สุขภาพคนไทย 2554



เอชไอเอ

กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะ เพื่อชีวิตและสุขภาพ

12 ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ
10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2554 : เอชไอเอ กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ / ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา ... [และคนอื่น ๆ]. - - พิมพ์ครั้งที่ 1. - - นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554
(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 377)

ISBN 978-974-11-1440-5

1. นโยบายสาธารณะ. 2. นโยบายด้านสาธารณสุข. 3. ดัชนีสุขภาพ. 4. การส่งเสริมสุขภาพ. I. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา. II. ชาย โพธิสิตา. III. กฤตยา อาชวนิจกุล. IV. เฉลิมพล แจ่มจันทร์. V. กุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล. VI. ปาณฉัตร ทิพย์สุข. VII. สาสินี เทพสุวรรณ์. VIII. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

RA776 ส743 2554
DNLM: 1. สุขภาพ WA100 ส743 2554

ออกแบบปก	: วัฒนสินธุ์ สุวรัตนานนท์
กราฟฟิกหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ	: สุกัญญา พรหมทรัพย์
รูปเล่ม	: http://khunnaipui.multiply.com
ดำเนินการโดย	: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
สถานที่พิมพ์	: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน) โทรศัพท์ 0-2882-1010 โทรสาร 0-2434-1385
จำนวนพิมพ์	: 16,500 เล่ม

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)
เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์ 0-2441-0201-4 โทรสาร 0-2441-5221
เว็บไซต์ www.ipsr.mahidol.ac.th

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
เลขที่ 979 อาคารเอส เอ็ม ทาวเวอร์ ชั้น 34 ถนนพหลโยธิน แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพมหานคร 10400
โทรศัพท์ 0-2298-0500 โทรสาร 0-2298-0501 และ 0-2298-0499
เว็บไซต์ www.thaihealth.or.th

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
เลขที่ 88/39 ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-590-2311 โทรสาร 0-2590-2311
เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th

ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ ไม่สงวนลิขสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

สุขภาพคนไทย 2554

บอกกล่าว

หลายๆ สิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมไทยทุกวันนี้ เป็นเสมือนบททดสอบที่จะให้เราใช้ “สติ” และ “ปัญญา” ในการคลายวิกฤตต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างสังคมที่มีสุขภาวะและมีความเท่าเทียมอย่างแท้จริง หนังสือสุขภาพคนไทยขอเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนประสบการณ์ สร้างทางเลือกใหม่ ในการหาทางออกให้กับทุกปัญหาที่บั่นทอนความอยู่ดีมีสุข ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของวิกฤตเศรษฐกิจ ความขัดแย้งทางความคิด ความรุนแรงในทุกระดับโครงสร้างของสังคม และความไม่เท่าทันในการเปลี่ยนแปลงสังคมอย่างรวดเร็ว

เรื่องราวที่ได้นำเสนอในหนังสือสุขภาพคนไทยได้สะท้อนให้เห็นในมุมที่ดีของการเปลี่ยนแปลง ดังเรื่องการออกกฎหมายเกี่ยวกับด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ แก้ไขปัญหาการทำแท้งและแม่วัยรุ่น การแก้ไขกฎหมายข่มขืน หรือการล่วงละเมิดทางเพศที่ไม่เป็นการซ้ำเติมผู้ที่ได้รับความเสียหาย ซึ่งเป็นทางออกที่ยั่งยืนของปัญหาเรื่องเพศในสังคมไทย และอีกหลายเรื่องราวที่ยังคุกรุ่นและเรื้อรังมาหลายปี เช่น ไฟใต้ ภัยแล้ง น้ำท่วม วิกฤตการเมือง โรคภัยในสังคมสมัยใหม่ หนังสือสุขภาพคนไทยจะคอย “จับตา” เพื่อให้ทุกภาคส่วนในสังคมร่วมกันหาทางออกต่อไป

สุขภาพคนไทย 2554 ปีนี้ ได้นำเสนอเรื่องพิเศษประจำฉบับคือ **“เอชไอเอ”** หรือที่เรียกกันว่า **“การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ”** ซึ่งเป็นกลไกทางสังคมรูปแบบหนึ่งในการปกป้องทุกชีวิตตั้งแต่ระดับบุคคล ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่อาจจะได้รับผลร้ายภายหลังจากการที่มีโครงการก่อสร้างขนาดใหญ่ของภาครัฐหรือของเอกชน อาทิ การสร้างนิคมอุตสาหกรรม การทำเหมืองแร่ หรือการสร้างสาธารณูปโภค ซึ่งเงื่อนไขสำคัญของเอชไอเอก็คือ การเกิดกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมของทุกคนในสังคม

สำหรับตัวชี้วัดสุขภาพในปีนี้ นำเสนอ **“12 ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ”** เป็นการสะท้อนสถานะสุขภาพ ปัจจัยบ่งชี้ทางสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ ของคนไทยที่มีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น และบางประเด็นที่ควรเร่งดำเนินแก้ไข

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ และ **4 ผลงานดี ๆ เพื่อสุขภาพคนไทย** ยังคงบันทึกเหตุการณ์สังคมไทยในรอบปีที่ผ่านมา บางเรื่องเป็นเหตุการณ์ที่ต่อเนื่องจากปีก่อน บางเรื่องเป็นประเด็นที่ต้องตระหนักและป้องกันไว้ก่อน ซึ่งคณะทำงานสุขภาพคนไทยเห็นว่า หากท่านผู้อ่านได้นำไปบอกเล่าสู่กันฟัง หรือถกเถียงเพื่อค้นหาความรู้ใหม่ ถือเป็นเรื่องที่น่ายินดีและเป็นกำลังใจที่ดีให้กับพวกเรา

คณะทำงานสุขภาพคนไทย
มีนาคม 2554



12 ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ 8

1. สุขภาพกาย 10
2. สุขภาพจิต 12
3. สุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณหรือปัญญา 14
4. พฤติกรรมสุขภาพ 16
5. คุณภาพสิ่งแวดล้อม 18
6. ความมั่นคงของชีวิต 20
7. ความสัมพันธ์ในครอบครัว 22
8. ศักยภาพชุมชน 24
9. ความมั่นคงของสังคม 26
10. ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ 28
11. ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ 30
12. คุณภาพและประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพ 32



10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1. เด็กไทยไอคิวลดลง ถึงเวลาต้องปฏิรูปการศึกษาอีกครั้ง 36
2. แล้งจัดแล้วกลับน้ำท่วมหนัก: ความผิดปกติที่ต้องรับมือให้เท่าทัน 40
3. จะป้องกันไม่ให้เกิดเหตุ 2,000 ซาก ที่วัดไผ่เงินซ้ำอีกได้อย่างไร ? 45
4. ปฏิรูปประเทศไทยเพื่อแก้ไขความขัดแย้งทางการเมือง: ฟันไกล... แต่อาจไปไม่ถึง! 50
5. ยุติธรรมไม่มา ปัญหาไฟใต้ไม่จบ 55
6. ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหาย: ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ แต่หมอกลับค้าน 59
7. กฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ : ช่วยลดจำนวนการทำแท้ง และจำนวนนักเรียนออกจากโรงเรียนกลางคัน 64
8. ความ (ไม่) มั่นคงทางอาหาร จากโลก... ถึงไทย 68
9. โฆษณาสุขภาพเกินจริง ไร้การควบคุม 72
10. โรคอ้วนในสังคมบริโภค 76

สารบัญ

4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย



1. คนไร้สัญชาติในประเทศไทยได้คืนสิทธิประกันสุขภาพ : ท่าดีทีเหลว 80
2. จากสถานีอนามัย สู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จุดเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข 80
3. หลักประกันสุขภาพของไทย ความสำเร็จที่นานาชาติยอมรับ 81
4. สร้างเด็กไทยยุคใหม่ สูงใหญ่ เก่งเกินวัย ด้วยโครงการดูแลการบริโภคอาหาร 81

เรื่องพิเศษประจำฉบับ



เอชไอเอ : กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ 82

ภาคผนวก



เอกสารอ้างอิง 111

เกณฑ์ในการจัดทำรายงาน “สุขภาพคนไทย 2554” 116

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง 118

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 119

รายชื่อผู้เขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพ 119

รายชื่อคณะทำงานสุขภาพคนไทย 119



12 ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ 2554

ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

“ตัวชี้วัดสุขภาพต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ในระดับโครงสร้าง ในระดับพฤติกรรมเฉพาะคน ชุมชน และประเทศ”

“ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ” ของประเทศไทย ถูกพัฒนาขึ้นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม เครือข่ายสมัชชาสุขภาพ องค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง และผ่านกระบวนการกลั่นกรองโดยผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาชีพต่างๆ ซึ่งได้สรุปกรอบตัวชี้วัดใน 3 องค์ประกอบ ด้วยกัน ได้แก่ *หนึ่ง* สถานะสุขภาพ *สอง* ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ และ *สาม* ระบบบริการสุขภาพ

องค์ประกอบแรก สถานะสุขภาพ สุขภาพกายคนไทยมีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น เป็น 69.5 ปี และ 76.3 ปี สำหรับชายและหญิง ตามลำดับ และอัตราตายวัยแรงงานที่มีแนวโน้มลดต่ำลง จากการศึกษาใน พ.ศ. 2552 พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะในผู้ชาย มีสาเหตุอันดับแรกมาจากการติดสุรา และในผู้หญิงจากโรคเบาหวาน แทนที่เอชไอวี / เอดส์ ซึ่งเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะในอันดับต้นๆ เมื่อ พ.ศ. 2547 มะเร็งและเนื้องอก และอุบัติเหตุ ยังคงเป็นสาเหตุการตายที่มีอัตราสูงที่สุดของคนไทย การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน นับเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องเร่งป้องกันและดูแล

จากการประเมินสุขภาพจิตใน พ.ศ. 2551 และ 2552 พบสถานการณ์ที่ดีขึ้นเช่นกัน คนไทยส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน มีค่าคะแนนเฉลี่ยชี้วัดระดับของสุขภาพจิตและความสุขของการดำรงชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น สัดส่วนของคนไทยที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตลดน้อยลงซึ่งสอดคล้องกับตัวเลขอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จที่ลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จากอัตรา 8.6 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2542 เป็น 5.7 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2552 เกี่ยวกับ “คุณภาพของจิตใจ” ซึ่งเป็นตัวชี้วัดสุขภาวะทางปัญญาในมิติหนึ่ง โดยแสดงออกในลักษณะของพฤติกรรมการขอโทษเมื่อกระทำผิด การให้อภัยแก่ผู้อื่นความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ และให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เดือดร้อน ก็พบว่า เป็นไปในทางที่ดีขึ้น แม้จะมีข้อบ่งชี้บางอย่างถึงความเคร่งครัดและการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาของคนไทยที่มีแนวโน้มลดลง

องค์ประกอบที่สอง ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพนับว่าดีขึ้นในหลายด้าน จำนวนผู้ที่บริโภคแอลกอฮอล์ในระดับอันตราย ผู้ที่สูบบุหรี่ ผู้ที่มีกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีสัดส่วนที่ลดลง ในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ยังพบพฤติกรรมที่ “ขาด” และ “เกิน” ในการเลือกกินอาหารบางประเภท นั่นคือ มีการกินผักผลไม้ลดน้อยลง แต่ยังนิยมกินอาหารจานด่วน ไขมันสูง และพวกขนมหวาน น้ำอัดลม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยเด็ก จากการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายใน พ.ศ. 2551 – 2552 พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงสูงถึงร้อยละ 34.7 และ 32.1 ตามลำดับ การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนแม่วัยรุ่น โดยเฉพาะในช่วงอายุที่น้อยลง ระหว่าง 10 – 14 ปี เป็นข้อสังเกตต่อพฤติกรรมด้านอนามัยเจริญพันธุ์ที่ต้องได้รับการใส่ใจและดูแล ในด้านสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ในภาพรวมนั้นดีขึ้น ทั้งเรื่องอากาศ ฝุ่นละออง น้ำ ขยะและกลิ่นเหม็น แต่การร่วมใจและประสานกำลังในการพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นยังคงเป็นเรื่องที่สำคัญ

แม้สัดส่วนครัวเรือนที่มีปัญหาหนี้สิน ไม่มีเงินออมและไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองจะยังคงสูง แต่การลดลงอย่างต่อเนื่องของสัดส่วนคนจนในประเทศ ที่เหลือเพียงร้อยละ 8.1 ใน พ.ศ. 2552 ถือเป็นภาพสะท้อนด้านบวกของความมั่นคงในชีวิตคนไทยที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างในการกระจายรายได้ระหว่างคนรวยและคนจนที่สูงถึง 11 – 15 เท่า ซึ่งเป็นรากเหง้าของปัญหาความไม่เท่าเทียมกันในสังคมด้านอื่นๆ รวมถึงด้านสุขภาพของคนไทยที่ยังคงไม่มีแนวโน้มลดลง จึงเป็นเป็นความเปราะบางที่จะกระทบต่อความมั่นคงรวมถึงเสถียรภาพของสังคมไทยในอนาคตได้ นอกจากนี้ การพัฒนาศักยภาพชุมชนไทย ซึ่งจาก “ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง” ที่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ก็เป็นอีกประเด็นที่ต้องได้รับความสำคัญควบคู่กันไปในการสร้างความเข้มแข็งและความมั่นคงของประเทศตั้งแต่ในระดับฐานราก

เมื่อพิจารณา “ดัชนีครอบครัวอบอุ่น” ของประเทศที่อยู่ในระดับต้องเร่งแก้ไขและปรับปรุง เช่นเดียวกับสัดส่วนพ่อและแม่เลี้ยงเดี่ยวที่สูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงสถานการณ์ความสัมพันธ์ในครัวเรือนไทยว่ากำลังมีปัญหา โดยเฉพาะในด้านบทบาทหน้าที่และสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น “ครอบครัว” ถือเป็น ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพของแต่ละบุคคลที่มีบทบาทสำคัญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สภาพปัญหาเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพคนไทย

องค์ประกอบที่สาม ระบบบริการสุขภาพ

จากการดำเนินโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กล่าวได้ว่า คนไทยเกือบร้อยละ 100 มีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นได้ โดยมีภาระและความเสี่ยงอันเกิดจากค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลที่ลดน้อยลง จำนวนครัวเรือนที่ยากจนจากการเจ็บป่วยลดลงจาก 280,000 ครัวเรือน ใน พ.ศ. 2543 เหลือ 88,000 ครัวเรือน ใน พ.ศ. 2551 อย่างไรก็ตาม พบว่า การอุดหนุนงบประมาณภาครัฐในด้านสุขภาพยังมีลักษณะที่ไม่เท่าเทียม โดยเฉพาะในการให้บริการผู้ป่วยในที่โน้มเอียงไปยังคนรวยมากกว่าคนจน เช่นเดียวกับการกระจายทรัพยากรทางสุขภาพ โดยเฉพาะบุคลากร และครุภัณฑ์ที่มีลักษณะกระจุกตัวสูง เมื่อพิจารณาในด้านประสิทธิภาพจากสถานะสุขภาพของคนไทยโดยรวมเปรียบเทียบกับรายจ่ายสุขภาพรวมทั้งประเทศ ซึ่งอยู่ในระดับที่ดีกว่าหลายประเทศ ชี้ให้เห็นถึงความมีประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยในระดับหนึ่ง โดยที่ผ่านมารายจ่ายสุขภาพรวมของไทยค่อนข้างคงที่ คิดเป็นประมาณร้อยละ 3.5 – 4.0 ของมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ หรือ GDP แต่การเพิ่มขึ้นของสัดส่วนรายจ่ายด้านยา โดยเฉพาะยานอกบัญชียาหลักซึ่งมีราคาแพง ถือเป็นประเด็นที่ต้องมีการกำกับและดูแลอย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับในเรื่องคุณภาพและประสิทธิผลของการรักษาที่พบอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอกที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในหรือการเสียชีวิตใน 28 วันจะลดลงก็ตาม

สุขภาพกาย

ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

“ระหว่าง พ.ศ. 2548 – 2552 คนไทยป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ความดัน เบาหวาน หัวใจ เพิ่มขึ้นถึง 1.5 เท่า กว่าร้อยละ 60 (เกือบสองในสาม) ของภาระโรคเกิดจากโรคไม่ติดต่อ”

คนไทยมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แม้ผู้หญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ที่ยาวกว่าผู้ชาย แต่กลับสูญเสียช่วงชีวิตที่มีสุขภาวะสมบูรณ์ในสัดส่วนที่สูงกว่า อัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สูงขึ้น เป็นประเด็นที่ต้องเร่งแก้ไข

จากระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ วิทยาการทางการแพทย์สมัยใหม่ การปกป้องทางสังคมและการเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่ดีขึ้นของประเทศ อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยมีทิศทางที่ยืนยาวขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการคาดประมาณล่าสุด ณ กลางปี พ.ศ. 2554 ประชากรไทยชายและหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 69.5 และ 76.3 ปี และเมื่อถึงอายุ 60 ปี โดยเฉลี่ยก็ยังสามารถคาดหวังที่จะมีชีวิตยืนยาวได้อีก 19.4 ปี และ 21.9 ปี ตามลำดับ

อย่างไรก็ตาม จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดนี้ อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี หรือปีที่มีชีวิตโดยปราศจากโรคภัย (HALE) ใน พ.ศ. 2552 เป็นสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 92 และ 88 ในชายและหญิงตามลำดับ และลดลงเหลือร้อยละ 75 และ 73 เมื่ออายุ 60 ปี การสูญเสียปีที่มีความสมบูรณ์ของสุขภาวะนี้ มีค่าเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น แม้ผู้หญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวกว่าผู้ชาย แต่มีสัดส่วนของการมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ และการสูญเสียปีชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์ที่มากกว่า สาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะ ในผู้ชายมาจากการติดสุราและอุบัติเหตุจราจร และในผู้หญิงจากโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมอง

การประมาณค่าอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนเป็นรายปี แต่**อัตราตายวัยแรงงาน** (อายุ 15 – 59 ปี) ที่มีแนวโน้มลดลง แสดงว่า สุขภาพกายของคนไทยมีทิศทางดีขึ้น อย่างไรก็ตาม การตายด้วยโรคมะเร็งและอุบัติเหตุซึ่งมีอัตราที่สูง และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ รวมถึงอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นรวดเร็วอย่างต่อเนื่อง ยังคงเป็นปัญหาและเป็นประเด็นที่ภาครัฐ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ต้องเร่งหาทางป้องกันและแก้ไข

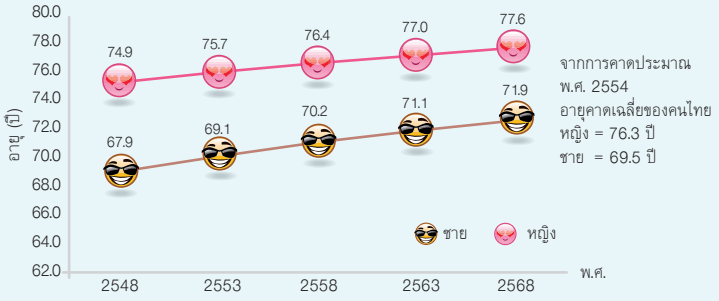
อายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี หรือ HALE จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2552

	ชาย		หญิง	
	อายุคาดเฉลี่ย (ปี)	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (ปี)	อายุคาดเฉลี่ย (ปี)	อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (ปี)
เมื่อแรกเกิด	71.0	65.0	77.5	68.1
ณ อายุ 60 ปี	20	15	22	16

ที่มา: คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

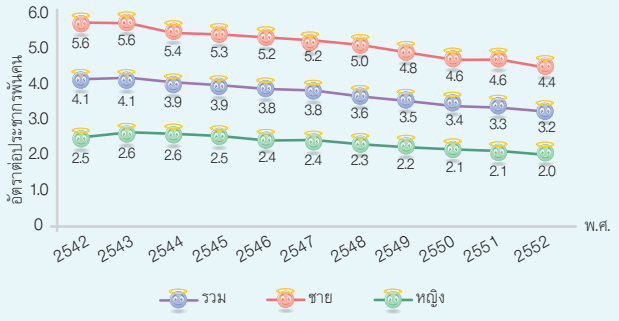
HALE หรือ Health – Adjusted Life Expectancy หมายถึง การคาดประมาณจำนวนปีโดยเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ของประชากร โดยปรับค่าร่วมกับระดับสถานะสุขภาพในแต่ละช่วงชีวิต ซึ่งมีการให้น้ำหนักตั้งแต่ 0 ซึ่งหมายถึง “การตาย” ไปจนถึง 1 ซึ่งหมายถึง “สุขภาพสมบูรณ์ที่สุด” จำนวนปีเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่จะถูกปรับค่าให้ลดลง หากประชากรทุกคนไม่ได้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ที่สุด

