงประกอบอาหาร - มีอุปกรณ์ดับเพลิง - มีตู้ยาสามัญประจำบ้าน - ไม่มีสิ่งกีดขวางบนบันได	1 1 1		
	คะแนนรวม	16		

การคิดคะแนน

$$((x - y)/x) \times 100 \% = \dots\dots\dots$$

เมื่อ x = หมายถึงคะแนนรวมจากองค์ประกอบด้านต่างๆ

Y = หมายถึงคะแนนรวมที่ได้จากการตรวจ

ช่วงคะแนน (%)	ระดับ	ระดับที่ได้ (แสดงเครื่องหมาย ✓)
86-100	A	
71-85	B	
51-70	C	

หมายเหตุ :

- ถ้าได้ 50 % หรือต่ำกว่า จะไม่ได้รับเกรดใดๆ และจะถูกดำเนินการปิดสถานประกอบการ
- สถานประกอบการ ต้องได้รับคะแนนเต็มในองค์ประกอบ A1,B1(CCP) และ C1 จึงจะได้เกรด A

3.2.3 การเปรียบเทียบข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารสำหรับร้านอาหารระหว่างประเทศไทยและประเทศมาเลเซีย

3.2.3.1 จุดร่วม

มีการกำหนดสุขลักษณะในด้าน สถานที่ อาหารสดและวัตถุดิบ อาหารปรุงสำเร็จ ภาชนะอุปกรณ์ และสุขอนามัยของผู้สัมผัสอาหาร เมื่อทำการเปรียบเทียบหาความสอดคล้องกันระหว่างข้อกำหนดของมาเลเซียกับของไทยพบว่า

ข้อ A1 สอดคล้องกับข้อ 4 ในประเด็นการควบคุมอุณหภูมิอาหารสด แต่มาตรฐานของมาเลเซีย มีการกำหนดอุณหภูมิของอาหารแช่แข็งเพิ่มขึ้น

ข้อ A4, B3 สอดคล้องกับข้อ 8 กล่าวถึงความสะอาดของเชียงและผ้าทำความสะอาด ตลอดจนการแยกใช้เชียงระหว่าง เนื้อสัตว์ และ ผัก ผลไม้

ข้อ A6, B4 สอดคล้องกับข้อ 1 ซึ่งว่าด้วย ความสะอาดของสถานที่สำหรับเตรียมปรุงอาหาร และ สถานที่ ที่ลูกค้ารับประทานอาหาร

ข้อ B2 สอดคล้องกับข้อ 5 ในประเด็น ภาชนะที่วางแสดงอาหาร ต้องสะอาด และมีการปกปิด

ข้อ C2 สอดคล้องกับข้อ 12 ซึ่งกล่าวถึงสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สัมผัสอาหาร

ข้อ C3 สอดคล้องกับข้อ 15 ซึ่งให้ความสำคัญกับผู้สัมผัสอาหารที่เจ็บป่วย ด้วยโรคที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาด ผ่านอาหาร และ น้ำ

ข้อ E1 สอดคล้องกับข้อ 11 ในประเด็น ห้องน้ำ ห้องส้วม และ อ่างล้างมือสำหรับลูกค้า

ข้อ F4, G2, G5 สอดคล้องกับข้อ 10 ซึ่งให้ความสำคัญกับมูลฝอย และ น้ำเสีย ต้องมีการกำจัดด้วยวิธีที่ถูกหลักสุขาภิบาล

3.2.3.2 จุดต่าง

สิ่งที่ประเทศมาเลเซียกำหนดไว้แต่ไม่มีในข้อกำหนดของประเทศไทย ได้แก่ ข้อ

A2 การป้องกันและควบคุมสัตว์แมลงนำโรค โดยวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ แมลงสาบ แมลงวันหนู และอื่นๆ

D1 ใช้แหล่งน้ำสะอาด มีการปรับปรุงคุณภาพ สะอาดและเพียงพอ

D2 วิธีการใช้น้ำ รองน้ำโดยตรงจากก๊อกน้ำ ไม่ใช่สายยาง

D3 ท่อประปาไม่แตกและรั่วซึม

E2 การเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวก

- มีอ่างล้างจานครบชุด
- มีที่ดักไขมันที่ใช้การได้และมีการบำรุงรักษา
- ถังหรือบ่อดักไขมันมีขนาดที่เหมาะสม