อายุคาดเฉลี่ย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2548-2568



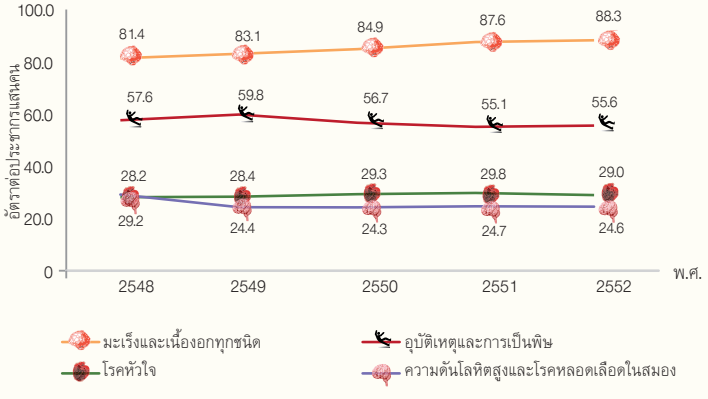
ที่มา: 1) การคาดประมาณใน พ.ศ. 2548 - 2568 จากการฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568
2) การคาดประมาณใน พ.ศ. 2554 จากสารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล

อัตราตายวัยแรงงาน (15-59 ปี) จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2542-2552



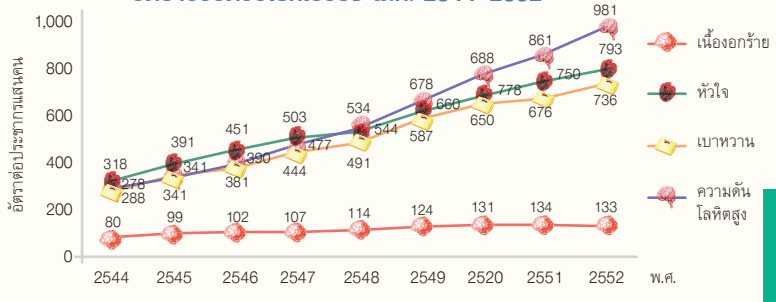
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

อัตราตายตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548-2552



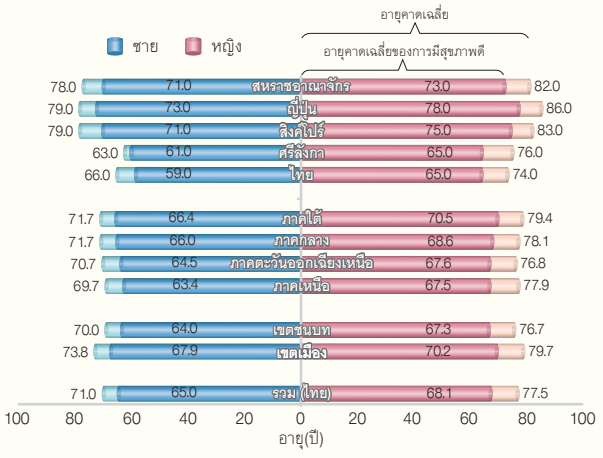
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พ.ศ. 2544-2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

อายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) จำแนกตามเพศและภาค และเปรียบเทียบกับประเทศอื่น



หมายเหตุ: 1) ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี เปรียบเทียบประเทศไทย กับประเทศอื่น จากฐานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นข้อมูลใน พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2550 ตามลำดับ
2) ข้อมูลอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดีของประเทศไทย จำแนกตามเพศและภาค เป็นข้อมูลใน พ.ศ. 2552

ที่มา: คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs – Disability Adjusted Life Year) ซึ่งหน่วยเท่ากับการสูญเสียช่วงอายุของการมีสุขภาพดี คำนวณเป็นจำนวนปี โดย

DALY = ปีที่สูญเสียไปเพราะตายก่อนถึงวัยอันควร + ปีที่สูญเสียเพราะเจ็บป่วยหรือพิการ

การสูญเสียปีสุขภาวะสิบอันดับแรกของคนไทย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552

อันดับ	ชาย		หญิง	
	2547	2552	2547	2552
1	เอชไอวี / เอดส์	ติดสุรา	หลอดเลือดสมอง	เบาหวาน
2	อุบัติเหตุจราจร	อุบัติเหตุจราจร	เอชไอวี / เอดส์	หลอดเลือดสมอง
3	หลอดเลือดสมอง	หลอดเลือดสมอง	เบาหวาน	ซึมเศร้า
4	ติดสุรา	เอชไอวี / เอดส์	ซึมเศร้า	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด
5	มะเร็งตับ	มะเร็งตับ	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	ข้อเข่าเสื่อม
6	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	ข้อเข่าเสื่อม	เอชไอวี / เอดส์
7	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	เบาหวาน	อุบัติเหตุจราจร	ต้อกระจก
8	เบาหวาน	ตับแข็ง	มะเร็งตับ	อุบัติเหตุจราจร
9	ตับแข็ง	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	หูตึง	โลหิตจาง
10	ซึมเศร้า	ซึมเศร้า	โลหิตจาง	มะเร็งตับ

หมายเหตุ: การสูญเสียปีสุขภาวะ พ.ศ. 2552 เป็นผลเบื้องต้น ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2554
ที่มา: คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

2 สุขภาพจิต

นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล
กรมสุขภาพจิต

“คนไทยมีความสุขมากขึ้น ยกเว้นในกรุงเทพฯ ในช่วง 10 ปี (พ.ศ. 2542 – 2552) การฆ่าตัวตายลดลง 1 ใน 3 แต่ในหลายพื้นที่เสี่ยง โดยเฉพาะภาคเหนือตอนบนยังคงมีอัตราสูง”

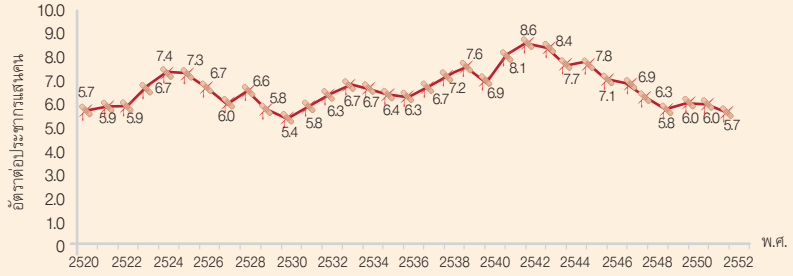
สุขภาพจิตเป็นผลของปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา เศรษฐกิจ การเมือง และกระบวนการภายในใจของคน นโยบายที่จะช่วยสร้างความสุขให้แก่ประชาชน ควรสร้างความผูกพันและสายสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว สร้างอาชีพการงานที่มั่นคง สนับสนุนให้คนเข้าถึงกิจกรรมทางศาสนาและมีส่วนร่วมในชุมชน และให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มเสี่ยง เช่น หัวหน้าครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ผู้ด้อยโอกาส และผู้พิการ

ตัวชี้วัดสถานการณ์สุขภาพจิตที่เข้าใจง่ายที่สุด คือ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและตัวชี้วัดความสุขของประชากร อัตราการฆ่าตัวตายของไทยเพิ่มจาก 7.2 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2538 เป็น 8.6 ใน พ.ศ. 2542 สองปีหลังวิกฤติเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นสถิติสูงสุดเท่าที่เคยมีการบันทึก จากมาตรการมุ่งเน้นการค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพบริการผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเอง พัฒนาระบบข้อมูลในพื้นที่ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การสื่อสารสาธารณะ ตลอดจนการสร้างนวัตกรรมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงทุกปี โดยมีอัตราอยู่ที่ 5.7 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2552 อย่างไรก็ตาม หลายจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนบน เช่น เชียงใหม่ ลำพูน เชียงราย ยังคงเป็นพื้นที่เสี่ยงที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่า 13 ต่อประชากรแสนคน

จากการสำรวจด้วยแบบประเมินความสุขหรือสุขภาพจิตคนไทย ชุดสั้น 15 ข้อคำถาม ของกรมสุขภาพจิต ร่วมกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีค่าคะแนนระหว่าง 0 – 45 คะแนน พบว่า ใน พ.ศ. 2552 คนไทยมีความสุขหรือสุขภาพจิตที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับ พ.ศ. 2551 ร้อยละของประชากรที่มีความสุขน้อยหรือได้คะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยง มีสัดส่วนลดลง ยกเว้นในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในระดับบุคคล การศึกษาและรายได้ที่สูงขึ้น การงานที่มั่นคงโดยเฉพาะในภาครัฐ เป็นปัจจัยด้านบวกต่อความสุขของคนไทย ในขณะที่การเป็นหัวหน้าหรือผู้นำครอบครัวโดยเฉพาะครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว การไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และการมีสมาชิกในครัวเรือนเป็นผู้พิการ เพิ่มความเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ในระดับพื้นที่พบว่า จังหวัดที่มีรายได้สูงกลับมีสัดส่วนประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต สูงกว่าจังหวัดที่มีรายได้ต่ำกว่า

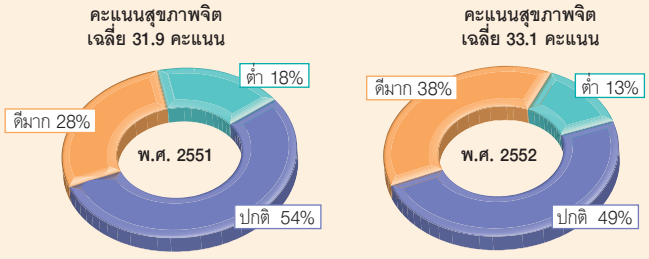
ในด้านของทรัพยากรทางสุขภาพ การเพิ่มการผลิต รวมถึงการกระจายบุคลากรในบริการสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ในแต่ละภูมิภาคของประเทศให้อยู่ในสัดส่วนที่เหมาะสม เป็นเรื่องที่ควรเร่งพิจารณา

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2520 - 2552



ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

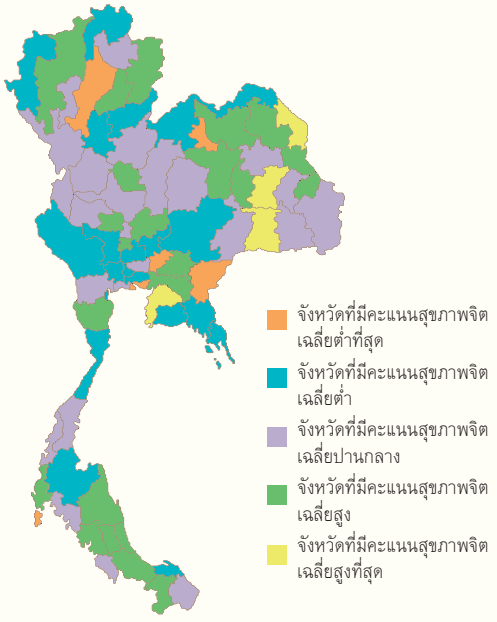
ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเกณฑ์คะแนนสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และ 2552



จากการสำรวจโดยใช้ "แบบสำรวจสุขภาพจิตคนไทย" 15 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 0 – 3 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว ใช้คะแนนรวมเปรียบเทียบกับเกณฑ์กำหนดดังนี้
คะแนนรวม 35-45 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (ดีมาก)
คะแนนรวม 28-34 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป (ปกติ)
คะแนนรวม 27 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ต่ำ)

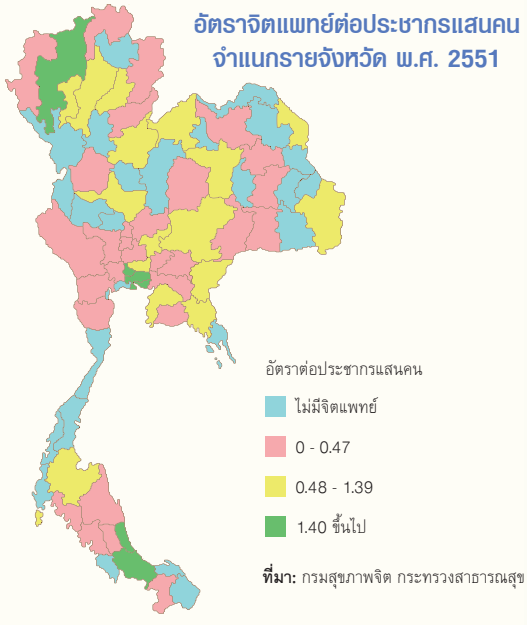
หมายเหตุ: ตามกรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ คะแนนสุขภาพจิตตามเกณฑ์กำหนดนี้ สามารถใช้เป็นตัวชี้วัด "ความสุขในการดำรงชีวิต"
ที่มา: โครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

ระดับคะแนนสุขภาพจิตของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกรายจังหวัด พ.ศ. 2552



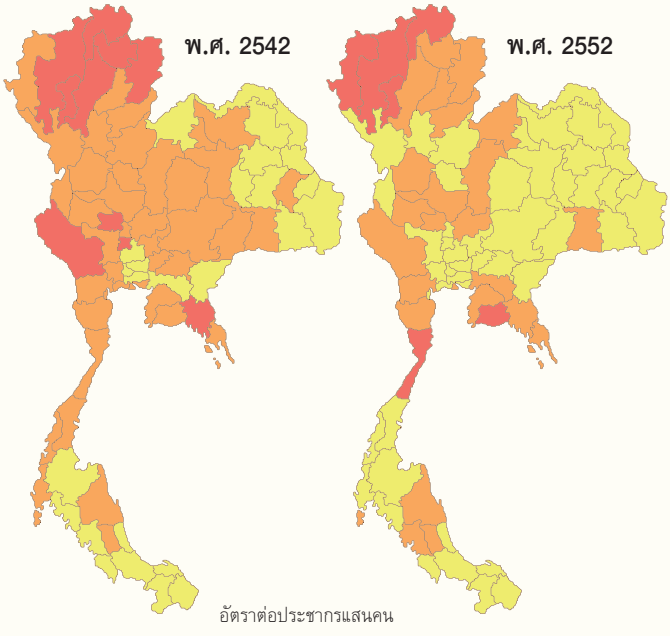
ที่มา: อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และคณะ (2554) โดยใช้ข้อมูลจาก โครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

อัตราจิตแพทย์ต่อประชากรแสนคน จำแนกรายจังหวัด พ.ศ. 2551



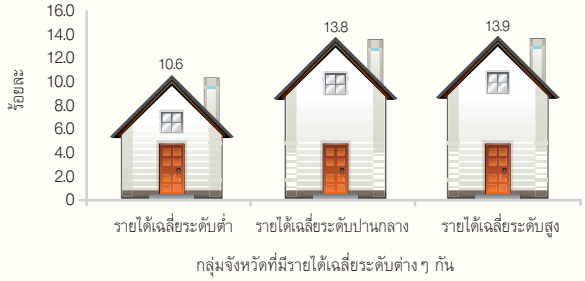
ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

อัตราการฆ่าตัวตาย จำแนกรายจังหวัด พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2552



ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำแนกตามระดับรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของจังหวัด พ.ศ. 2552



หมายเหตุ: ตามกรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ คะแนนสุขภาพจิตตามเกณฑ์ที่กำหนดนี้ สามารถใช้เป็นตัวชี้วัด "ความสุขในการดำรงชีวิต"
ที่มา: โครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

3 สุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณหรือปัญญา

นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล
กรมสุขภาพจิต

“การพัฒนาตัวชี้วัดและคำจำกัดความเกี่ยวกับสุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญาเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการกำหนดทิศทางการสร้างเสริมสุขภาวะที่เหมาะสม”

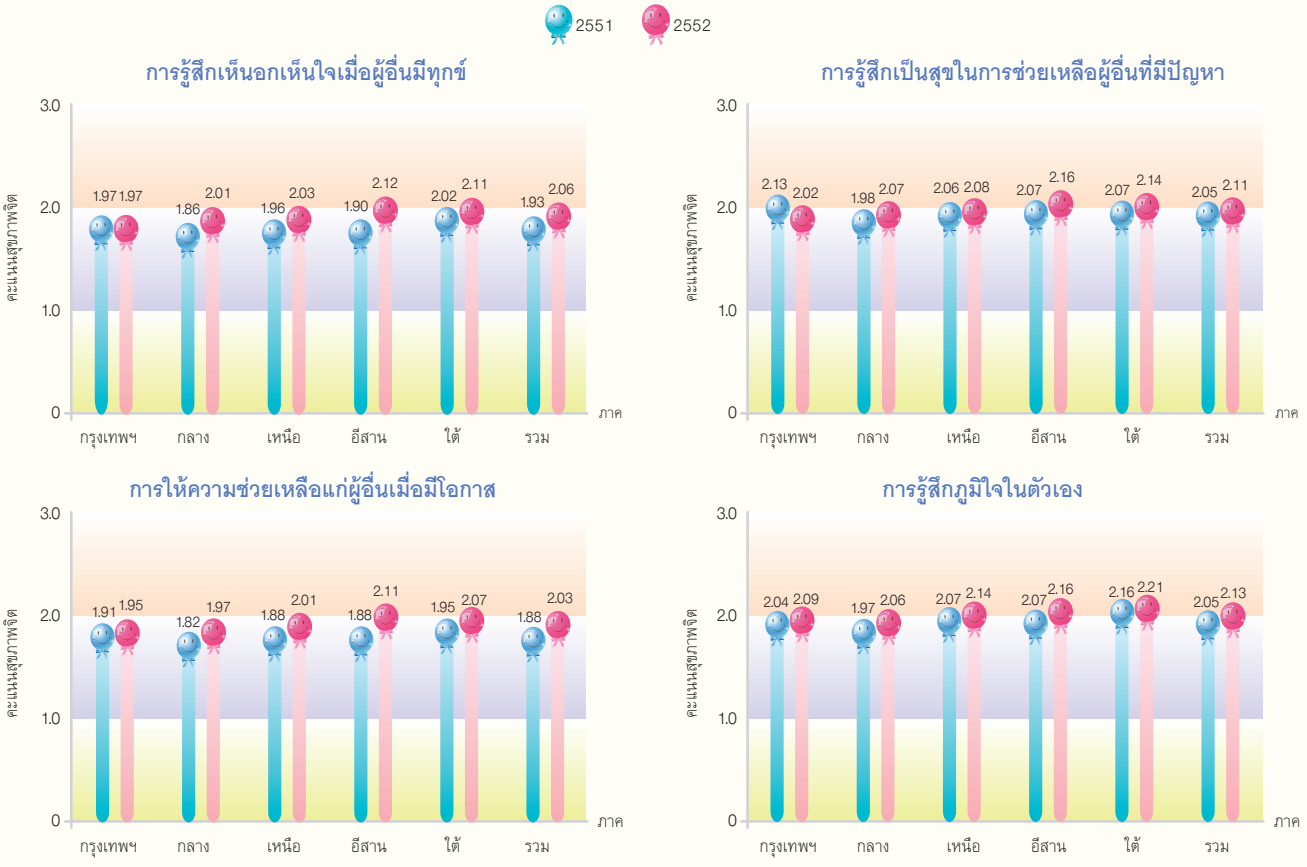
สุขภาวะทางปัญญาเป็นเรื่องคุณภาพของจิตใจที่เป็นเรื่องใกล้ตัว เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตมนุษย์ เมื่อคนเรามีจิตใจที่ประณีตขึ้น ความสุขส่วนบุคคลและความสุขของสังคมก็ย่อมมีมากขึ้น

ศ.นพ.ประเวศ วะสี กล่าวว่า “จิตวิญญาณ หรือจิตสูงนั้น หมายถึง ความดี การลดความเห็นแก่ตัว การเข้าถึงสิ่งสูงสุด สิ่งสูงสุดทางพุทธ คือ พระนิพพาน หรือปัญญา หรือวิชชา ศาสนาอื่นหมายถึง พระผู้เป็นเจ้า” สถานะของมิติทางจิตวิญญาณปรากฏเป็นทางการชัดเจนขึ้น เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินิยามความหมายของสุขภาพครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย ใจ ปัญญา และสังคม เช่นเดียวกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยเลือกใช้คำว่า “ปัญญา” แทนคำว่า “จิตวิญญาณ” รศ.ดร.ดุษฎี โยเหลา และคณะได้ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาเครื่องมือประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือปัญญาขึ้น โดยจัดแบ่งเป็น 7 องค์ประกอบ ได้แก่ กล้ายืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้อง เมตตากรุณา มีเป้าหมายและพอเพียงให้ความสำคัญกับความเป็นมนุษย์ อ่อนน้อมถ่อมตนให้อภัย และมีความเป็นมิตร อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีการสำรวจโดยใช้เครื่องมือดังกล่าวที่เป็นตัวแทนระดับประเทศ

ผลจากการสำรวจที่เป็นระบบเท่าที่มี มาจากการสำรวจภายใต้โครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี ซึ่งได้ผนวกข้อคำถามด้านคุณภาพของจิตใจ (Mental Quality) อันเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญา พบว่า ปัจจัยทางประชากรที่สัมพันธ์กับคุณภาพของจิตใจ ในการรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์ รู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา หรือการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุที่เพิ่มมากขึ้น อาชีพการงานที่มั่นคง โดยผู้หญิงและคนในชนบทมีแนวโน้มที่จะมีคุณภาพของจิตใจที่ดีกว่าผู้ชายและคนที่ใช้ชีวิตในเมือง การประพฤติปฏิบัติตนและการยึดถือคำสอนทางศาสนาถือเป็นวิถีทางหนึ่งในการกล่อมเกลาจิตวิญญาณและเสริมสร้างปัญญาให้มีสุขภาวะที่ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ดี ในสังคมยุคปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่า คนไทยค่อนข้างที่จะอยู่ห่างจากศาสนา พฤติกรรมการปฏิบัติสมาธิ และรักษาศีล รวมถึงความรู้สึกในการเคร่งศาสนามีสัดส่วนและค่าเฉลี่ยในระดับที่ต่ำ

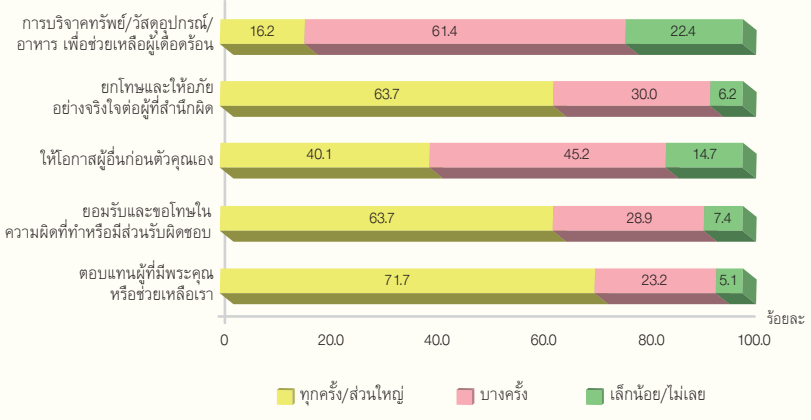
ตัวชี้วัด “สุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณหรือปัญญา” ตามกรอบ”ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ”
คือ “ดัชนีสุขภาวะทางปัญญา” ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบต่างๆ เกี่ยวกับความสงบทางจิตใจ ความมั่นคงทางจิตใจ การลดความเห็นแก่ตัว ความไม่ประมาท ความรู้และเข้าใจในความเป็นไปของชีวิตและโลก การใช้ความคิดไตร่ตรองตามเหตุผล ฯลฯ ซึ่งยังไม่มีการพัฒนาองค์ประกอบดัชนีที่เป็นมาตรฐาน และไม่มีแหล่งข้อมูลที่จัดเก็บอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย ต่อคำถามด้าน “คุณภาพของจิตใจ” ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552



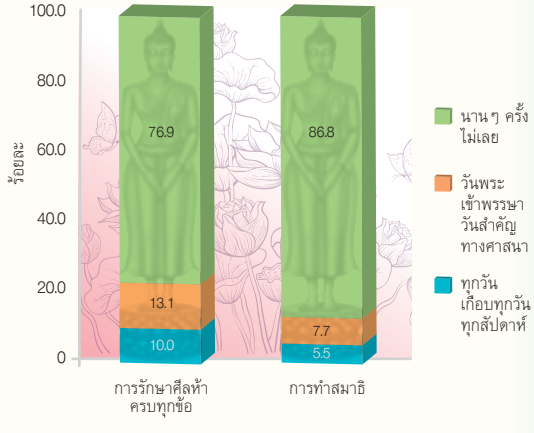
หมายเหตุ: เป็น 4 ข้อคำถามในด้านคุณภาพของจิตใจ จากการสำรวจโดยใช้ “แบบสำรวจสุขภาพจิตคนไทย” ทั้งหมด 15 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 = ไม่เลย 1 = เล็กน้อย 2 = มาก และ 3 = มากที่สุด
ที่มา: คณะทำงานสุขภาพคนไทย โดยใช้ข้อมูล
- การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพจิตใจของคนไทย พ.ศ. 2551



ที่มา: คณะทำงานสุขภาพคนไทย โดยใช้ข้อมูลการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

พฤติกรรมการรักษาศีลและการทำสมาธิของคนไทย พ.ศ. 2551



ค่าเฉลี่ยความรู้สึกเคร่งศาสนา (0-10) = 6.0

ที่มา: รศรินทร์ เกรย์, ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ เรวดี สุวรรณนพเก้า (2553)

4 พฤติกรรมสุขภาพ

คณะทำงานสุขภาพคนไทย

“1 ใน 3 ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง มากกว่า 4 ใน 5 กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอ และเกือบ 1 ใน 5 ออกกำลังหรือมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ”

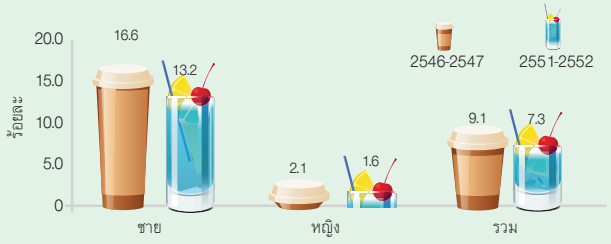
พฤติกรรมการบริโภคเหล้าและบุหรี่ของคนไทยดีขึ้น แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะผักและผลไม้ ภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง พฤติกรรมทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ยังคงเป็นประเด็นที่รอการดูแลและแก้ไข

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่และยาสูบ ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการสูญเสียสุขภาวะที่สำคัญของคนไทย ปรับเปลี่ยนในทิศทางที่ดีขึ้น สัดส่วนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายในรอบปีที่ผ่านมา และสูบบุหรี่ มีสัดส่วนที่ต่ำและมีแนวโน้มลดลง โดยอยู่ที่ร้อยละ 7.3 และร้อยละ 23.7 ตามลำดับ จากการสำรวจใน พ.ศ. 2551 – 2552 ที่น่ากังวล คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่รวมถึงปริมาณการสูบต่อวันของผู้หญิงไทยที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

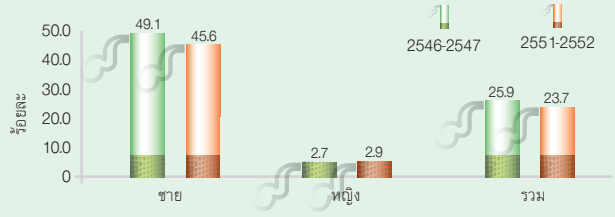
พฤติกรรมการออกกำลังหรือมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น แม้การเลือกไม่กินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพจะดีขึ้น แต่แนวโน้มการบริโภคผักผลไม้อย่างเพียงพอกลับลดลง ซึ่งอาจจะเป็นผลเชื่อมโยงไปยังปัญหาสืบเนื่อง เกี่ยวกับสถานการณ์โรคอ้วนที่มีทิศทางแย่ลง โดยพบสัดส่วนของคนไทยที่มีภาวะอ้วนและภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มมากขึ้น

ด้านพฤติกรรมทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ในระยะเวลา 50 ปีที่ผ่านมา สัดส่วนหญิงคลอดบุตรที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ต่อหญิงคลอดบุตรทั้งหมด เพิ่มขึ้นถึงเกือบ 3 เท่า จากร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ. 2501 เป็นร้อยละ 15.5 ในปี พ.ศ. 2551 โดยในกลุ่มประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี และต่ำกว่า 15 ปี มีอัตราการคลอดคิดเป็นร้อยละ 5.04 และร้อยละ 0.11 ตามลำดับ และมีทิศทางที่ปรับสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 10 – 14 ปี ส่งผลให้อายุเฉลี่ยของแม่วัยรุ่นมีแนวโน้มลดต่ำลงเรื่อยๆ

ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระดับอันตรายต่อวัน พ.ศ. 2546-2547 และ พ.ศ. 2551-2552

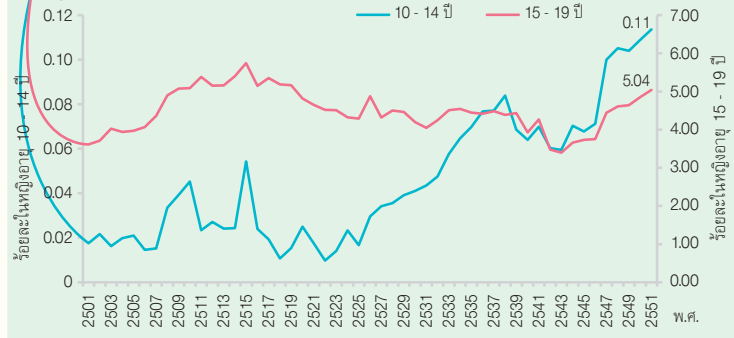


ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2546-2547 และ พ.ศ. 2551-2552



ที่มา: 1) การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2549)
2) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดย สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2553)

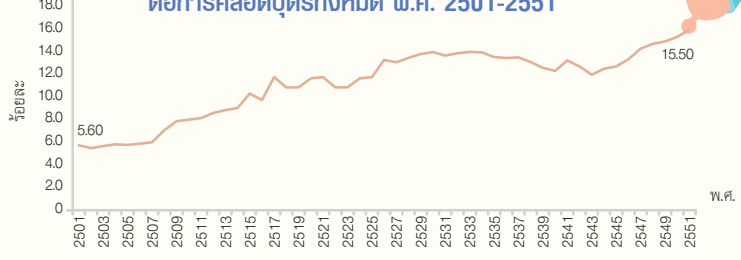
ร้อยละของแม่วัยรุ่น ในหญิงอายุ 10 - 14 ปี และอายุ 15 - 19 ปี พ.ศ. 2501-2551



หมายเหตุ: อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี และอายุ 10-14 ปี เป็นตัวชี้วัดที่ใช้นำเสนอแทน "ร้อยละการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น" ซึ่งเป็นตัวชี้วัดพฤติกรรมทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ตามกรอบ "ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ"

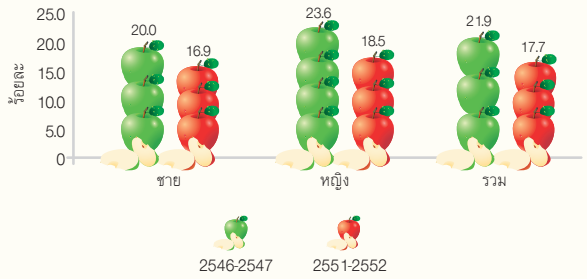
ที่มา: ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้ข้อมูลจาก สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลสำมะโนประชากร กระทรวงมหาดไทย

อัตราการคลอดบุตรของหญิงวัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) ต่อการคลอดบุตรทั้งหมด พ.ศ. 2501-2551

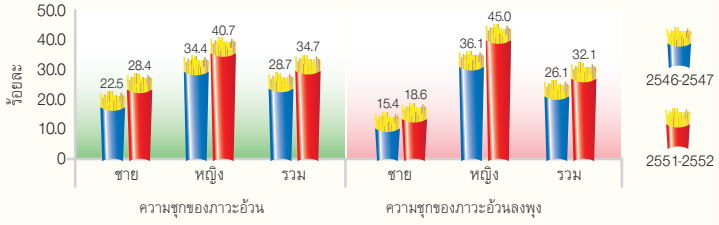


ที่มา: ปัทมา ว่าพัฒนวงศ์. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้ข้อมูลจาก สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลสำมะโนประชากร กระทรวงมหาดไทย

ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้เพียงพอ ตามข้อแนะนำ พ.ศ. 2546-2547 และ พ.ศ. 2551-2552

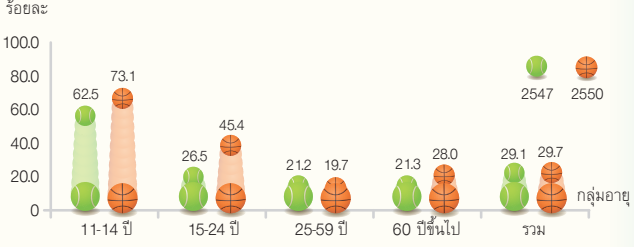


ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ขึ้นไป ที่มีภาวะอ้วนและภาวะอ้วนลงพุง พ.ศ. 2546-2547 และ พ.ศ. 2551-2552



ที่มา: 1) การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2549)
2) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดย สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2553)

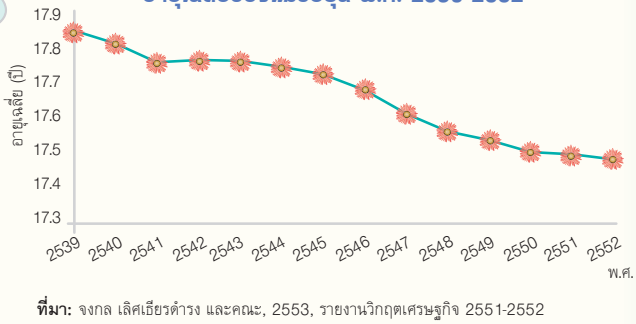
ร้อยละของคนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกาย พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550



หมายเหตุ: เฉพาะประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้สนใจความถี่และช่วงเวลาในการออกกำลังกาย

ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550. สำนักงานสถิติแห่งชาติ

อายุเฉลี่ยของแม่วัยรุ่น พ.ศ. 2539-2552



ที่มา: จงกล เลิศเอียรตำรง และคณะ, 2553, รายงานวิกฤตเศรษฐกิจ 2551-2552 กับระบบสุขภาพและสุขภาพของคนไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

5 คุณภาพสิ่งแวดล้อม

รังสรรค์ ปิ่นทอง
สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ

“คุณภาพสิ่งแวดล้อมดีขึ้น หากรัฐ เอกชน ประชาชน ร่วมใจกัน”

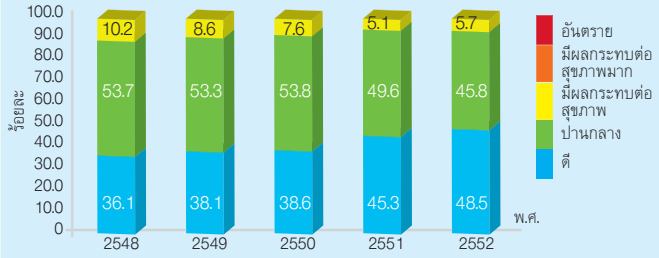
แม้สถานการณ์ในภาพรวมของสภาวะ ‘อากาศเป็นพิษ น้ำเน่าเสีย ขยะและกลิ่นเหม็น’ จะดีขึ้น แต่ปัญหาก็ยังคงมีอยู่ การใส่ใจแก้ปัญหาร่วมกันอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่จำเป็น

คุณภาพอากาศของประเทศไทยซึ่งวัดจากปริมาณสารพิษที่มีอยู่ในอากาศ อยู่ในเกณฑ์ที่ดีถึงปานกลาง และมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อย ๆ ส่วนหนึ่งมาจากการออกกฎระเบียบให้เอกชนผลิตรถยนต์ และรถจักรยานยนต์ ที่ติดตั้งระบบควบคุมฝุ่นและควันพิษ รวมทั้งบังคับให้การก่อสร้างต้องควบคุมไม่ให้เกิดฝุ่น อย่างไรก็ตาม คนไทยในภาคกลางยังมีความเสี่ยงจากอาการระคายเคืองของระบบทางเดินหายใจ และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคภูมิแพ้จากปริมาณฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) ที่ยังอยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน

จากการก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสียและเดินระบบอย่างต่อเนื่องในหลายพื้นที่ ทำให้คุณภาพน้ำของแหล่งน้ำจืดหลักในประเทศดีเพิ่มมากขึ้น แต่ยังมีบางแห่งที่เสื่อมโทรมและเสื่อมโทรมมากจากการปล่อยน้ำเสียโดยไม่ผ่านระบบบำบัด การจัดการกับปัญหาขยะโดยการนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่และการกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ได้รับความร่วมมือจากภาคประชาชนและการให้ความสำคัญจากหน่วยงานภาครัฐเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังพบการลักลอบทิ้งของเสียที่เป็นอันตรายอยู่บ่อยครั้ง

“ปัญหาสภาวะโลกร้อน” เกี่ยวข้องกับการใช้สารทำลายโอโซนในบรรยากาศ รวมทั้งการเผาไหม้เชื้อเพลิงในกระบวนการอุตสาหกรรม การใช้รถยนต์ และการเผาในที่โล่ง ซึ่งทำให้เกิดก๊าซเรือนกระจกหรือคาร์บอนไดออกไซด์ ส่งผลให้อุณหภูมิเฉลี่ยของโลกและระดับน้ำทะเลสูงขึ้น ผลที่สังเกตได้ชัดเจน คือ อุณหภูมิรายปีที่เพิ่มสูงขึ้น หน้าร้อนยาวนาน หน้าหนาวสั้นลง ฝนตกมากขึ้น น้ำท่วมทั่วทุกภาค การลดการใช้สารทำลายโอโซน โดยเฉพาะสารคลอโรฟลูโอคาร์บอน (Chloro-fluorocarbon - CFC) ลดการเผาไหม้ทุกประเภท รณรงค์ปลูกป่าและอนุรักษ์ป่าไม้ให้มีพื้นที่มากขึ้นเพื่อดูดซับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ เป็นเรื่องที่จำเป็น

ดัชนีคุณภาพอากาศเฉลี่ยทั่วประเทศ พ.ศ. 2548 – 2552



ที่มา: สำนักจัดการคุณภาพอากาศ กรมควบคุมมลพิษ

ดัชนีคุณภาพอากาศของประเทศไทยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ 0 ถึง มากกว่า 300 ซึ่งแต่ละระดับจะใช้สีเป็นสัญลักษณ์เปรียบเทียบระดับของผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย คำนวณโดยเทียบจากมาตรฐานคุณภาพอากาศในบรรยากาศโดยทั่วไปของสารมลพิษทางอากาศ 5 ประเภท ได้แก่ ก๊าซโอโซน (O_3) เฉลี่ย 1 ชั่วโมง ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO_2) เฉลี่ย 1 ชั่วโมง ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) เฉลี่ย 8 ชั่วโมง ก๊าซซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO_2) เฉลี่ย 24 ชั่วโมง และฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM10) เฉลี่ย 24 ชั่วโมง

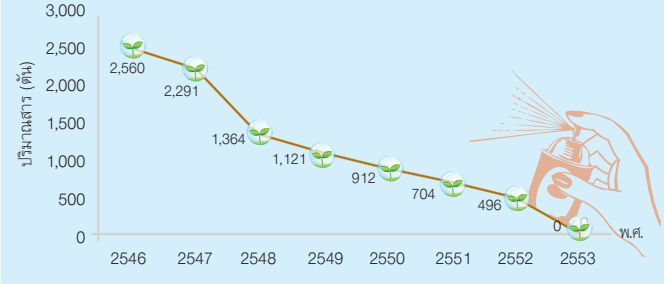
ดัชนีคุณภาพอากาศ	ความหมาย	สีที่ใช้
มากกว่า 300	อันตราย	แดง
201-300	มีผลกระทบต่อสุขภาพมาก	ส้ม
101-200	มีผลกระทบต่อสุขภาพ	เหลือง
0-100	คุณภาพปานกลาง	เขียว
0-50	คุณภาพดี	ฟ้า

คุณภาพน้ำของแหล่งน้ำจืด จำนวน 48 สาย และ 4 แหล่งน้ำนิ่ง พ.ศ. 2548-2552



ที่มา: สำนักจัดการคุณภาพน้ำ กรมควบคุมมลพิษ

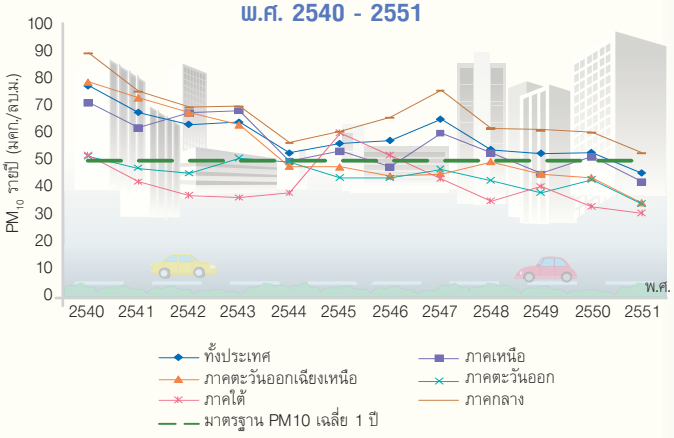
ปริมาณการนำเข้าสาร CFC พ.ศ. 2546 - 2553



หมายเหตุ: 1) นำเสนอแทน "ปริมาณการใช้สารทำลายโอโซน" ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามกรอบ "ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ" 2) ปริมาณการนำเข้าสาร CFC (Chlorofluorocarbon) ของไทย ลดลงทุกปี จากการส่งเสริมใช้สารทดแทน CFC และการงดการนำเข้าใน พ.ศ. 2553 ตามสัตยาบันในการเข้าร่วมเป็นภาคีสมาชิกของอนุสัญญาเวียนนาและพิธีสารมอนทรีออล