E3 บริเวณอ่างล้างมือ

- สะอาด

- ไม่ชำรุด ใช้การได้
- เตรียมสบู์เหลว และมีเครื่องทำให้แห้ง

F2 ระบบการระบายอากาศและแสงสว่าง

- เพียงพอ ใช้การได้ดี

F3 ระบบระบายน้ำใช้ที่เหมาะสม

- สะอาด และ มีการบำรุงรักษาที่ดี (ไม่ชำรุด)

G1 มีตู้รับฟังความคิดเห็นของลูกค้า ซึ่งให้ความสำคัญมากโดย กำหนด
น้ำหนักคะแนน ถึง 5 คะแนน

G4-G8 มีการจัดการห้องเก็บวัตถุดิบอาหารที่ดี (ใช้หลัก FIFO)

- จัดเรียงวัตถุดิบไม่แน่นเกินไป
- สะอาด
- มีการระบายอากาศที่ดีและแสงสว่างเพียงพอ
- มีการจัดการขยะมูลฝอยที่ดี (มีการแยกขยะ)
- สถานที่และวัสดุอุปกรณ์มีการบำรุงรักษาที่ดี และมีตารางการทำ

ความสะอาด มีการตรวจตราอย่างสม่ำเสมอ

- มีป้ายประกาศ วรรรงค์ การรักษาความสะอาด การปฏิบัติงานที่
ปลอดภัย การสุศึกษา และห้ามสูบบุหรี่

- การป้องกันอุบัติเหตุในสถานที่ปรุงประกอบอาหาร
- มีอุปกรณ์ดับเพลิง
- มีตู้ยาสามัญประจำบ้าน
- ไม่มีสิ่งกีดขวางบนบันได

สิ่งที่ประเทศไทยกำหนดไว้แต่ไม่มีในข้อกำหนดของประเทศมาเลเซีย
ได้แก่ เกณฑ์ด้านแบคทีเรีย ระดับความสูงของสถานที่ เตรียม ปรุง ล้างภาชนะ ที่วางอาหารปรุงสำเร็จ
และน้ำแข็ง ซึ่งกำหนดให้อยู่สูงกว่าพื้นไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร

3.2.3.3 ข้อกำหนดที่ประเทศมาเลเซียให้ความสำคัญมาก ได้แก่ อุณหภูมิที่
เหมาะสมในการเก็บรักษาอาหารแต่ละประเภท ผู้สัมผัสอาหารต้องผ่านการอบรมและได้รับวัคซีน
ป้องกันโรคไทฟอยด์ สุขลักษณะของห้องส้วม อ่างล้างมือ คุณภาพน้ำประปาและการรับฟังความคิดเห็น
จากลูกค้า

3.2.3.4 ข้อกำหนดที่ประเทศไทยให้ความสำคัญมาก ได้แก่ คุณภาพทาง
แบคทีเรีย สุขอนามัยของผู้สัมผัสอาหาร และระดับความสูงของสถานที่ เตรียม ปรุง ล้างภาชนะ
ที่วางอาหารปรุงสำเร็จ และน้ำแข็ง ซึ่งกำหนดให้อยู่สูงกว่าพื้นไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร

โดยสรุป ข้อกำหนดมาตรฐานทั้งของประเทศไทยและมาเลเซียมีความคล้ายคลึงกัน
แต่การจัดหมวดหมู่อาจแตกต่างกัน โดยมีองค์ประกอบสำคัญได้แก่ ความสะอาดและสุขาภิบาล
อาหาร ของสถานที่ปรุงอาหาร การจัดเก็บ อุปกรณ์ที่ใช้ในการประกอบอาหาร ผู้สัมผัสอาหาร เป็นต้น
โดยส่วนที่เป็นจุดสำคัญของประเทศไทยคือ การทดสอบคุณสมบัติทางแบคทีเรีย ซึ่งจะมีการสุ่มตรวจ
ตัวอย่างอาหารและน้ำ ส่วนของประเทศมาเลเซีย ประเด็นที่เป็นจุดเด่นคือการตรวจโรคและให้วัคซีน

แก่ผู้สัมผัสอาหาร การจำแนกอุณหภูมิที่เก็บอาหารที่เหมาะสมกับอาหารประเภทต่างๆ ละเอียดยกว่า และ ให้ความสำคัญกับการป้องกันอุบัติเหตุ อุปกรณ์ดับเพลิง ตลอดจน การรับฟังความเห็นของผู้รับบริการ

3.3 แนวทางการพัฒนาคุณภาพร้านอาหารของประเทศไทยเพื่อรองรับประชาคมอาเซียน

คณะทำงานของฝั่งประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุไหงโกทิง กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสุไหงโกทิง ตัวแทนชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร เทศบาลเมืองสุไหงโกทิง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอสุไหงโกทิง อำเภอตากใบ และอำเภอแว้ง และเจ้าหน้าที่จากศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา รวมทั้งสิ้น 30 คน ได้ประชุมปรึกษากัน เมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2558 โดยเห็นว่าข้อกำหนดหลายประการของมาเลเซีย มีความสำคัญและสามารถ นำมาประยุกต์ใช้กับร้านอาหาร ในฝั่งประเทศไทยได้ และได้ร่วมกันสรุปเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.3.1 การพัฒนาความเข้มแข็งของชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร

จุดเด่นของประเทศไทยข้อหนึ่งคือมีชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร เป็นกลไกในการพัฒนาคุณภาพร้านอาหาร ซึ่งยังไม่มีในประเทศมาเลเซีย ที่ประชุมเห็นชอบที่จะพัฒนาชมรมผู้ประกอบการร้านอาหารของเทศบาลเมืองสุไหงโกทิงให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น จะสามารถเป็นต้นแบบแก่ประเทศมาเลเซียและพื้นที่อื่นๆ ของประเทศไทยได้ ได้มีการเสนอแนวทางในการแสวงหางบประมาณในการพัฒนาความเข้มแข็งของชมรมฯ ดังนี้ ตัวแทนชมรมเสนอแผนงานเพื่อของบประมาณไปที่เทศบาลเมืองสุไหงโกทิง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส จัดทำแผนงานและงบประมาณพัฒนาชมรมฯ ในภาพรวมในระดับจังหวัด โดยทางชมรมฯ เทศบาลสุไหงโกทิง ควรชักจูงผู้ประกอบการร้านอาหาร เข้ามาเป็นสมาชิกของชมรมเพิ่มขึ้น และจัดกิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของชมรมทุก 3 เดือน ร่วมตรวจประเมินและรับรองมาตรฐานร้านอาหาร ออกระเบียบชมรมเพื่อส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพร้านอาหาร และประชาสัมพันธ์ให้แพร่หลายและเป็นที่ยอมรับของประเทศเพื่อนบ้านมากขึ้น

3.3.2 การพัฒนาศักยภาพและสุขลักษณะของผู้สัมผัสอาหาร

ที่ประชุมเห็นชอบที่จะพัฒนาพื้นที่เขตเทศบาลเมืองสุไหงโกทิงเป็นต้นแบบในการพัฒนามาตรฐานร้านอาหาร รองรับประชาคมอาเซียน โดยแผนงานแรกคืออบรมผู้สัมผัสอาหารและจัดทำบัตรผู้สัมผัสอาหารแก่ผู้ผ่านการอบรมให้ครบทุกคน และให้มีการติดบัตรทุกครั้งที่ปฏิบัติงาน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานของประเทศมาเลเซีย

3.3.3 การควบคุมอุณหภูมิในการเก็บรักษาอาหารแต่ละประเภทให้เหมาะสม

ที่ประชุมเห็นชอบให้ร้านอาหารนำเอาตัวอย่างจากมาตรฐานร้านอาหารของประเทศมาเลเซียมาปรับใช้คือให้ติดตั้งหรือนำเทอร์โมมิเตอร์สำหรับแสดงอุณหภูมิไว้ที่ตู้เย็นหรือตู้แช่อาหาร เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและตรวจสอบได้ง่าย