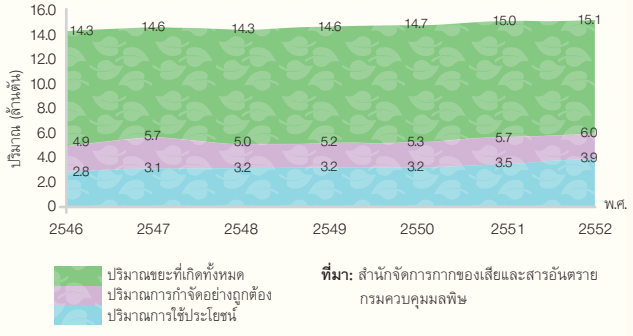
ที่มา: กรมศุลกากร, สิงหาคม 2553

ปริมาณเฉลี่ยฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) พ.ศ. 2540 - 2551



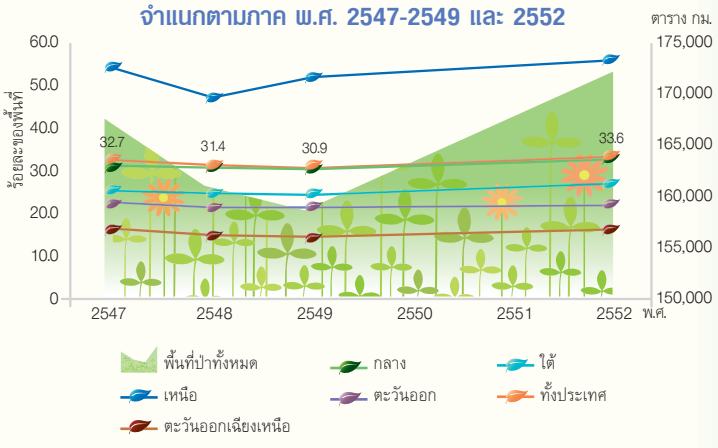
หมายเหตุ: มาตรฐานปริมาณเฉลี่ย1 ปี ไม่ควรเกิน 50 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร
ที่มา: สำนักจัดการคุณภาพอากาศ กรมควบคุมมลพิษ

ปริมาณขยะทั้งหมด ขยะที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง และใช้ประโยชน์ พ.ศ. 2546-2552



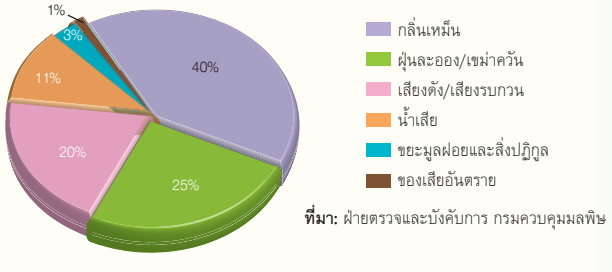
ที่มา: สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ

ร้อยละและพื้นที่ป่าไม้ของประเทศไทย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2547-2549 และ 2552



ที่มา: กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช

ปัญหามลพิษที่มีการร้องเรียน จำแนกตามประเภทปัญหา พ.ศ. 2552



ที่มา: ฝ่ายตรวจและบังคับการ กรมควบคุมมลพิษ

ความมั่นคงของชีวิต

คณะทำงานสุขภาพคนไทย

“แม้สัดส่วนคนจนจะลดลงกว่า 5 เท่า ในระยะเวลา 20 ปี แต่ปัญหาหนี้สิน การไม่มีเงินออม และหลักประกันจากการทำงาน ยังเป็นความเสี่ยงต่อความมั่นคงของชีวิตคนไทย”

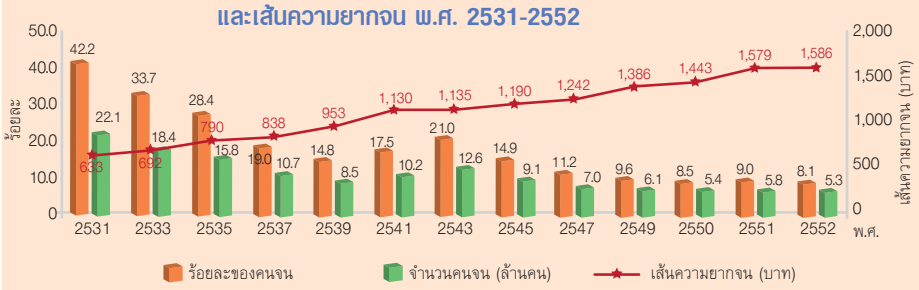
แม้ความเป็นอยู่ของคนไทยจะมีทิศทางดีขึ้นในภาพรวม การพัฒนาคนและคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะการศึกษา การประกอบอาชีพ การเข้าถึงสวัสดิการ และการปกป้องทางสังคม ยังคงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง

การเข้าถึงปัจจัยซึ่งสามารถตอบสนอง “ความต้องการขั้นพื้นฐาน” ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ได้แก่ อาหาร ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัย อันเป็นเงื่อนไขสำคัญในการมีความมั่นคงของชีวิต สามารถชี้วัดได้โดยใช้ “เส้นความยากจน” ซึ่งเป็นเกณฑ์มูลค่าความต้องการพื้นฐานที่สะท้อนออกมาในรูปของทรัพยากรหรือระดับค่าใช้จ่ายขั้นต่ำที่จำเป็นของบุคคล ในช่วงกว่า 20 ปีที่ผ่านมา สัดส่วนประชากรใต้เส้นความยากจนของประเทศไทยได้ลดลงจากร้อยละ 42.2 (พ.ศ. 2531) เหลือเพียงร้อยละ 8.1 (พ.ศ. 2552) สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นอยู่ รวมถึงความมั่นคงของชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทย แผนที่ความยากจนในช่วง 3 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2549 – 2551 แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวที่ดีขึ้นของภาวะความยากจนและความหนาแน่นของประชากรยากจนในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในภาคอีสาน ภูมิภาคที่มีประชากรยากจนอาศัยอยู่เกือบ 3 ใน 5 ของประชากรยากจนทั้งหมดในประเทศ แต่ในเชิง “อัตวิสัย” คนไทยกลับรู้สึกว่าตนเองยากจนในสัดส่วนที่สูงกว่า โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ และภาคกลาง ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีสัดส่วนคนจนต่ำที่สุดเมื่อวัดด้วยเส้นความยากจน

แม้สัดส่วนคนจนจะลดลง แต่ 1 ใน 5 ของครัวเรือนไทยยังคงไม่มีบ้านและที่ดินที่อยู่อาศัยที่เป็นของตนเอง ประมาณ 2 ใน 3 ของครัวเรือนมีภาวะหนี้สินและครัวเรือนจำนวนมากยังคงไม่มีเงินออม

ในอดีต การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นความเสี่ยงหนึ่งที่นำไปสู่ภาวะยากลำบาก ความยากจนและหนี้สินของคนไทย การมีหลักประกันทางสุขภาพเปรียบเสมือนการได้รับหลักประกันความมั่นคงของชีวิตที่มีนัยสำคัญในปัจจุบัน คนไทยที่ไม่มีหลักประกันทางสุขภาพลดลงเหลือไม่ถึงร้อยละ 1

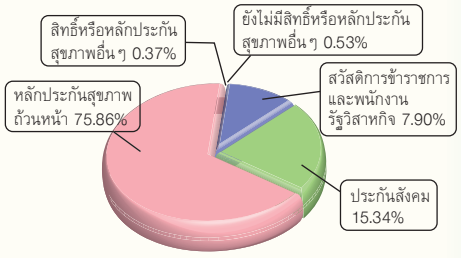
จำนวนและร้อยละของประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน (คนจน) และเส้นความยากจน พ.ศ. 2531-2552



หมายเหตุ: (1) เส้นความยากจน (Poverty line) เป็นเครื่องมือสำหรับใช้วัดภาวะความยากจน โดยคำนวณจากต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายของแต่ละบุคคลในการได้มาซึ่งอาหารและสินค้าบริการที่จำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต (2) ร้อยละของคนจน คือ จำนวนประชากรที่มีรายจ่ายเพื่อการบริโภคต่ำกว่าเส้นความยากจน หารด้วย จำนวนประชากรทั้งหมด คูณด้วย 100

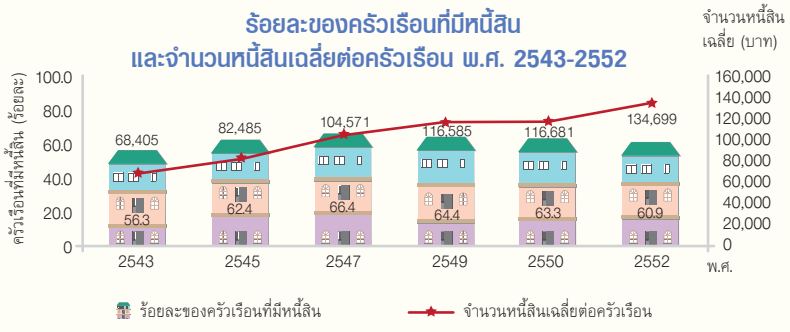
ที่มา: สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สิทธิ์และหลักประกันสุขภาพของคนไทย พ.ศ. 2552



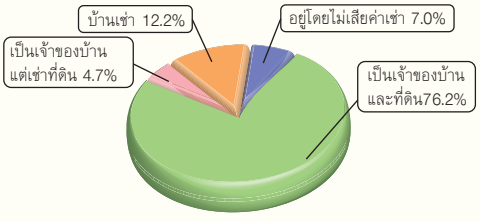
ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ร้อยละของครัวเรือนที่มีหนี้สิน และจำนวนหนี้สินเฉลี่ยต่อครัวเรือน พ.ศ. 2543-2552



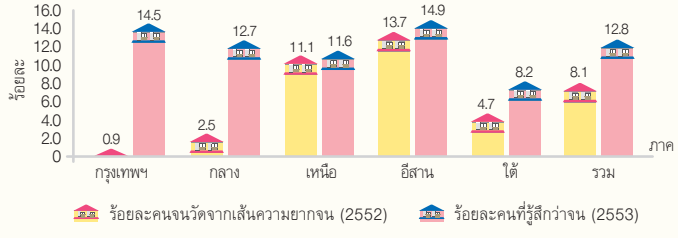
ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สถานะการครอบครองที่อยู่อาศัยของครัวเรือนไทย พ.ศ. 2550



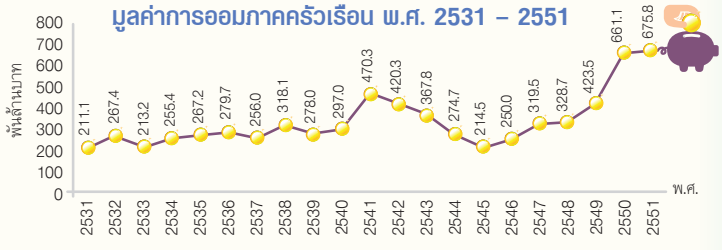
ที่มา: ประมวลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543 – 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ร้อยละของคนจน เปรียบเทียบโดยวัดด้วยเส้นความยากจน และวัดด้วยความรู้สึก จำแนกตามภาค



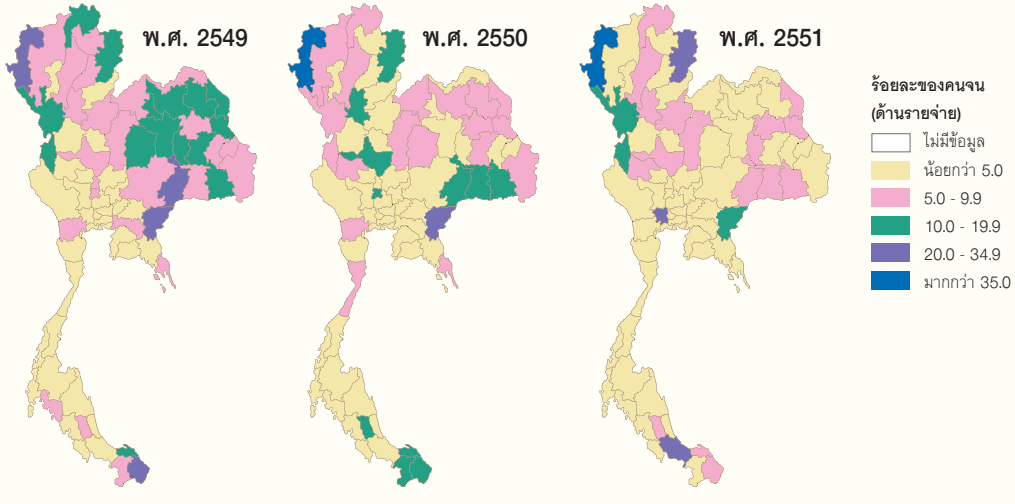
ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552 และการสำรวจความเดือดร้อนและความต้องการของประชาชน พ.ศ. 2553 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

มูลค่าการออมภาคครัวเรือน พ.ศ. 2531 – 2551



ที่มา: สำนักนโยบายการออมและการลงทุน กระทรวงการคลัง

แผนที่ความยากจนของประเทศไทย พ.ศ. 2549-2551



ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ http://sgis.nso.go.th/sgis/ (เข้าถึง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2553)

ความสัมพันธ์ในครอบครัว

7

ดร.สาวิตรี ทยานศิลป์
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

1 ใน 5 ของเด็กไทยอายุ 0 – 17 ปี ไม่ได้อาศัยอยู่กับทั้งพ่อและแม่ และอีกเกือบ 1 ใน 5 อาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่เพียงคนเดียว

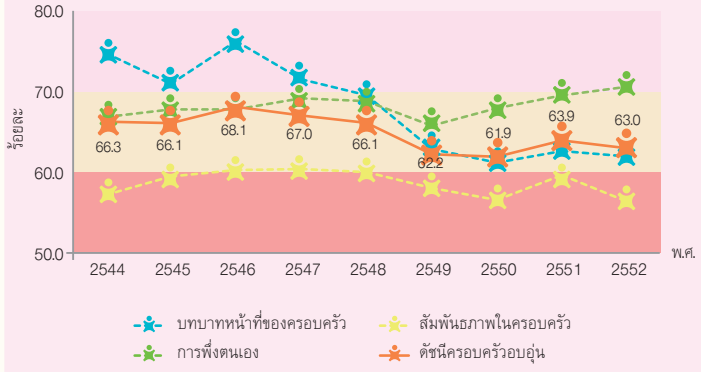
สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว สร้างได้โดยการสื่อสารที่ดีต่อกัน มีเวลาอยู่ร่วมกันอย่างคุ้มค่า แบ่งปันใส่ใจกันและกัน แต่จากสถานการณ์ของครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวที่เพิ่มขึ้น ทำให้เราต้องหันมาทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาและให้ความสำคัญอย่างจริงจัง

"การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัว" เป็นปัจจัยที่เกื้อหนุนให้คนในครอบครัวมีความรัก ความผูกพัน มีความเข้าใจกัน อภัยให้กัน และช่วยเหลือเกื้อกูลกันเมื่อยามต้องเผชิญปัญหาอุปสรรค ก่อให้เกิดเป็นครอบครัวอันอบอุ่น แต่สัมพันธภาพที่อ่อนแอ จะส่งผลให้ครอบครัวขาดความอบอุ่นและมีการหย่าร้างในอัตราที่สูงขึ้น ความจริงนี้กำลังเกิดขึ้นกับสังคมไทย จากดัชนีครอบครัวอบอุ่นที่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง อีกทั้งมีทิศทางที่แย่ลง โดยเฉพาะในด้านบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ให้การดูแลผู้สูงอายุ และการหาเลี้ยงครอบครัวของสมาชิกวัยแรงงาน นอกจากนี้ จากการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาวะครอบครัว ในพ.ศ. 2552 พบว่า ครอบครัวไทยจำนวนมาก ละเลยการปฏิบัติสิ่งดี ๆ ที่ช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นในครอบครัว เช่น การใช้วาจาที่ไพเราะต่อกัน การกล่าวคำขอโทษหรือขอบคุณคนในครอบครัว การแสดงความรักต่อกันด้วยการโอบกอดหรือสัมผัสเป็นประจำ กิจกรรมสำหรับทุกคนในครอบครัวเป็นเรื่องที่ดูเหมือนจะถูกละเลยอย่างมาก เพราะมีไม่ถึงครึ่งของครอบครัวไทยที่ใช้เวลาที่พอจะมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำ

จากการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2551 พบว่า เด็กไทยอายุระหว่าง 0 – 17 ปี ที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อและแม่ หรืออาศัยอยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ซึ่งหมายถึงครอบครัวที่มีเพียงพ่อคนเดียวหรือแม่คนเดียวมีสัดส่วนที่สูง โดยสูงที่สุดในภาคเหนือและภาคอีสาน จากงานศึกษาของ ศิวพร ปกป้อง (2552) เฉลี่ยแล้วพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวจะต้องดูแลลูกถึงเกือบ 2 คน โดยอายุเฉลี่ยของลูกคนเล็กสุดที่ต้องดูแลคือ 8.6 ปี

ลักษณะของครอบครัวที่มีเพียง "พ่ออยู่กับลูก" หรือ "แม่อยู่กับลูก" นำมาซึ่งความห่วงกังวลต่อความไม่มั่นคงและความเครียดกับบทบาทใหม่ ที่ต้องรับภาระในการจัดการเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวเพียงคนเดียว ปัญหาสำคัญที่พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวต้องเผชิญคือ ปัญหาความสัมพันธ์กับลูก ปัญหาทางเศรษฐกิจการเงิน การมีรายได้และมีงานทำ นอกจากนี้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่เติบโตมาจากครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่ดูแลเพียงลำพังก็เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญ

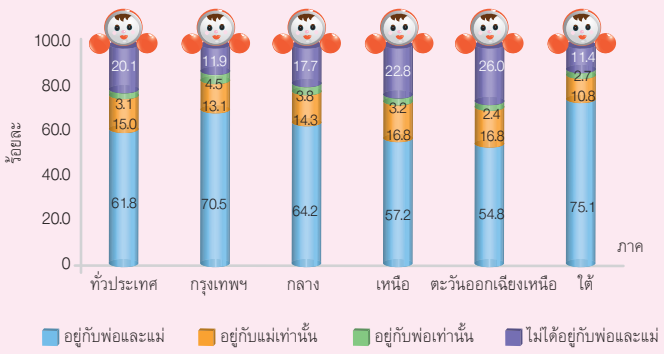
ดัชนีครอบครัวอบอุ่นและองค์ประกอบ พ.ศ. 2544-2552



ที่มา: พ.ศ. 2544 -2548 จาก "ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย: ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (มกราคม 2552)", พ.ศ. 2549 - 2552 จาก "รายงานการติดตามประเมินผล 3 ปี แรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (สิงหาคม 2553)", สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง 5 ระดับ	
ระดับ	เกณฑ์คะแนน
ดีมาก	90.0-100.0
ดี	80.0-89.9
ปานกลาง	70.0-79.9
ต้องปรับปรุง	60.0-69.9
เร่งแก้ไข	น้อยกว่าร้อยละ 59.9

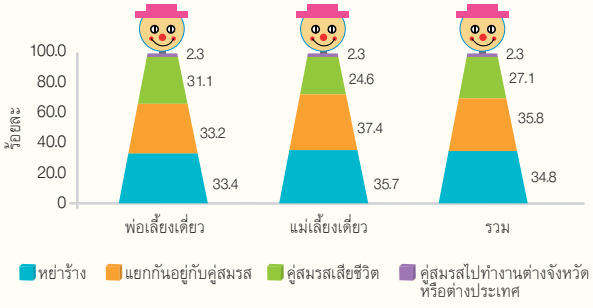
ร้อยละของเด็กไทยอายุ 0-17 ปี จำแนกตามการอยู่อาศัยกับพ่อแม่ พ.ศ. 2551



หมายเหตุ: ร้อยละของเด็กอายุ 0-17 ปี ที่อาศัย "อยู่กับพ่อเท่านั้น" หรือ "อยู่กับแม่เท่านั้น" เป็นตัวชี้วัดที่ใช้นำเสนอแทน "ร้อยละพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว" ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสัมพันธ์ในครอบครัวตามกรอบ "ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ"

ที่มา: รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

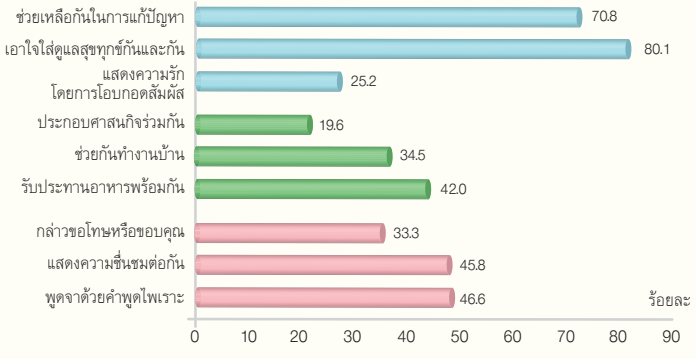
ร้อยละของพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว จำแนกตามสาเหตุ