บทที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

4.1 สรุปผลการศึกษา

ความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและประเทศมาเลเซียในประเด็นความปลอดภัยด้านอาหาร ผ่านการประชุมร่วมทวิภาคี มาเป็นระยะ โดย การประชุมร่วมไทย-มาเลเซีย 3 ครั้งหลังสุดคือการประชุมวันที่ 8 ธันวาคม 2557 ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เมืองโกตาบารู รัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย การประชุมวันที่ 21-23 เมษายน 2558 ณ ห้องประชุม โรงแรมเพอไมอิน รัฐตรังگانู ประเทศมาเลเซีย และการประชุมวันที่ 16 มิถุนายน 2558 ณ ห้องประชุมด้านตรวจคนเข้าเมือง ด้านรัตนู รัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย ได้มีการกระชับความสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานและได้ตกลงร่วมกันดำเนินงานในประเด็นการควบคุมคุณภาพและความปลอดภัยด้านอาหารสำหรับร้านอาหาร ในพื้นที่นำร่องคือ อำเภอสุไหงโกลก จังหวัดนราธิวาส ของประเทศไทย และอำเภอปาเสมัส รัฐกลันตัน ของประเทศมาเลเซีย เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้ศึกษาเปรียบเทียบแนวทางปฏิบัติ และเกณฑ์มาตรฐาน ร้านอาหารของทั้งสองประเทศ จนบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ โดยมีการพัฒนาเป็นลำดับ ทั้งด้านสัมพันธภาพของบุคลากร และการดำเนินงานร่วมกัน และในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสองประเทศในครั้งหลังสุดเมื่อวันที่ 15 มิถุนายน 2558 ได้ตกลงร่วมกันเลือกพื้นที่ชายแดนอำเภอสุไหงโกลก ของประเทศไทยและอำเภอปาเสมัส ของประเทศมาเลเซีย เป็นพื้นที่นำร่องการดำเนินงานร่วมกัน ในเรื่องการพัฒนาและรับรองคุณภาพร้านอาหารของสองประเทศ ทั้งสองประเทศได้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับระบบการรับรองคุณภาพร้านอาหาร ซึ่งประเทศมาเลเซียมีแนวทางที่เข้มงวดมากกว่าของประเทศไทย โดยกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจนและสามารถบังคับใช้กฎหมายได้ดีกว่าประเทศไทย แต่ป้ายการรับรองของประเทศไทยคือป้ายอาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) สามารถสื่อความหมายกับผู้บริโภคได้ดีกว่า ป้ายมาตรฐานระดับ A, B และ C ของประเทศมาเลเซีย ข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหารประเทศมาเลเซียให้ความสำคัญกับการเก็บรักษาอาหารแต่ละประเภทไว้ในอุณหภูมิที่เหมาะสม บัตรประจำตัวผู้สัมผัสอาหาร และการรับฟังความคิดเห็นของผู้บริโภค แต่ไม่ได้เข้มงวดในเรื่องวัสดุและภาชนะที่เหมาะสมสำหรับใส่อาหารแต่ละประเภท ส่วนของไทยให้ความสำคัญกับมาตรฐานทางแบคทีเรีย การวางอาหารในระดับที่สูงพอที่จะป้องกันการปนเปื้อน เป็นต้น

คณะทำงานของฝั่งประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วยผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสุไหงโกลก กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสุไหงโกลก ตัวแทนชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร เทศบาลเมืองสุไหงโกลก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอสุไหงโกลก อำเภอตากใบ และอำเภอแว้ง และเจ้าหน้าที่จากศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา รวมทั้งสิ้น 30 คน ได้ประชุมปรึกษากันเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2558 ได้ข้อสรุปเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงานร่วมกัน ได้แก่

การส่งเสริมให้ชมรมผู้ประกอบการมีความเข้มแข็ง และมีบทบาทมากขึ้นในการ พัฒนามาตรฐานร้านอาหาร และมีส่วนร่วมในการควบคุมกำกับ มากขึ้น การพัฒนาผู้สัมผัสอาหาร โดยการอบรม หลักสุขาภิบาล และมอบบัตรประจำตัวผู้สัมผัสอาหารที่ผ่านการอบรม และประเด็นการรักษาอุณหภูมิของอาหารของประเทศมาเลเซียมาปรับใช้คือให้ติดตั้งหรือนำเทอร์โมมิเตอร์สำหรับแสดงอุณหภูมิไว้ที่ตู้เย็นหรือตู้แช่อาหาร เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและตรวจสอบได้ง่าย

4.2 ข้อเสนอแนะ

1) ประเทศไทยควรมีระบบการควบคุมคุณภาพร้านอาหารที่เป็นรูปธรรม โดยการออกบทบัญญัติโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตาม พ.ร.บ.สาธารณสุข พ.ศ. 2535 และมีการบังคับใช้ที่เข้มงวด และต่อเนื่อง เช่นเดียวกับที่ประเทศมาเลเซียดำเนินการอยู่ เช่น การกำหนดให้ผู้ประกอบการและผู้สัมผัสอาหาร จะต้องได้รับการเตรียมความพร้อม ผ่านการตรวจสอบสุขภาพ และ ต้องมีบัตรอนุญาตประจำตัวผู้สัมผัสอาหาร เป็นต้น

2) ควรนำมาตรการทางการปกครอง และมาตรการทางกฎหมายมาบังคับใช้ควบคุมกำกับร้านอาหาร ในกรณีที่ร้านอาหารที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ควรมีแนวทางในการกำหนดบทลงโทษที่ชัดเจนมากขึ้น เช่นเดียวกับประเทศมาเลเซีย ตัวอย่างเช่น

ขั้นต้น ใช้มาตรการทางการปกครอง ให้โอกาสร้านปรับปรุงภายใน 14 วัน ถ้าไม่ดำเนินการปรับปรุง ภายในเวลาที่กำหนด ใช้มาตรการที่หนักขึ้น โดย สั่งหยุดพักการขายและปรับปรุงภายใน 14 วัน และ ตรวจสอบติดตามประเมินซ้ำ ถ้ายังไม่สามารถปรับปรุงได้ตามเงื่อนไข ก็พิจารณาใช้มาตรการทางกฎหมายลงโทษโดยการสั่งระงับการอนุญาต หรือให้ปิดกิจการ เป็นต้น

3) ควรส่งเสริมชมรมผู้ประกอบการร้านอาหาร ซึ่งเป็นการพัฒนาโดยการมีส่วนร่วม โดยส่งเสริมการเข้ามาร่วมตั้งแต่การกำหนดข้อบังคับหรือเทศบัญญัติ กำหนดแนวทางในการออกใบอนุญาต และ แนวทางการรักษาคุณภาพร้านอาหาร ให้ได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน ร่วมตรวจประเมิน แนะนำและควบคุมคุณภาพร้านอาหารด้วยตนเอง ให้มากยิ่งขึ้น

4) ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้สัมผัสอาหารเป็นระยะๆ เพื่อให้มีทักษะและสามารถประกอบอาหารได้เป็นไปตามหลักสุขาภิบาลอาหาร นอกจากนั้นในพื้นที่ชายแดนควรมีการพัฒนาความสามารถด้านการสื่อสารสื่อสารภาษามลายู และ ภาษาอังกฤษขั้นพื้นฐานได้ เพื่อรองรับประชาคมอาเซียนต่อไป

5) ควรส่งเสริมให้ประชาชนผู้บริโภค มีส่วนร่วมในการตรวจสอบ และมีช่องทางให้ผู้บริโภคสามารถสะท้อนปัญหาให้กับผู้ประกอบการ และผู้ที่มีอำนาจควบคุมกำกับคุณภาพร้านอาหารได้

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเรื่องความปลอดภัยด้านอาหาร ในพื้นที่ชายแดนไทยมาเลเซีย นับเป็นการสร้างความร่วมมือด้านสาธารณสุขชายแดน ที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งสองประเทศ และสามารถเป็นแบบอย่างในการพัฒนาความร่วมมือของกลุ่มประเทศอาเซียนต่อไป

บรรณานุกรม

หนังสือ

กรมควบคุมโรค. แผนประคองกิจการเพื่อเตรียมความพร้อมภายในองค์กร: กรณีโรคติดต่ออุบัติใหม่ปี พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2555.

กรมอาเซียน. แผนการจัดตั้งประชาคมอาเซียน (3 เสา). กรุงเทพฯ: คาริสมา มีเดีย, 2555.

เฉลียว บุรีภักดี และคนอื่นๆ. ชุดวิชาการวิจัยชุมชน ชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง. หลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตการจัดการและประเมินโครงการ. นนทบุรี: เอส. อาร์. พรินติ้งแมสโปรดักส์, 2545.

ทรงวุฒิ เรืองวาทศิลป์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการศึกษาในพื้นที่บริการของโรงเรียนลุ่มแรดวิทยา อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์การบริหารการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.

ธานี รักนาม, วรธนา เกษสุนทร, สัมแป้น ศรีหนูชา และสุรพล สงวนเกียรติ. "ภาวะโภชนาการของเด็กนักเรียนที่ติดเชื้อพยาธิปากขอในอำเภอท่าศาลาจังหวัดนครศรีธรรมราช." J Trop Med Parasitol 33 (2553):62-8.