ที่มา: การสำรวจความคิดเห็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว พ.ศ.2552. ศิวพร ปกป้อง สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

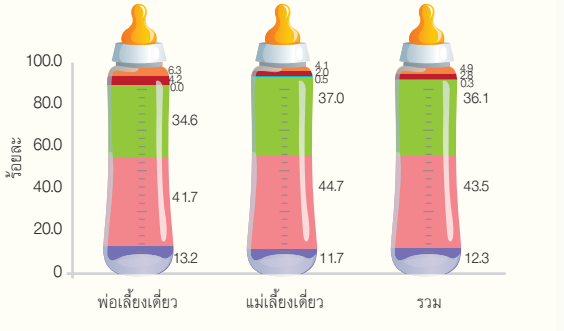
"ดัชนีครอบครัวอบอุ่น" ตามกรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ เป็นดัชนีรวม (composite index) ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ด้วยกัน คือ 1. โครงสร้างครอบครัว 2. บทบาทของครอบครัว 3. สัมพันธภาพในครอบครัว 4. องค์ประกอบด้านการพึ่งตนเองและ 5. การเกื้อกูลสังคม อย่างมีคุณธรรม แต่ "ดัชนีครอบครัวอบอุ่น" ที่นำเสนอ เป็นดัชนีที่จัดทำโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ "ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย" ประกอบด้วยองค์ประกอบ ใน 3 ด้านด้วยกัน คือ 1. บทบาทหน้าที่ครอบครัว 2. สัมพันธภาพในครอบครัว และ 3. การพึ่งพิงตนเอง

ดัชนีชี้วัดครอบครัวสื่อสารดี มีเวลาร่วมกัน และแบ่งปันใส่ใจกันและกัน



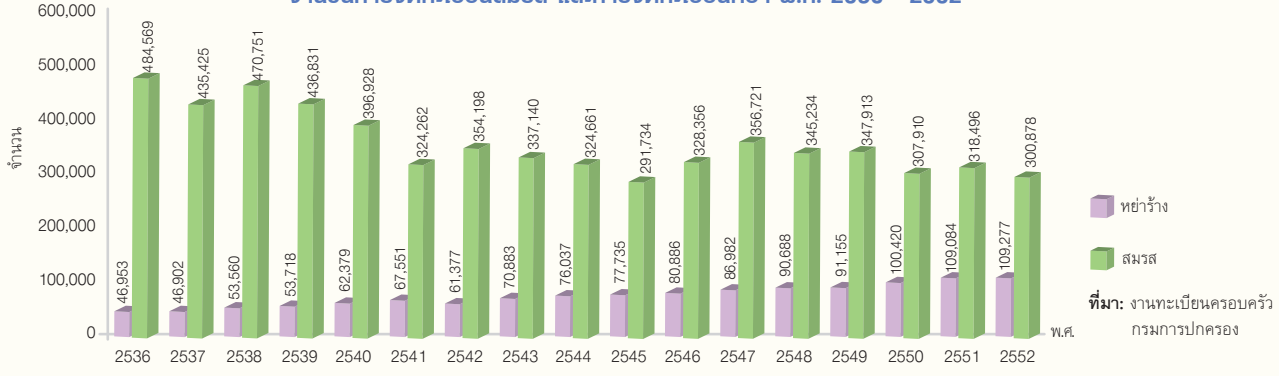
ที่มา: โครงการสร้างดัชนีชี้วัดสุขภาวะครอบครัว. 2552 โดย ศิวพร ปกป้อง, สาวิตรี ทยานศิลป์ จีรนันท์ ขำนอง และสาลินี จันทร์เจริญ. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.

ร้อยละของพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว จำแนกตามปัญหาที่ต้องเผชิญมากที่สุด



ที่มา: การสำรวจความคิดเห็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว พ.ศ. 2552. ศิวพร ปกป้อง. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.

จำนวนการจดทะเบียนสมรส และการจดทะเบียนหย่า พ.ศ. 2536 - 2552



ที่มา: งานทะเบียนครอบครัว กรมการปกครอง

8 ศักยภาพชุมชน

คณะทำงานสุขภาพคนไทย

“เกือบร้อยละ 90 ของหมู่บ้านไทย มีการจัดสวัสดิการชุมชน แต่มีเพียงร้อยละ 34.7 เท่านั้น ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง”

การพัฒนาตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียงส่งผลให้ชุมชนไทยมีศักยภาพและความเข้มแข็งเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเกื้อกูลกันในชุมชน แต่ก็ยังอยู่ในระดับต่ำ ความสามารถในการบริหารจัดการและพึ่งตนเองขององค์กรชุมชนในระยะยาวยังคงเป็นประเด็นที่ต้องเร่งส่งเสริม

ชุมชนที่เข้มแข็งเป็นปึกแผ่น มีความสามัคคีและเอื้ออาทรต่อกัน มีศักยภาพในการพึ่งตนเองและเรียนรู้เพื่อปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลง เป็นเงื่อนไขและปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการมีสุขภาวะที่ดีของคนที่อาศัยในชุมชนนั้น ๆ

“ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง” ชี้ให้เห็นว่า ชุมชนไทยมีความเข้มแข็งในระดับที่ต้องเร่งแก้ไขและปรับปรุง อย่างไรก็ตาม จากการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง ความเข้มแข็งของชุมชนปรับเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสูงขึ้นเกือบเท่าตัวในช่วง พ.ศ. 2549–2552 โดยเฉพาะในด้านการเกื้อกูลกันของชุมชนที่มีทิศทางดีขึ้นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม องค์กรชุมชนอันเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพึ่งตนเองของชุมชนกลับพบว่าอ่อนแอลง

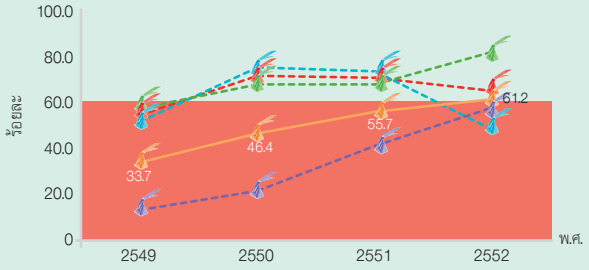
องค์กรชุมชน เช่น กลุ่มสหกรณ์และกลุ่มเกษตรกรที่มีความเข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ โดยสามารถบริหารจัดการการเงินภายในกลุ่มได้อย่างมีเสถียรภาพในระดับมั่นคงดีขึ้นไป มีเพียงประมาณ 1 ใน 4 ของทั้งหมด แม้ในภาพรวม การรวมกลุ่มอาชีพ กลุ่มธุรกิจ วิสาหกิจ และการจัดสวัสดิการชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนจะมีเพิ่มมากขึ้น แต่พบว่าความต่อเนื่องและความยั่งยืนของกิจกรรมการดำเนินงานยังอยู่ในอัตราที่ต่ำ ซึ่งเป็นประเด็นที่ยังคงต้องให้ความสำคัญ

การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนไทยควรมุ่งเน้นการสร้างศักยภาพของชุมชนในการสร้างเศรษฐกิจฐานรากให้แข็งแรง การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน การจัดการองค์ความรู้ ภูมิปัญญา รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสร้างเครือข่ายชุมชน เพื่อความต่อเนื่องและการพึ่งตนเองของชุมชนได้ในระยะยาว

“ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง” ตามกรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ เป็นดัชนีรวม (composite index) ซึ่งยังไม่มีการกำหนดองค์ประกอบที่ชัดเจน โดยได้ให้คำนิยาม **“ความเข้มแข็งของชุมชน”** ไว้ว่า หมายถึง “การที่ชุมชนมีการรวมตัวกันเป็นปึกแผ่น มีศักยภาพในการพึ่งตนเองและการเรียนรู้ในระดับสูง มีองค์กรในชุมชน กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง และภาคีเครือข่ายการพัฒนา ที่เข้มแข็งของชุมชน รวมทั้งมีความสามัคคี เอื้ออาทรอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข และธำรงไว้ซึ่งคุณค่าของประเพณีวัฒนธรรมและภูมิปัญญา ที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชนหรือท้องถิ่น หรือเอกลักษณ์ความเป็นไทยได้อย่างต่อเนื่อง”

“ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง” ที่นำเสนอ จัดทำโดย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของ **“ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย”** โดยประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ ด้วยกัน คือ 1. ชุมชนพึ่งตนเองได้ (ชี้วัดจาก 1.1 ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน และ 1.2 การเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง) และ 2. ชุมชนเกื้อกูลกัน (ชี้วัดจากการมีสวัสดิการชุมชน)

ดัชนีชุมชนเข้มแข็งและองค์ประกอบ พ.ศ. 2549 - 2552

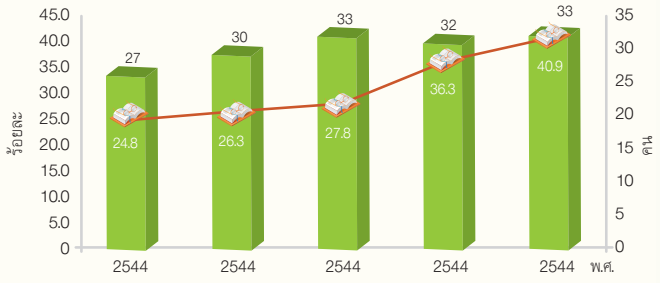


- 1. ชุมชนพึ่งตนเองได้
- 1.2 การเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง
- 1.1 ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน
- 2. ชุมชนเกื้อกูลกัน (การมีสวัสดิการชุมชน)
- ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง

ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง 5 ระดับ	
ระดับ	เกณฑ์คะแนน
ดีมาก	90.0-100.0
ดี	80.0-89.9
ปานกลาง	70.0-79.9
ต้องปรับปรุง	60.0-69.9
เร่งแก้ไข	น้อยกว่าร้อยละ 59.9

ที่มา: รายงานการติดตามประเมินผล 3 ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สิงหาคม พ.ศ. 2553

ร้อยละหมู่บ้านที่มีการเรียนรู้โดยชุมชน และจำนวนผู้มีภูมิปัญญาท้องถิ่นเฉลี่ยต่อหมู่บ้าน พ.ศ. 2544 - 2552



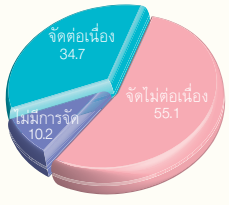
ผู้มีภูมิปัญญาท้องถิ่นเฉลี่ยต่อหมู่บ้าน (คน)

หมู่บ้านที่มีการเรียนรู้โดยชุมชน (%)

หมายเหตุ: "การเรียนรู้โดยชุมชน" ชี้วัดโดยการมีปราชญ์ชาวบ้านหรือศูนย์เรียนรู้ของชุมชน

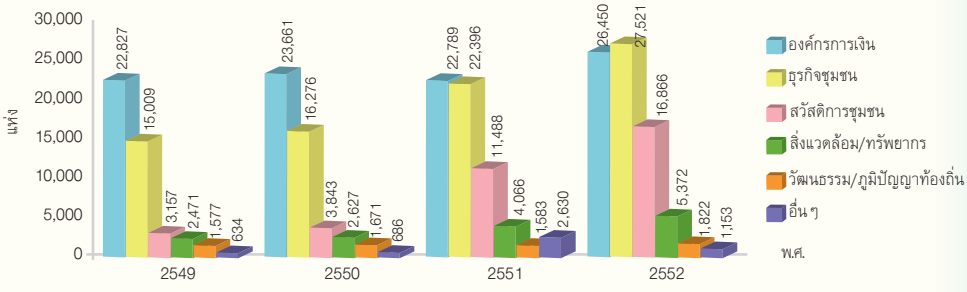
ที่มา: พ.ศ. 2544 - 2548 จาก ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย: ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (มกราคม 2552), พ.ศ. 2549 -2552 จาก รายงานการติดตามประเมินผล 3 ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (สิงหาคม 2553) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ร้อยละหมู่บ้านที่มีการจัดสวัสดิการชุมชน จำแนกตามระดับความต่อเนื่อง พ.ศ. 2550



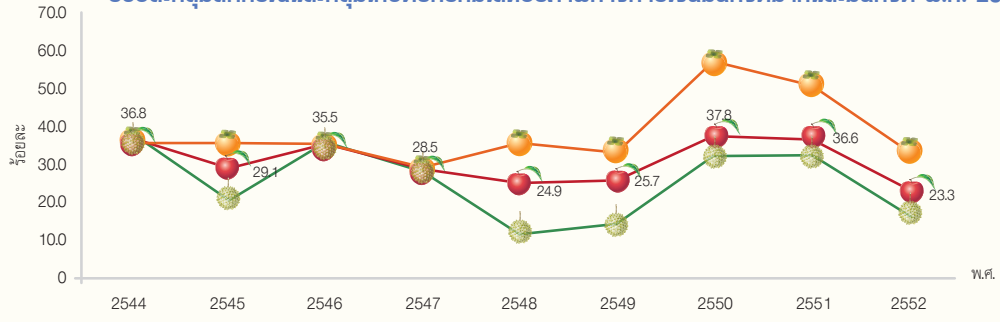
ที่มา: ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย : ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (มกราคม 2552) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

จำนวนองค์กรชุมชน จำแนกตามประเภทองค์กร พ.ศ. 2549 - 2552



ที่มา: รายงานการติดตามประเมินผล 3 ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สิงหาคม 2553)

ร้อยละกลุ่มสหกรณ์และกลุ่มเกษตรกรที่มีเสถียรภาพทางการเงินมั่นคงดีมากและมั่นคงดี พ.ศ. 2544 - 2552



ที่มา: รายงานการติดตามประเมินผล 3 ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สิงหาคม 2553)

ยุทธศาสตร์ "การฟื้นฟูชุมชนท้องถิ่น" กับเป้าหมาย "ชุมชนเข้มแข็งพึ่งตนเอง"

"ขบวนองค์กรชุมชน" ซึ่งเป็นเครือข่ายองค์กรชุมชนในประเทศไทย ในระดับต่างๆ ที่มีบทบาทในการจัดการแก้ไขปัญหาและการจัดการงานพัฒนาด้านต่างๆ รวมถึงการวางแผนกำหนดทิศทางการพัฒนาของชุมชนโดยการส่งเสริมและสนับสนุนจาก สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การฟื้นฟูชุมชนท้องถิ่น มุ่งเน้นการฟื้นฟูชุมชนท้องถิ่นโดยใช้สภาองค์กรชุมชนเป็นแกนหลักและใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งในการพัฒนา และมีตัวชี้วัดและเป้าหมายการพัฒนา ดังนี้

1. คนปรับเปลี่ยนวิธีคิดวิถีชีวิตที่เน้นการพึ่งตนเองและพอเพียง
2. ชุมชนกำหนดอนาคตจัดการชุมชนและทรัพยากรได้
3. เกิดการพัฒนาแบบองค์รวมเชื่อมโยงประเด็นงานต่างๆ เข้าด้วยกัน
4. เกิดความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างชุมชนท้องถิ่นและหน่วยงานภาคต่างๆ
5. ครอบครัวอบอุ่นอยู่ดีกินดีไม่มีหนี้สิน
6. สามารถรักษาคนให้อยู่ในท้องถิ่นคนที่ออกไปทำงานหรืออยู่ข้างนอกกลับคืนถิ่นฐานเดิม
7. วัฒนธรรมภูมิปัญญาและทุนทางสังคมได้รับการรื้อฟื้นกลับมาเป็นฐานในการดำเนินชีวิตคนมีความภูมิใจในท้องถิ่นของตนเอง
8. เกิดกระบวนการเรียนรู้และขยายผลสู่พื้นที่ข้างเคียง

ที่มา: "บัจจุบัน/ปฏิปักษ์/ปฏิรูป ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองสู่การปฏิรูปประเทศไทย" โดย สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)2553

9 ความมั่นคงของสังคม

คณะทำงานสุขภาพคนไทย

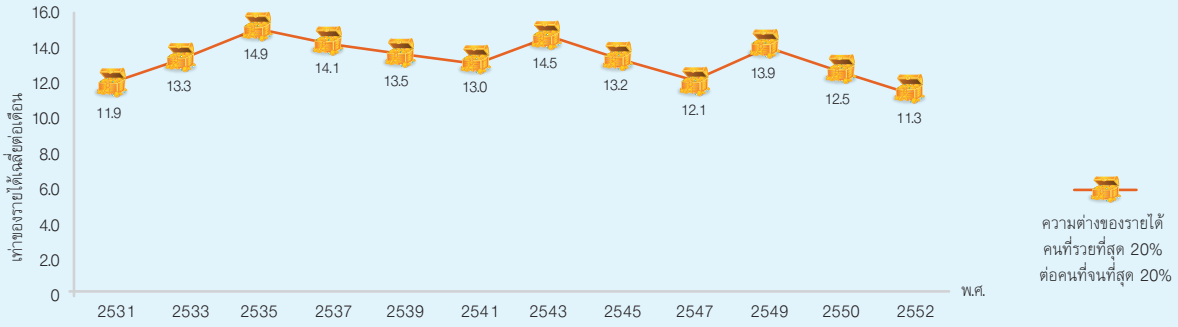
“มากกว่าครึ่งของรายได้รวมของครัวเรือนไทย ตกอยู่กับกลุ่มคนรวยที่สุด 20% โดยคนกลุ่มนี้มีรายได้เฉลี่ยที่มากกว่า กลุ่มคนจนที่สุด 20% ถึง 11.3 เท่า”

เมื่อ “ช่องว่าง” และ “ความแตกต่าง” ระหว่างกลุ่มคนหรือชนชั้นแคบลง ประชาชนมีความมั่นคงในชีวิตและคุณภาพการดำรงชีพที่ดีขึ้นและเท่าเทียมกันมากขึ้น สังคมก็ย่อมมีความมั่นคงและความสงบสุขเช่นกัน

ตลอด 20 ปีที่ผ่านมา ช่องว่างทางเศรษฐกิจของคนไทยอยู่ในระดับที่สูงและไม่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น รายได้เฉลี่ยของคนรวยที่สุด 20% เมื่อเทียบกับคนจนที่สุด 20% ในประเทศสูงถึง 11 – 15 เท่า กลุ่มคนรวยที่สุด มีรายได้ถึงร้อยละ 54 – 59 ของรายได้รวมทั้งประเทศ ในขณะที่กลุ่มคนจนที่สุดมีสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 5 อย่างไรก็ดี โครงการความช่วยเหลือต่างๆ จากภาครัฐ เช่น เงินสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุและผู้พิการ อาหารกลางวันฟรีแก่นักเรียน และทุนการศึกษาจากรัฐที่ครอบคลุมคนจนผู้มีรายได้น้อยเป็นส่วนใหญ่ รวมถึงนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้ความคุ้มครองด้านค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งเป็นภาระและความเสี่ยงที่สำคัญในกลุ่มคนจน นับเป็นความพยายามซึ่งจะมีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาชีวิตความเป็นอยู่ของคนจนและลดช่องว่างทางเศรษฐกิจในสังคมได้

ประเด็นที่น่ากังวลเกี่ยวกับความมั่นคง รวมถึงความสงบสุขของสังคมไทยในปัจจุบันคือ ปัญหาเสถียรภาพทางการเมืองที่ตกต่ำลงอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ปัญหายาเสพติดที่มีจำนวนคดีที่เกี่ยวข้องเพิ่มสูงขึ้นกว่า 3 เท่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา รวมถึงข้อกังวลในเรื่องคุณภาพของระบบการศึกษาของประเทศซึ่งเป็นเงื่อนไขที่สำคัญต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และเสริมสร้างความมั่นคงให้แก่สังคมอย่างยั่งยืนในระยะยาว

ความแตกต่างของรายได้ ระหว่างคนที่รวยที่สุด 20% ต่อคนที่จนที่สุด 20% พ.ศ. 2531 - 2552

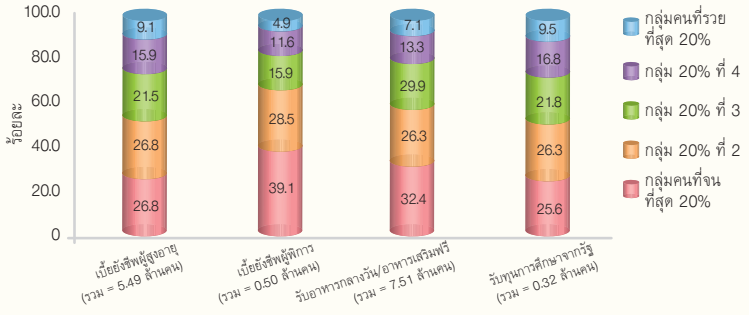


รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

คนที่จนที่สุด 20%	244	296	371	451	623	722	666	817	982	1,057	1,224	1,503
คนที่รวยที่สุด 20%	2,897	3,927	5,525	6,342	8,412	9,417	9,687	10,808	11,871	14,707	15,248	16,993

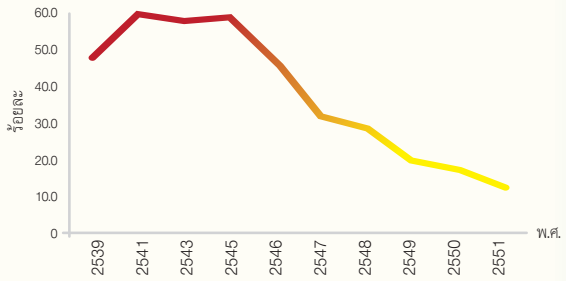
ที่มา: สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สวัสดิการภาครัฐ 4 ประเภท จำแนกตามกลุ่มประชากร โดยสถานภาพทางเศรษฐกิจ พ.ศ. 2552



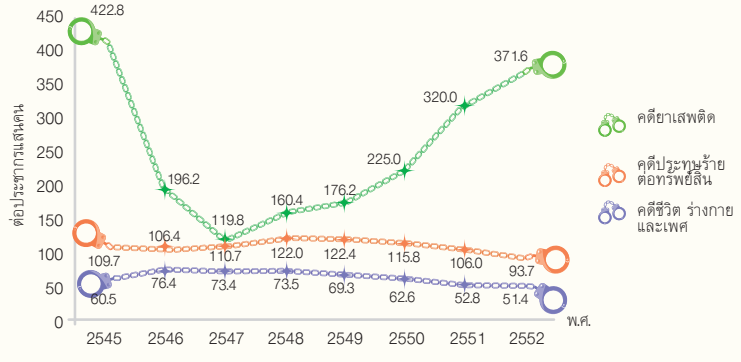
ที่มา: ประมวลข้อมูลจากการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2552

ดัชนีเสถียรภาพทางการเมืองของประเทศไทย โดยธนาคารโลก พ.ศ. 2539-2551



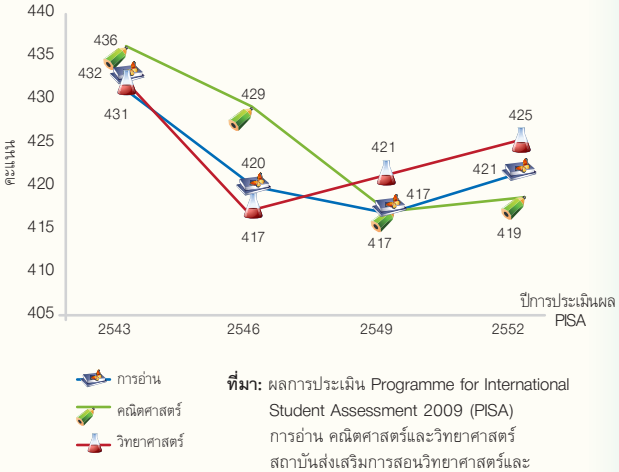
ที่มา: รายงานการพัฒนาคนของประเทศไทย พ.ศ. 2552, ความมั่นคงของมนุษย์ในปัจจุบันและอนาคต, สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (United Nations Development Programme: UNDP)

สัดส่วนคดีอาชญากรรมต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2545 - 2552



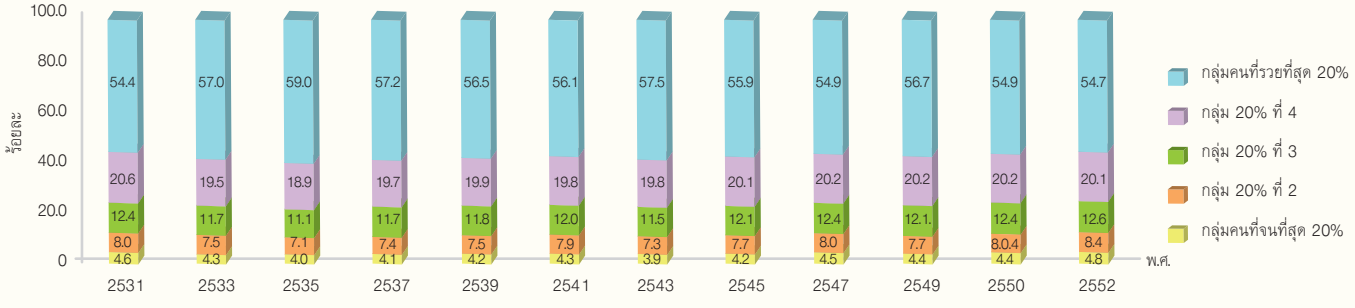
ที่มา: สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ผลการประเมินความรู้และทักษะนักเรียน ด้านการอ่าน คณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ พ.ศ. 2543 - 2552



ที่มา: ผลการประเมิน Programme for International Student Assessment 2009 (PISA) การอ่าน คณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2553

สัดส่วนรายได้รวมทั้งประเทศ จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ พ.ศ. 2531 - 2552



ที่มา: สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

10 ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

"ครอบครัวไทยที่ยากจนจากค่ารักษาพยาบาลลดลงกว่า 3 เท่า หลังจากมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่การกระจายทรัพยากรทางการแพทย์ยังมีความเหลื่อมล้ำสูง"

การให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพต้องอาศัยระบบบริการที่เชื่อมโยงกัน ตั้งแต่การทราบถึงอาการขณะอยู่ในชุมชน การวินิจฉัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการส่งต่อตลอดจนการจัดระบบบริการของโรงพยาบาลใหญ่

ประเทศไทยจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญในการอำนวยการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นแก่ประชาชน และลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการใช้บริการ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ ในเบื้องต้นสามารถพิจารณาความเป็นธรรมนี้ได้ในสามมิติคือ การอุดหนุนงบประมาณของภาครัฐ การคุ้มครองครัวเรือนจากความยากจนอันเนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลและการเข้าถึงบริการ

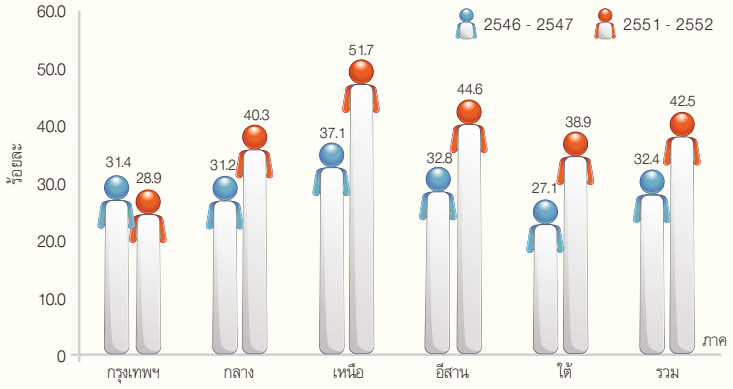
การอุดหนุนงบประมาณภาครัฐ ในด้านสุขภาพของไทยมีลักษณะโน้มเอียงไปยังคนจน สำหรับบริการผู้ป่วยนอก แต่โน้มเอียงไปยังคนมีฐานะดี สำหรับบริการผู้ป่วยใน โดยในช่วง พ.ศ. 2549 – 2552 การอุดหนุนต่อคนที่มีฐานะดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คงปฏิเสธไม่ได้ว่ามาจากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของรายจ่ายในระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการฯ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในชั้นรายได้ที่สูง

หากระบบประกันสุขภาพทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิผล ไม่ควรมีใครต้องยากจนหรือต้องหมดเนื้อหมดตัวอันเนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

การที่ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสามารถช่วยแก้ปัญหาความยากจนได้ระดับหนึ่ง จำนวนครัวเรือนที่ยากจนจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงจาก 280,000 ครัวเรือน ใน พ.ศ. 2543 เหลือเพียง 88,000 ครัวเรือน ใน พ.ศ. 2551 และลดลงในทุกภาคของประเทศ โดยอัตราการลดลงสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและครัวเรือนในชนบท

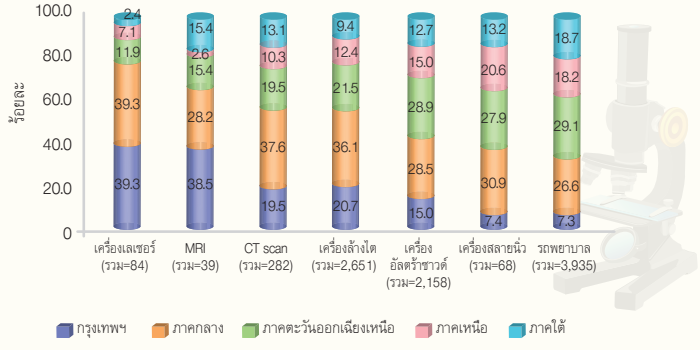
บริการสุขภาพที่สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการของคนไทย ได้แก่ การได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีสัดส่วนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบัน การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในหญิงไทยสามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มต้นและได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซึ่งเป็นโรคที่พบมากขึ้นและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ แต่หากผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างทันท่วงทีก็สามารถป้องกันการเสียชีวิตได้ ในขณะนี้ พบว่า เพียงร้อยละ 28.5 และร้อยละ 20.9 เท่านั้น ของผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษาและสามารถควบคุมโรคได้ อัตราการได้รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแม้จะดีขึ้นแต่ยังอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 42.5 ของหญิงไทยในวัย 15 – 59 ปี ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดก็ยังอยู่ในระดับต่ำมากแม้ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นก็ตาม

ร้อยละของผู้หญิงอายุ 15-59 ปี ที่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ภายใน 2 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามภาค พ.ศ. 2546 - 2547 และ พ.ศ. 2551 - 2552



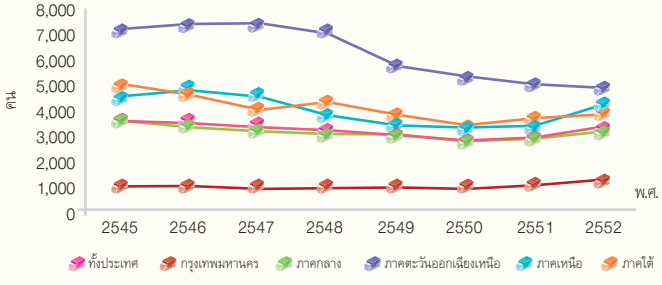
ที่มา: 1) การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2549)
2) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2553)

การกระจายครุภัณฑ์ทางการแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2552



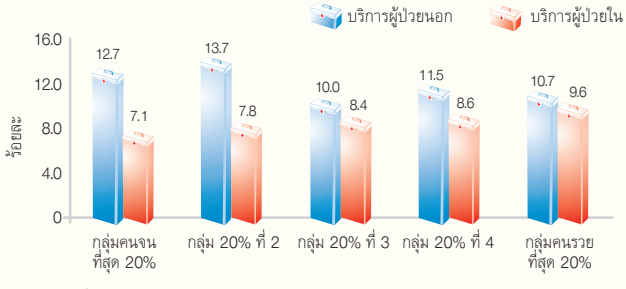
ที่มา: ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารติดตามผลการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข (http://moc.moph.go.th/index.php)

อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ 1 คน จำแนกรายภาค พ.ศ. 2545-2552



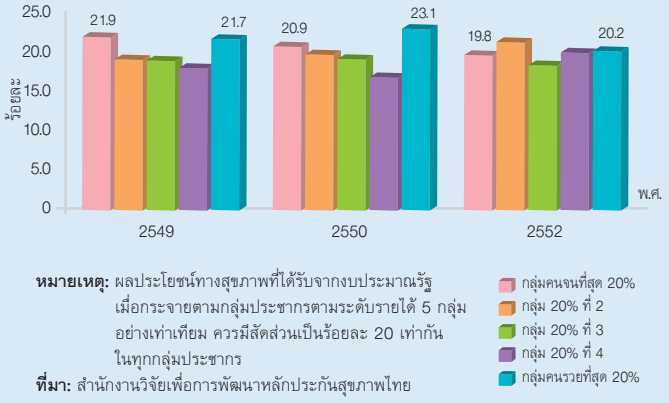
ที่มา: ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารติดตามผลการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข (http://moc.moph.go.th/index.php)

ผลประโยชน์ทางสุขภาพที่ได้รับจากงบประมาณรัฐ จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ และตามประเภทบริการ พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

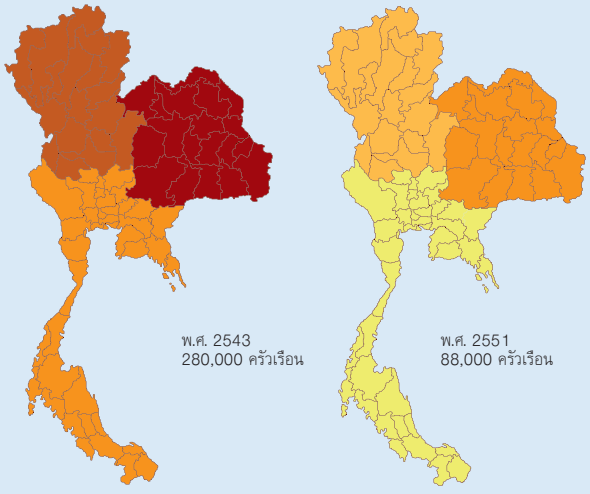
ผลประโยชน์ทางสุขภาพที่ได้รับจากงบประมาณรัฐ จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ พ.ศ. 2549 - 2552



หมายเหตุ: ผลประโยชน์ทางสุขภาพที่ได้รับจากงบประมาณรัฐ เมื่อกระจายตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ 5 กลุ่ม อย่างเท่าเทียม ควรมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 20 เท่ากันในทุกกลุ่มประชากร

ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

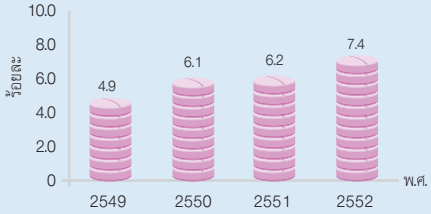
จำนวนครัวเรือน และการกระจายของความยากจน จากค่ารักษาพยาบาล พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2551



หมายเหตุ: จำนวนครัวเรือน และการกระจายของความยากจนจากค่ารักษาพยาบาล เป็นข้อมูลที่สะท้อน "ผลกระทบความยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุข" ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการ ตามกรอบ" ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

ที่มา: สุพล ลิมวัฒนานนท์ และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร (2553) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสำรวจผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด พ.ศ. 2549 – 2552



ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

11

จิตปราณี วาศวิท
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

“ประเทศไทยมีระดับสุขภาพที่ดีเมื่อเทียบกับรายจ่ายด้านสุขภาพ นับได้ว่าระบบบริการสาธารณสุขของประเทศมีประสิทธิภาพ”

แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพที่สูงขึ้น ชี้ว่าระบบบริการสุขภาพของไทยควรต้องกำหนดนโยบายและทิศทางมาตรการในการติดตามและกำกับรายจ่ายให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยา

เมื่อเทียบสถานะทางสุขภาพกับรายจ่ายสุขภาพต่อหัว กล่าวได้ว่า คนไทยมีสถานะสุขภาพที่ดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ซึ่งเป็นภาพสะท้อนถึงประสิทธิภาพที่ดีของระบบบริการสุขภาพในมิติหนึ่ง รายจ่ายสุขภาพรวมของไทยคิดเป็นร้อยละ 3.5 – 4.0 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เพียงร้อยละ 18 ของรายจ่ายสุขภาพรวมเป็นรายจ่ายที่มาจากภาคครัวเรือน ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ลดลงอย่างต่อเนื่องกว่า 2 เท่า ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา

อย่างไรก็ตาม ข้อกังวลในปัจจุบัน คือ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของรายจ่ายสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลข้าราชการฯ ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นประมาณร้อยละ 20 ต่อปี ในส่วนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก เพิ่มขึ้นรวดเร็วมากตั้งแต่ พ.ศ. 2549 โดยมีค่าใช้จ่ายต่อหัวใน พ.ศ. 2551 ถึงประมาณ 10,000 บาท สูงกว่าค่าใช้จ่ายต่อหัวของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเกือบ 5 เท่า จากงานศึกษาในช่วงตุลาคม พ.ศ. 2551 – กรกฎาคม พ.ศ. 2552 โดยใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาล 26 แห่ง พบว่าค่าใช้จ่ายด้านยาสำหรับผู้ป่วยนอกภายใต้ระบบการจ่ายตรงของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการฯ เป็นสัดส่วน

มูลค่าและจำนวนครั้งการสั่งใช้ยานอกบัญชียาหลัก ใน 26 โรงพยาบาล ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลปีงบประมาณ พ.ศ. 2552

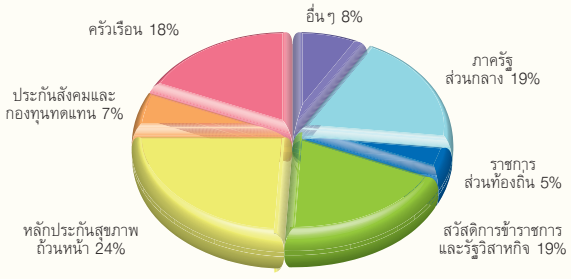
รายการ	มหาวิทยาลัย	สังกัดอื่น	กระทรวงสาธารณสุข	รวม
จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)	6	7	13	26
1. มูลค่ารวมยาทั้งหมด (บาท)	5,996,840,443	4,419,368,934	2,768,688,682	13,184,898,059
- ยานอกบัญชียาหลักฯ	3,977,682,096	3,001,123,630	1,833,519,130	8,812,324,856
- ร้อยละ	66.3	67.9	66.2	66.8
2. จำนวนครั้งการสั่งใช้ (รวม)	5,160,612	4,812,957	4,168,085	14,141,654
- ยานอกบัญชียาหลักฯ	2,327,897	2,017,018	1,458,601	5,803,516
- ร้อยละ	45.1	41.9	35.0	41.0

หมายเหตุ: (1)“ร้อยละของมูลค่ายานอกบัญชียาหลักในมูลค่ารวมยาทั้งหมด” เป็นข้อมูลที่สะท้อน “ร้อยละมูลค่าการใช้บัญชียาหลักต่อรายจ่ายด้านยา” ซึ่งเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพตามกรอบ”ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ” (2) ข้อจำกัดของระบบข้อมูลการจ่ายยาของสถานพยาบาลทั่วประเทศซึ่งยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ทำให้สามารถนำเสนอข้อมูลเพียง 26 โรงพยาบาลเท่านั้น

ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553, รายงานการใช้ยาผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนำร่อง กรณีผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการปีงบประมาณ 2552, หน้า 12

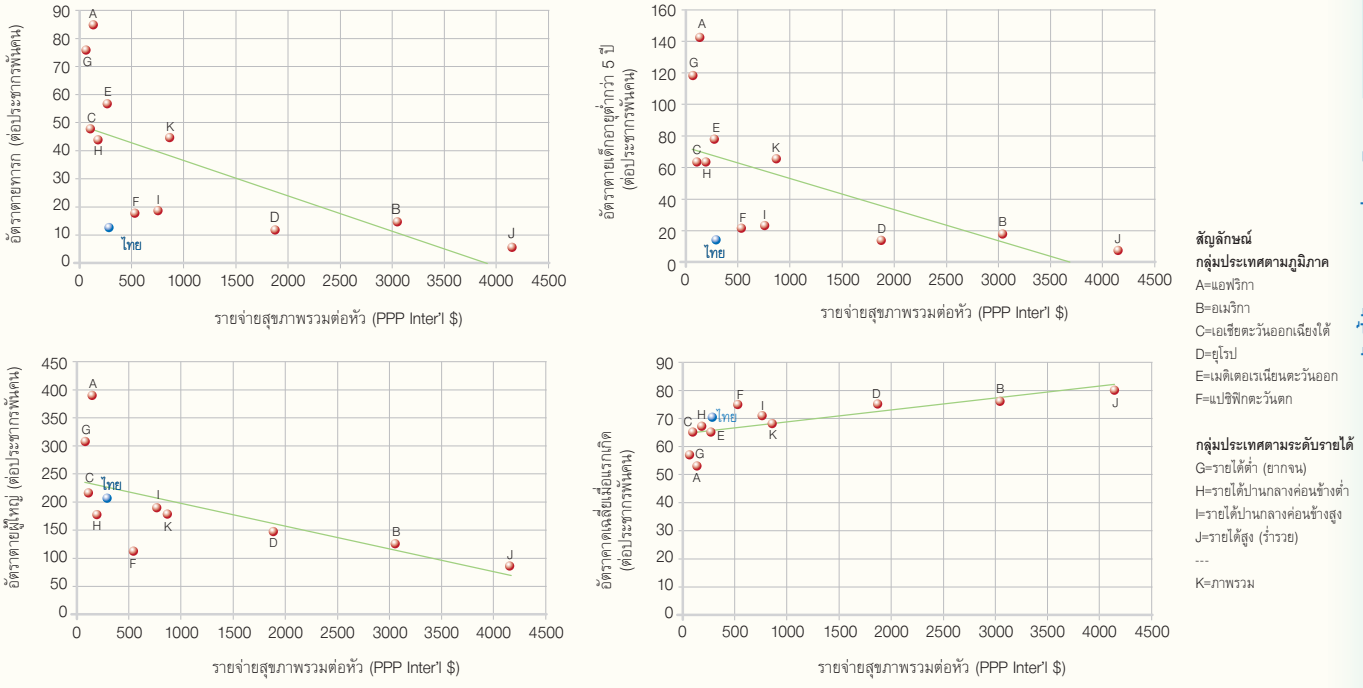
ถึงร้อยละ 66 – 68 ของมูลค่ายาทั้งหมดของโรงพยาบาล โดยค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นในส่วนของค่ายาถึงประมาณร้อยละ 83 หากนำสัดส่วนนี้มาคำนวณจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของข้าราชการฯ ในบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ที่ใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ จะได้ค่ายานอกบัญชียาหลักประมาณ 22,842 ล้านบาท จากค่ายาทั้งสิ้น 34,093 ล้านบาท หรือเป็นร้อยละ 6.6 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมทั้งหมด ทั้งนี้ ไม่รวมการจ่ายยานอกบัญชียาหลักให้กับผู้ป่วยอื่นๆ เนื่องจากยังไม่มีผลการศึกษาเพียงพอ