ประพันธ์ สร้อยเพชร. การมีส่วนร่วมในการจัดการศึกษาของคณะกรรมการสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน ศูนย์โรงเรียนตำบลแช่ช้าง อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและสถิติทางการศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2547.

เมตต์ เมตต์การุณจิต. การบริหารจัดการศึกษาแบบมีส่วนร่วม: ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และราชการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บุ๊คพอยท์, 2553.

วันชัย วัฒนศัพท์. "การมีส่วนร่วมกับการพัฒนาองค์กร." ใน เอกสารประกอบการสัมมนา เรื่อง ระบบทวิภาคีกับการแก้ปัญหาแรงงานในรัฐวิสาหกิจ. ณ โรงแรมพญาแสนเดออร์ จังหวัดชลบุรี. 6-8 มีนาคม 2546.

_____. คนไทยไม่ทอดทิ้งกัน: คู่มือการจัดการสร้างความปรองดองในระบบบริการสาธารณสุข. ขอนแก่น: ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท, 2553.

สัญญา เคนาภูมิ. ความสำเร็จของวิสาหกิจชุมชนใน 4 จังหวัดชายแดนลุ่มน้ำโขง. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 2551.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: หจก. สหพัฒนพิบูล, 2551.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนแม่บทการแก้ปัญหาและพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพฯ: ทริปปี้ล กราฟฟิค สตูดิโอ, 2554.

อุมาพร ทาโธสง. "ปรสิตก่อโรคที่ติดต่อผ่านทางอาหารและน้ำที่สำคัญในประเทศไทย." วารสารวิทยาศาสตร์บูรพา 17 (2555): 212–220.

Tulchinsky TH, Varavikova EA. The new public health. 2nd edition. London: Elsevier Academic Press, 2009.

Winslow CEA. "The cost of sickness and the price of health." World Health Organization Monograph Series, No.7. Geneva: WHO Press, 1951.

World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva: Health Education and Health Promotion Unit, 1998.

World Health Organization. Milestones in Health Promotion: Statements from global conferences. Geneva: WHO Press, 2009.

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

สำนักงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ. ความร่วมมือพหุภาคีด้านสาธารณสุขในกลุ่ม BIMST [ออนไลน์]. 2558. แหล่งที่มา: <http://www.bihmoph.net/userfiles/file/BIMST%20bg.pdf>.

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. ก้าวสู่ประชาคม ASEAN 2015 [ออนไลน์]. 2555. แหล่งที่มา: www.parliament.go.th/popup/images/asean_parliament/asean2015.pdf.

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ความรู้เกี่ยวกับอาหาร ความปลอดภัยด้านอาหาร สารปนเปื้อน และผลกระทบต่อร่างกายเนื่องจากการบริโภคอาหารที่มีสารปนเปื้อน [ออนไลน์]. 2558. แหล่งที่มา: http://www.fda.moph.go.th/food_safety/data_center/data_mod/foodtoxic.pdf.

สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย. สถานการณ์ปัญหาด้านความปลอดภัยอาหาร ปีงบประมาณ 2555–2556 [ออนไลน์]. 2556. แหล่งที่มา: http://www.fda.moph.go.th/food_safety/frontend/theme_1/show_detail_2.php?Table=food_safety_v2&Value_Name=ID_Food_Safety_V2&ID_Value=00000153.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นายบุญแสง บุญอำนวยกิจ

ประวัติการศึกษา

- แพทยศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (เกียรตินิยม)
- วุฒิปัตรมุขการเวชศาสตร์ โรงพยาบาลเด็ก กรมการแพทย์
- ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม)
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์(เกียรตินิยม)

ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2527

นายแพทย์ 4-5 ศูนย์อนามัยแม่และเด็กเขต 9 ยะลา

พ.ศ.2533

นายแพทย์ 6-8 (กุมารแพทย์) ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 12 ยะลา

พ.ศ.2545

นายแพทย์ 9 วช ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

พ.ศ.2555

ผู้อำนวยการศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี

พ.ศ.2556-ปัจจุบัน

ผู้อำนวยการศูนย์ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา

ตำแหน่งปัจจุบัน

ผู้อำนวยการเฉพาะด้าน (แพทย์)

ประเภท อำนวยการสูง