รายจ่ายสุขภาพรวมจำแนกตามแหล่งการคลัง พ.ศ. 2537 - 2551



ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2545-2551 (ฉบับปรับปรุง), สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

รายจ่ายสุขภาพรวมต่อหัวและ 4 ตัวชี้วัดสถานะทางสุขภาพของคนไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่น จำแนกตามตามภูมิภาคและระดับรายได้



หมายเหตุ: อัตราตายทารก อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อัตราตายผู้ใหญ่ และอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด เป็นข้อมูล พ.ศ. 2551 รายจ่ายสุขภาพรวมต่อหัว (PPP Inter'l $) เป็นข้อมูล พ.ศ. 2550
ที่มา: World Health Statistics 2010. http://www.who.int/whosis/whostat/en/index.html (10 มกราคม 2553)

ตัวชี้วัดรายจ่ายสุขภาพที่สำคัญ พ.ศ. 2537 – 2551 (ราคาปีปัจจุบัน)

ตัวชี้วัดที่สำคัญ	2537	2540	2545	2546	2547	2548	2549	2550	2551
รายจ่ายสุขภาพรวม (ล้านบาท)	127,655	189,143	201,679	211,957	228,041	251,693	291,294	319,456	367,767
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ภาครัฐ (%)	45%	54%	63%	64%	65%	64%	68%	72%	74%
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ภาคเอกชน (%)	55%	46%	37%	36%	35%	36%	32%	28%	26%
รายจ่ายสุขภาพรวม ต่อคน ต่อปี (บาท)	2,160	3,110	3,211	3,354	3,680	4,032	4,636	5,068	5,802
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวม ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP)	3.5%	4.0%	3.7%	3.6%	3.5%	3.5%	3.7%	3.8%	4.0%

หมายเหตุ: "สัดส่วน (ร้อยละ) รายจ่ายสุขภาพรวม ต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product - GDP)" เป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพตามกรอบ"ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ"
ที่มา: บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2545 – 2551 (ฉบับปรับปรุง) สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

คุณภาพและประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพ

นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

“ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 31.2 และ 50.3 ไม่ได้รับการวินิจฉัย เพียงร้อยละ 28.5 และ 20.9 เท่านั้น ที่ได้รับการวินิจฉัย รับการรักษาและสามารถควบคุมอาการของโรคได้”

12

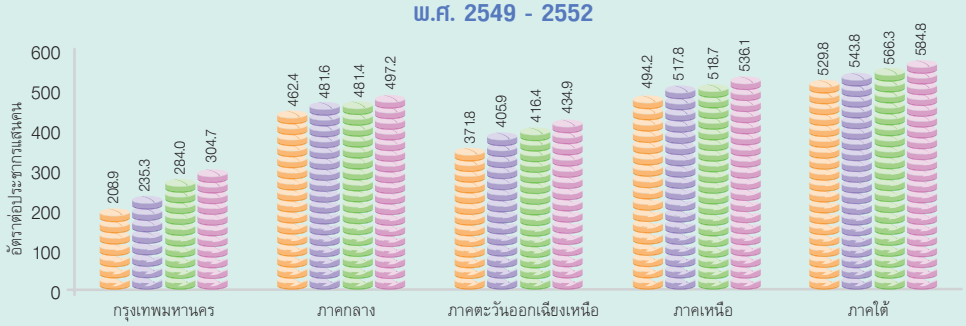
ประสิทธิผลและคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มแย่ลง ขณะที่การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นับวันจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น สามารถรับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น สถานีอนามัย คลินิก รวมถึงแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล หากการดูแลรักษาพยาบาลดีมีคุณภาพก็ไม่ควรมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อมูล พ.ศ. 2549 – 2552 พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลด้วยสาเหตุหรือผลแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเรื้อรังมากขึ้น ตัวอย่างโรคเหล่านี้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจวาย หอบหืด ถุงลมโป่งพอง ลมชัก เป็นต้น จำนวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นเกือบถึง 1 ใน 10 ของจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด ใน พ.ศ. 2552 บ่งชี้ว่า คุณภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจยังมีปัญหา ส่วนหนึ่งของสาเหตุดังกล่าว น่าจะมาจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างมากภายหลังการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกอบกับผลจากความพยายามเร่งรัดเพิ่มความครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดัน ในชุมชน ข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกาย เปรียบเทียบ พ.ศ. 2546 – 2547 กับ พ.ศ. 2551 – 2552 พบอย่างชัดเจนว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัยและการรักษามากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นแต่สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ยังพบว่าอยู่ในระดับที่ต่ำ

อัตราการเสียชีวิตจากการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไม่เกิน 28 วัน ถือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล โดยเปรียบเทียบอัตราการตายผู้ป่วยในกับค่ามาตรฐานที่คาดว่าจะเสียชีวิต ระหว่างปี พ.ศ. 2549 – 2552 อัตรามาตรฐานการเสียชีวิตของผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง บ่งชี้ว่าคุณภาพในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลมีแนวโน้มดีขึ้น ทั้งนี้ ยังไม่ชัดเจนว่าคุณภาพที่ดีขึ้นของการรักษาในโรงพยาบาลนี้เป็นอานิสงส์จากระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) เพียงใด

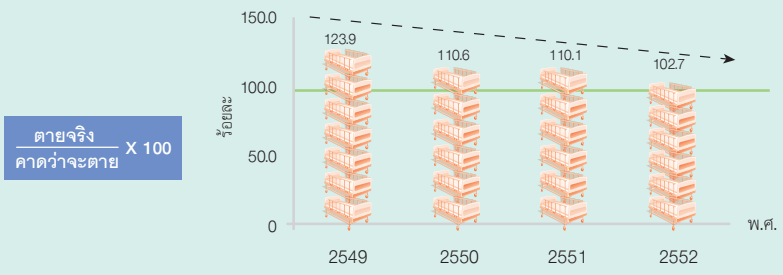
อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ. 2549 - 2552



หมายเหตุ: อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอกที่นำเสนอ คือ จำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคหรือภาวะที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอกในรอบปี ต่อประชากรแสนคน

ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

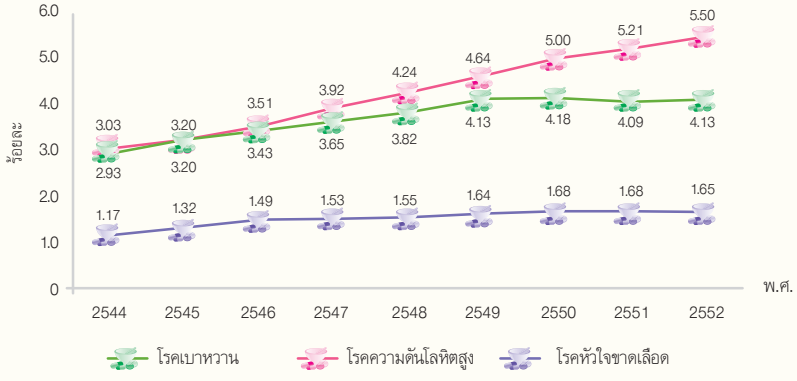
อัตรามาตรฐานการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน พ.ศ. 2549 - 2552



หมายเหตุ: "อัตรามาตรฐานการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน" หรือร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือภายหลังออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 28 วัน เทียบกับค่ามาตรฐานที่คาดว่าจะเสียชีวิต เป็นข้อมูลที่ใช้นำเสนอแทน "อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในและอัตราการเสียชีวิตใน 28 วัน" ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพและประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพตามกรอบ" ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ"

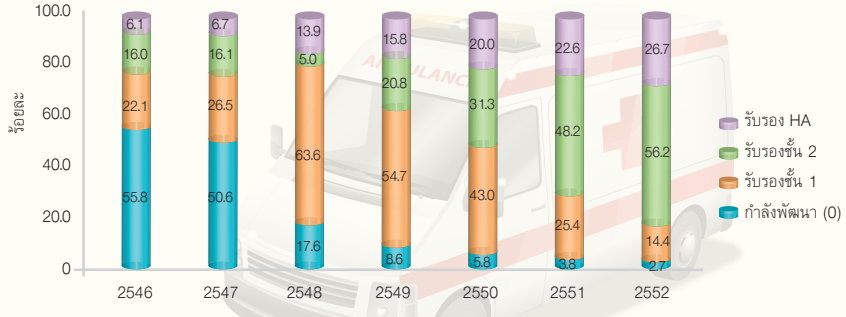
ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ร้อยละของผู้ป่วยใน ด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก 3 โรค พ.ศ. 2544 - 2552



ที่มา: คณะทำงานสุขภาพคนไทย จากฐานข้อมูล สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

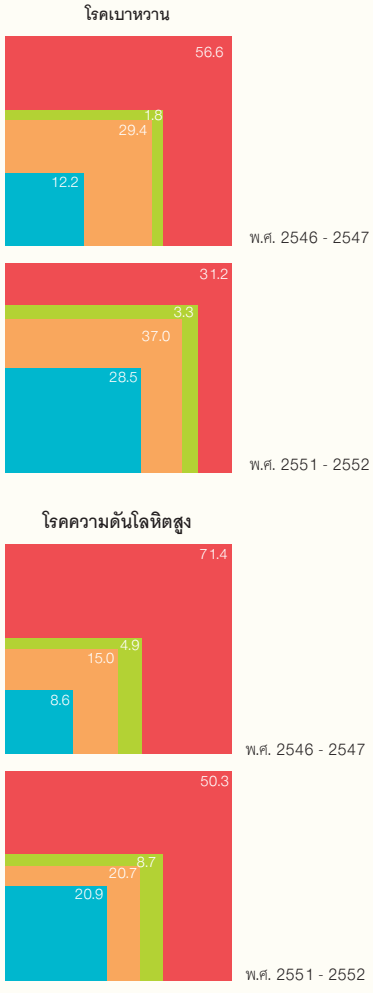
ร้อยละหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามขั้นการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546-2552



หมายเหตุ: 1) หน่วยบริการที่ตรวจเป็นหน่วยบริการประจำและเป็นหน่วยรับส่งต่อ
2) การรับรองขั้น 1 และ 2 นั้น คือการรับรองขั้นย่อยก่อนที่จะมีการรับรอง HA

ที่มา: ปิยพร ปิยะจันทร์ ใน รายงานผลการดำเนินงานประจำปี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2552

ร้อยละของผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา และผลการรักษา พ.ศ. 2546-2547 และ 2551-2552



ที่มา: 1) การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2549)
2) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2553)

12 ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

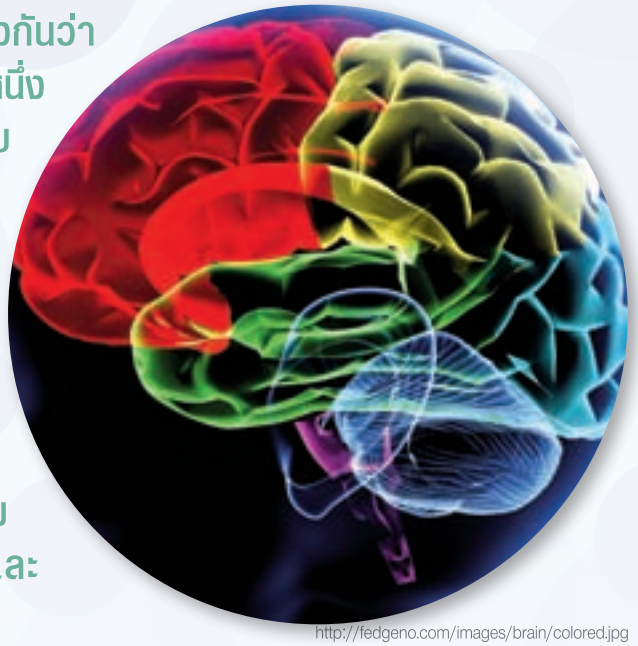
หมวดตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก*	
1. สุขภาพกาย	1.1 อายุคาดเฉลี่ย 1.2 อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี 1.3 อัตราตายวัยแรงงาน	สถานะสุขภาพ
2. สุขภาพจิต	2.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.2 ร้อยละของประชาชนที่มีความสุขในการดำรงชีวิต	
3. สุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณหรือปัญญา	3.1 ดัชนีสุขภาวะทางปัญญา	
4. พฤติกรรมสุขภาพ	4.1 ร้อยละของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตรายในรอบปีที่ผ่านมา 4.2 ร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่ในรอบปีที่ผ่านมา 4.3 ร้อยละของการตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น	ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ
5. คุณภาพสิ่งแวดล้อม	5.1 ดัชนีคุณภาพอากาศ 5.2 ดัชนีคุณภาพน้ำของแหล่งน้ำ 5.3 ปริมาณการใช้สารทำลายโอโซน	
6. ความมั่นคงของชีวิต	6.1 ร้อยละของจำนวนประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน	
7. ความสัมพันธ์ในครอบครัว	7.1 ดัชนีครอบครัวอบอุ่น 7.2 ร้อยละพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว	
8. ศักยภาพชุมชน	8.1 ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง	
9. ความมั่นคงของสังคม	9.1 ความแตกต่างของรายได้ระหว่างคนที่รวยที่สุด 20% แรกต่อคนที่จนที่สุด 20% สุดท้าย	
10. ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ	10.1 ผลประโยชน์ที่ได้รับจากงบประมาณรัฐเปรียบเทียบระหว่าง Quintile ที่ 1 และ Quintile ที่ 5 10.2 ผลกระทบความยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุข 10.3 อัตราผู้ป่วยในรายครั้งที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดในกรณีโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	ระบบบริการสุขภาพ
11. ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ	11.1 ร้อยละของรายจ่ายด้านสุขภาพต่อ GDP 11.2 ร้อยละของมูลค่าการใช้ยาบัญชีหลักต่อรายจ่ายด้านยา	
12. คุณภาพและประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพ	12.1 อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรจะควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก 12.2 อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในและอัตราการเสียชีวิตใน 28 วัน	

*สุขภาพคนไทย 2554 นำเสนอ “12 ตัวชี้วัดหลัก” โดยในแต่ละหมวดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติแสดงในพื้นที่ที่มีสีพื้นหลัง

10
สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1 เด็กไทยไอคิวลดลง ถึงเวลาต้องปฏิรูปการศึกษาอีกครั้ง

องค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ สรุปตรงกันว่าเด็กไทยมีไอคิวต่ำ มีสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งมาจากการขาดไอโอดีน สอดคล้องกับการสำรวจผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ที่พบว่าเด็กไทยสอบได้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานทุกด้าน ขณะที่ผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยทั่วประเทศ (พ.ศ. 2551 – 2552) พบผลน่าตกใจว่าเด็กไทยเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาตรฐาน คือระดับ 90 ถึงประมาณร้อยละ 25 ทั้งหมดชี้ว่า น่าจะเป็นผลพวงของความ “ล้มเหลว” การปฏิรูปการศึกษาครั้งก่อน และการเลี้ยงดูที่มีผลต่อการพัฒนาสติปัญญา



http://fedgeno.com/images/brain/colored.jpg

เมื่อเด็กไทยไอคิวต่ำ

ต้นปี 2553 นายแพทย์สมยศ ดีรัศมี อธิบดีกรมอนามัย เปิดเผยผลสำรวจระดับเชาวน์ปัญญา และพัฒนาการสมวัยของเด็กไทยในรอบ 12 ปี (พ.ศ. 2540 – 2552) ว่ามีค่าเฉลี่ยลดลงเรื่อยๆ จาก 91 ถึง 88 ซึ่งต่ำว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดไว้ที่ 90 – 110

“ที่น่าตกใจคือ เด็กไทยซื้อขนมกินเฉลี่ยคนละ 9,800 บาทต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการศึกษา ที่จ่ายเพียงคนละ 3,024 คนต่อปี”[1]

ข้อมูลดังกล่าวไม่เพียงแต่สะท้อนให้เห็นถึงอนาคตที่ “แขวนอยู่บนเส้นด้าย” ของเด็กไทยในด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังถูกอธิบายเพิ่มเติมจากนายแพทย์ณรงค์ สายวงศ์ อุปนายกสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยด้วยว่า

“เด็กที่ขาดสารอาหารจะมีรูปร่างเตี้ย แคระแกร็น เมื่อโตขึ้นจนถึงอายุ 8 – 10 ปี จะมีสติปัญญาและผลการเรียนต่ำกว่าเด็กที่ไม่เตี้ยแคระแกร็น เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ก็จะมีระดับสติปัญญาต่ำ และมีความสามารถในการสร้างรายได้น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับอาหารเหมาะสมตามวัย นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กมีผลให้รายได้ของประเทศลดลงถึงร้อยละ 2 – 3”[2]

ผลการสำรวจพัฒนาการสมวัยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของกรมอนามัยก็ชี้ไปในทิศทางเดียวกันคือ พบว่ามีพัฒนาการลดลงจากร้อยละ 72 ในปี 2547 เหลือร้อยละ 67 ในปี 2550 แล้วยังพบว่าการเข้าถึงเกลือเสริมไอโอดีนคุณภาพของครัวเรือนไทยต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ที่กำหนดความครอบคลุมของครัวเรือนที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีนคุณภาพว่าอยู่ที่ร้อยละ 90 ขึ้นไป แต่การสำรวจของกรมอนามัยปี 2552 ระบุว่าครัวเรือนไทยมีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนคุณภาพเพียงร้อยละ 77 เท่านั้น[3]

ขณะเดียวกัน ดร.วิชัย เอกพลากร ผู้อำนวยการสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ก็เปิดเผยผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยทั่วประเทศใน 21 จังหวัด ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2551 – 2552) โดยการสัมภาษณ์และตรวจสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างอายุ 1 – 14 ปี จำนวน 9,000 คน ในเรื่องพัฒนาการทางสมอง พบข้อมูลน่าตกใจว่ามีเด็กที่มีเชาวน์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาตรฐาน คือระดับ 90 ถึง 1 ใน 4 หรือประมาณร้อยละ 25

"ผลการสำรวจเบื้องต้นชี้ให้เห็นว่า สิ่งแวดล้อม การศึกษา อาหาร มีส่วนประกอบทำให้เด็กมีไอคิวแย่ลง ซึ่งควรนำข้อมูลดังกล่าวไปสู่การวางแผนปรับแก้การกระตุ้นพัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิดทั้งนี้โอกาสที่จะพัฒนาเด็กให้มีไอคิวดีขึ้น สามารถทำได้ด้วยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม อาหาร หลักสูตรการศึกษา"[4]

หลังการเปิดเผยตัวเลขที่น่าตกใจของเด็กไทยไม่นานนัก และตอกย้ำชัดเจนว่า อาหารการกินมีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กไทย

6 หน่วยงานใหญ่ คือ สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.), กรุงเทพมหานคร (กทม.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) จึงประกาศจับมือกันดำเนิน "โครงการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย" เป็นระยะเวลา 3 ปี ใน 10 จังหวัดนำร่อง เพื่อพัฒนาระบบและกลไกท้องถิ่นและชุมชน มีศักยภาพและสมรรถนะในการส่งเสริมให้เด็กทารก เด็กวัยก่อนเรียนและเด็กวัยเรียน ที่อยู่ในชุมชน ศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียน ได้มีพฤติกรรมการกินอาหารครบถ้วน เพียงพอ มีคุณค่าทางโภชนาการทุกวัน[5]

"โง่ – เอ๋อ – ปัญญาอ่อน – ไอคิวต่ำ" คือ พาดหัวบนหน้าหนังสือพิมพ์ของไทยในห้วงเวลานั้น ซึ่ง ดร.วิยะดา เจริญศิริวัฒน์ หัวหน้าโครงการนวัตกรรมการแก้ปัญหาโรคเอ๋อและภาวะขาดสารไอโอดีนในพื้นที่อย่างยั่งยืน สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เปรียบเทียบอย่างตรงไปตรงมาว่า "เป็นวิกฤติปัญหาสำคัญที่คุกคามสังคมไทย ยิ่งกว่าวิกฤติเผาบ้านเผาเมือง"[6]

เพิ่มไอโอดีน เพิ่มไอคิว

เมื่อตัวเลขผลสำรวจไอคิวเด็กไทยต่ำลงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของมาตรฐานสากล โดยองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ สรุปตรงกันว่า "คนไทยหรือเด็กไทยขาดไอโอดีน" ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและถูกที่สุดก็คือ การเสริมไอโอดีน

กระทรวงสาธารณสุข เป็น "ด่านแรก" ของความรับผิดชอบด้านสุขภาพของคนไทย นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ ในฐานะรัฐมนตรีว่าการฯ จึงโหมโรงรณรงค์ให้คนไทยหันมากินไอโอดีนเพื่อเสริมสร้างไอคิวเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่มคือ

(1) หญิงตั้งครรภ์ หากขาดไอโอดีน ลูกที่คลอดออกมามีโอกาสเสี่ยงพิการหรือปัญญาอ่อน ตั้งแต่ตุลาคม 2553 เป็นต้นไป สถานบริการสาธารณสุขแจกยาเม็ดไอโอดีนผสมกับธาตุเหล็กและกรดโฟลิคให้หญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ ฟรี ส่วนหญิงหลังคลอดก็ได้รับยาเม็ดไอโอดีน ฟรี

(2) ทารกแรกเกิด หากตรวจเลือดแล้วพบว่ามีระดับไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ ซึ่งมีผลต่อความเฉลียวฉลาด และการเจริญเติบโตของเด็ก ให้รีบรักษาทันที โดยไทรอยด์ฮอร์โมนจะสัมพันธ์กับไอโอดีนโดยตรง

(3) กลุ่มเด็กเล็กและประชาชนทั่วไป เนื่องจากไอโอดีนมีความจำเป็นสำหรับคนทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะหากเด็กขาดไอโอดีน ระดับไอคิวจะพร่อง[7]

ไม่เพียงเท่านั้น กระทรวงสาธารณสุขยังเดินหน้าแก้ปัญหาคนไทยขาดไอโอดีนในระยะยาวอย่างจริงจัง ด้วยการแก้ไขประกาศของกระทรวงฯ ฉบับที่ 153 (พ.ศ. 2537) เรื่องเกลือบริโภค ที่กำหนดให้มีปริมาณไอโอดีนไม่น้อยกว่า 30 มิลลิกรัม ต่อเกลือ 1 กรัม โดยให้ขยายจากเกลือที่ใช้รับประทาน ไปรวมถึงน้ำเกลือปรุงอาหาร น้ำปลา ซีอิ๊ว และเกลือที่ใช้ในอุตสาหกรรมอาหารทั้งหมด นั่นหมายถึง โรงงานผลิตเกลือบริโภคทั้งหมดที่จำหน่ายในประเทศไทย ต้องเติมไอโอดีนลงไปด้วย พร้อมติดฉลากข้อความว่า "เกลือบริโภคเสริมไอโอดีน" ซึ่งจะทำให้ผลิตภัณฑ์ที่มีเกลือเป็นส่วนผสม ย่อมมีไอโอดีนเสริมตามไปด้วยโดยปริยาย ไม่ว่าจะเป็น ซีอิ๊ว น้ำปลา ซอสปรุงรส บะหมี่สำเร็จรูป ขนมกรุบกรอบ ฯลฯ โดยกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนและอนุญาตให้ใช้ตรา "เพิ่มไอโอดีน เพิ่มไอคิว" แสดงไว้ที่ข้างบรรจุภัณฑ์ ซึ่งการประกาศมาตรการดังกล่าวของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ 2

องค์กรอิสระที่ทำงานด้านวิชาการเรื่องการขาดสารไอโอดีนทั่วโลกอย่าง สภานานาชาติว่าด้วยการขจัดสารไอโอดีนภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกหรือ The International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders: ICCIDD และองค์การอนามัยโลก ชื่นชมรัฐบาลไทยที่ให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาการขาดสารไอโอดีนในประเทศ โดยจะใช้ไทยเป็นต้นแบบที่ดีอีกแห่งหนึ่งในการดำเนินงานด้านไอโอดีน[8]

นอกจากนี้ ในปี 2554 กรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่ายดำเนินงานโครงการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน กำหนดแนวทางควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติตั้งเป้า 76,000 หมู่บ้าน ครอบคลุม 75 จังหวัดทั่วประเทศ โดยใช้ 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้[9]

(1) การผลิตและกระจายเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ โดยมีการบริหารจัดการที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

(2) การจัดทำระบบการเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผลโครงการ

(3) การสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พันธมิตรและภาคีเครือข่ายเพื่อการมีส่วนร่วม

(4) การประชาสัมพันธ์ รณรงค์และการตลาดเชิงสังคม เพื่อการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง

(5) การศึกษาวิจัย

(6) การใช้มาตรการเสริมในระยะเฉพาะหน้าและมาตรการเสริมอื่นๆ อย่างต่อเนื่องภายใต้ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน

กระนั้นก็ตาม แม้กระทรวงสาธารณสุข “กระตือรือร้น” เพื่อแก้ปัญหาเด็กไทยไอคิวต่ำ แต่ปัญหาดังกล่าวก็ยังมีปัจจัยสำคัญอื่นที่เข้ามาเกี่ยวพันด้วยเช่นกัน

แพทย์หญิงศิราภรณ์ สวัสดิวร ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กล่าวว่า *“สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กไทยมีพัฒนาการไอคิว รวมทั้งสุขภาพต่ำลง เนื่องจากสภาพสังคมไทยเปลี่ยนไปสู่การเป็นครอบครัวเดี่ยว พ่อแม่มุ่งแต่ทำงาน ใช้เทคโนโลยีเลี้ยงดูเด็ก เพราะคิดว่าดีกว่า ปลอดภัยกว่าที่จะให้ลูกออกไปเล่นนอกบ้าน ซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อพัฒนาการสมบูรณ์แบบของร่างกาย... ดังนั้น อย่าทำงานหาเงินจนลืมลูก”*[10]

ขณะเดียวกัน นายแพทย์อุดม เพชรสังหาร รองประธานคณะกรรมการบริหาร บริษัทรักลูกกรุ๊ป จำกัด กล่าวในงานแถลงโครงการ *“สมองเด็กไทย...รอไม่ไหวแล้ว” ว่า “การให้ไอโอดีนเป็นเพียงแค่การสร้างฮาร์ดแวร์ให้กับเด็กไทย ซึ่งมีเพียงแต่ฮาร์ดแวร์คงไม่ได้ ต้องใส่ซอฟต์แวร์ลงไปด้วย โดยผ่านการเล่น การเรียน เป็นต้น”*[11]

เด็กไทยไปไม่รอด

ไม่เพียงแต่ระดับไอคิวของเด็กไทยจะลดลงเรื่อยๆ จนน่าหวั่นวิตกเฉพาะด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังสะท้อนให้เห็นถึง “ความล้มเหลว” ด้านการศึกษาของไทยด้วยเช่นกัน

นายชินวรณ์ บุณยเกียรติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ เปิดเผยว่า สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (สกศ.) ได้รายงานสถานการณ์การศึกษาไทยในเวทีโลก พ.ศ. 2553 จากการจัดอันดับของ International Institute for Management Development (IMD) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและวางแผนการพัฒนาการศึกษา พบว่า ผลการจัดอันดับของ IMD ใน พ.ศ. 2553 สมรรถนะภาพรวมของไทยอยู่ในอันดับที่ 26 จาก 58 ประเทศ เท่ากับปี 2552 ซึ่งต่ำกว่าประเทศในเอเชีย 5 ประเทศ คือ สิงคโปร์ ฮ่องกง ไต้หวัน มาเลเซีย และเกาหลี[12]

ยิ่งไปกว่านั้น โครงการประเมินผลนักเรียนนานาชาติ (Program for International Student Assessment – PISA) ก็ชี้ชัดว่า ความสามารถของเด็กไทยอายุ 15 ปี ในวิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ การอ่านและทำความเข้าใจ ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยขององค์กรความร่วมมือและพัฒนาเศรษฐกิจ (Organization for Economic Co – operation and Development: OECD) ซึ่งถูกเรียกว่าภาวะ PISA SHOCK ในวงการศึกษาของไทย โดยอันดับโดยรวมของเด็กไทยเกือบรั้งท้ายคือ ได้ที่ 50 จากทั้งหมด 65 ประเทศ[13] ไม่แตกต่างจากผลการจัดลำดับของโครงการศึกษาแนวโน้มการจัดการศึกษาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ พ.ศ. 2550 (Trends in International Mathematics and Science Study 2007 : TIMSS 2007) ของนักเรียนชั้น ม.2 พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าค่ามัธยฐานนานาชาติ[14] ซ้ำร้าย การประเมินผลสัมฤทธิ์

ทางการเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) ของนักเรียนไทย จำนวน 3 ครั้ง[15] ซึ่งสอดคล้องกับการออกมาเปิดเผยผลการประเมินคุณภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อประกันคุณภาพผู้เรียน ในชั้น ป.3 ปีการศึกษา 2552 ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) พบว่านักเรียนไม่ผ่านเกณฑ์การอ่านออกเขียนได้และคิดคำนวณได้[16]

ไม่เพียงแต่ผลการทดสอบจะชี้ชัดว่า นักเรียนมีความรู้ “ด้อย” ลงเรื่อย ๆ เท่านั้น ครู ซึ่งมีบทบาทสำคัญมากที่สุดของระบบการศึกษา ก็ตกอยู่ในสถานการณ์ไม่แตกต่างจากนักเรียน เมื่อ สพฐ. สอบวัดความรู้ความสามารถของครูผู้สอนวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ระดับมัธยมต้นและมัธยมปลายทั่วประเทศ พบคำตอบที่น่าตกใจว่า[17] วงการพระพุทธศาสนาก็หนีไม่พ้นความตกต่ำของการศึกษาไทย เมื่อพระธรรมกิตติวงศ์ราชบัณฑิต กล่าวถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นว่า *“มีพระสงฆ์บางรูปเขียนภาษาบาลีไม่ได้ จึงเป็นเรื่องที่น่าอาย... และในช่วงหลัง ๆ สามเณรที่เข้ามาบวช อ่านหนังสือไม่ออก ซึ่งกระทบต่อการเรียนการสอนบาลีด้วย พระบางรูปสอบผ่านเปรียญธรรม 9 ประโยค แต่ขาดความรู้ด้านภาษาไทย อ่าน เขียนไทยไม่คล่อง จึงไม่สามารถเทศน์หรือขึ้นบรรยายทางวิชาการได้”*[18]

ดูเหมือนว่า การเปิดเผยข้อมูลดังกล่าว จะสะท้อนความ “ล้มเหลว” ด้านการศึกษาของไทยอย่างถึงที่สุดจนหลายคนเกือบลืมไปแล้วว่า สังคมไทยผ่านยุคปฏิรูปการศึกษามาแล้วครั้งหนึ่ง และอยู่ระหว่างการปฏิรูปการศึกษารอบที่สอง (พ.ศ. 2552 – 2561) ซึ่งถือเป็นเรื่องท้าทายและยากยิ่งของสังคมไทย

ถึงเวลาต้องปฏิรูปการศึกษาอีกครั้ง

ยิ่งมีการเปิดเผยข้อมูลที่สะท้อนให้เห็น “วิกฤตการศึกษาไทย” มากขึ้นเท่าไหร่ ยิ่งทำให้การปฏิรูปการศึกษาทศวรรษที่สอง “สำคัญและจำเป็น” มากขึ้นตามไปด้วย

นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ในฐานะประธานคณะกรรมการปฏิรูปการศึกษา กล่าวด้วยความมุ่งมั่นถึงการปฏิรูปการศึกษาไทยว่า “ในเรื่องของการศึกษาต้องไม่มีเรื่องของรัฐบาลหรือฝ่ายค้าน เพราะสิ่งนี้จะเป็นเรื่องสำคัญที่สุดในการพัฒนาประเทศ และพัฒนาการเมืองการปกครองในระบบการประชาธิปไตย”[19] ซึ่ง 3 ประเด็นหลัก ที่จะนำมาสู่กรอบการปฏิรูปการศึกษาคือ

คุณภาพของเด็กในประเทศไทย ต้องเป็นคนเก่ง ดี มีความสุข ดำรงรักษาความเป็นไทย และรู้เท่าทันกับสถานการณ์ของโลก

ต้องพัฒนาครู มีโครงการครูพันธุ์ใหม่ ด้วยกระบวนการผลิตและอบรมครูประจำการให้มีความพร้อมมากยิ่งขึ้น ให้มีจิตวิญญาณแห่งความเป็นครู และเป็นวิชาชีพชั้นสูง

พัฒนาระบบการจัดการที่ดี มุ่งเน้นเรื่องการกระจายอำนาจ เพื่อให้การบริหารสถานศึกษามีความคล่องตัว และเป็นอิสระมากที่สุด ควบคู่ไปกับการเน้นธรรมาภิบาล

อย่างไรก็ตาม แม้กระบวนการปฏิรูปการศึกษาในทศวรรษที่สองยังคงเดินหน้าต่อไป ท่ามกลางปัญหารายละเอียดปลีกย่อยที่สะท้อนให้เห็นว่า การศึกษาของไทยเกิดวิกฤตขึ้นรอบด้าน อาทิ หนี้สินครูที่พุ่งสูงถึงกว่า 1 ล้านล้านบาท ทำให้ครูบางคนเหลือเงินเดือนเพียงแค่ร้อยละ10 หลังถูกหักหนี้ ...การทุจริตในโครงการต่าง ๆ ...ยาเสพติดระบาดในโรงเรียนเพิ่มมากขึ้นจนน่าเป็นห่วง ...นักเรียนอาชีวะขาดแคลน ทำให้ภาคอุตสาหกรรมขาดแคลนแรงงานตามไปด้วย ฯลฯ

แต่วิสัยทัศน์ของการปฏิรูปการศึกษาในทศวรรษที่สอง ยังคงพุ่งเป้าให้คนไทยได้เรียนรู้ตลอดชีวิตอย่างมีคุณภาพการศึกษามีความสำคัญต่อประเทศชาติมากน้อยเพียงใด นายแพทย์ประเวศ วะสี หนึ่งในคณะกรรมการปฏิรูปประเทศไทย ระบุไว้ในหนังสือ “สู่สังคมแห่งการเรียนรู้” ว่า “ถ้าการศึกษาคือการเรียนรู้ที่ดี จะแก้ไขปัญหาชีวิตและสังคมทั้งหมด”[20]

การปฏิรูปการศึกษาอีกครั้งจะสัมฤทธิ์ผลอย่างมีคุณภาพได้ ต้องชักชวนให้ผู้อยู่นอกรั้วโรงเรียนเข้ามาร่วมด้วย โดยเฉพาะครอบครัว ชุมชน ตลอดจนสังคมไทยโดยรวม

2 แล้งจัดแล้วกลับน้ำท่วมหนัก: ความผิดปกติที่ต้องรับมือให้เท่าทัน

ปรากฏการณ์ภัยแล้งที่ลากยาวเกินกว่าครึ่งปีแรก ตามมาด้วยน้ำท่วมใหญ่ตอนปลายปีครอบคลุมพื้นที่มากกว่าครึ่งประเทศ รวม 51 จังหวัด ไม่ใช่เรื่องปกติ โดยเฉพาะเมื่อมี "ความแปรปรวนของสภาพอากาศ" ที่เป็นปัญหาใหญ่ระดับโลกเข้ามาเกี่ยวข้อง การแก้ไขและการรับมือกับ "สภาพปัญหาน้ำท่วมที่เปลี่ยนไป" จะทำกันเหมือนเดิมไม่ได้อีกแล้ว เพราะต้อง "เท่าทัน" และต้องปรับเปลี่ยน "หลักคิด – มุมมอง – วิธีการ" กันขนานใหญ่



แล้งกลางฤดูฝน

ภัยแล้ง ปี 2553 ถูกคาดการณ์ว่า จะรุนแรงและกินเวลายาวนานกว่าปกติ ซึ่งก็เป็นเช่นนั้นจริงๆ เริ่มต้นเดือนพฤศจิกายน หลังหน้าฝนของปี 2552 กว่าจะหมดพิษสงก็ปาเข้าไปสิงหาคม 2553 กินเวลาราว 10 เดือน สรุปพื้นที่ประสบภัย 60 จังหวัด 463 อำเภอ 3,005 ตำบล 24,248 หมู่บ้าน พื้นที่การเกษตรเสียหาย 1,922,651 ไร่[1] มูลค่าความเสียหายที่บริษัทศูนย์วิจัยกสิกรไทยคาดการณ์ไว้คือ ไม่น้อยกว่า 6,000 ล้านบาท[2]

นอกจากภาพท้องไร่ท้องนาแตกระแหง ข้าวและพืชไร่ยืนต้นตายกลางความร้อนที่พุ่งสูงเกินกว่า 40 องศาเซลเซียส วัวควายผ่ายผอมจนเห็นซี่โครงปูดโปน ลำน้ำลำห้วยหลายสายแห้งเหือดจนเห็นดินท้องน้ำ ฯลฯ แล้ว รูปธรรมที่ชี้ว่าภัยแล้งปี 2553 น่าจะรุนแรงที่สุดในรอบ 5 ปี ก็คือ น้ำต้นทุนในเขื่อนสำคัญๆ อาทิ เขื่อนภูมิพล เขื่อนสิริกิติ์ เขื่อนอุบลรัตน์ เขื่อนป่าสักชลสิทธิ์ มีปริมาณน้อยกว่าช่วงเดียวกันของปีก่อนมาก หลังสงกรานต์มีฝนตกบ้างแต่ปริมาณน้ำในเขื่อนสำคัญยังต่ำมากซึ่งหากยังไม่มีฝนตกลงมา ก็จะมีน้ำใช้กันได้แค่ 1 – 2 เดือน เท่านั้น สภาพการณ์เช่นนี้สร้างความวิตกให้แก่ทุกภาคส่วน นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ถึงกับสั่งการให้มีการประชุมคณะรัฐมนตรีเศรษฐกิจทุกสัปดาห์ เพื่อติดตามสถานการณ์ภัยแล้งอย่างใกล้ชิด[3]

หลายเดือนแล้วที่แสงแดดยังแผดเปรี้ยง แทบไม่มีน้ำฝนหยดลงมาเลย ทั้งๆ ที่เข้าสู่ช่วงกลางฤดูฝนแล้ว น้ำในเขื่อนหลายแห่งแห้งจนสันดอนโผล่ บ้างก็กลายเป็นทุ่งหญ้าเลี้ยงวัวควาย วัด ชุมชน โบราณสถานที่เคยจมอยู่ใต้ผืนน้ำก็โผล่ขึ้นมาให้เห็นกันชัดเจน

"ลุงอุตส่าห์" ชาวนาจาก ทุ่งกุลาร้องไห้ อ.นาดูน จ.มหาสารคาม เป็นเสมือนตัวแทนบอกเล่าถึงความทุกข์อย่างแสนสาหัสของเกษตรกรและชาวบ้านที่ขาดแคลนน้ำกิน น้ำใช้ และน้ำในการเพาะปลูกว่า *"ปีนี้แล้งขนาดไหนก็แล้งขนาดชาวนาอาจต้องซื้อข้าวกินล่ะ ถ้าฝนยังไม่ยอมตกอีก จะเป็นปีที่แล้งที่สุดในรอบ 20 ปี"*[4]

เอลนิโญพ่นพิษ!

ภัยแล้งรุนแรงในปี 2553 เป็นผลมาจากปริมาณน้ำฝนในปีก่อนที่วัดค่าได้น้อยที่สุดในรอบ 5 ปี ทำให้

น้ำไหลเข้าเขื่อนน้อย แต่กลับต้องระบายน้ำออกจากเขื่อนมาก เพื่อแก้ไขผลกระทบจากภัยแล้ง เมื่อพิจารณาแผนภาพฝนสะสมรายเดือนตั้งแต่ พฤศจิกายน 2552 ถึง เมษายน 2553 พบว่าพื้นที่ประเทศไทยมีปริมาณฝนน้อยมาก โดยเฉพาะตอนบนของประเทศ และเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณฝนในช่วงพฤศจิกายน 2551 – เมษายน 2552 พบว่าปริมาณฝนรวมในช่วง พฤศจิกายน 2552 – เมษายน 2553 มีค่าต่ำกว่าเดิมค่อนข้างมาก[5]

สภาพ “ฝนแล้ง น้ำแห้งเหือด” ที่กล่าวข้างต้น ผู้เชี่ยวชาญหลายสำนักทั้งไทยและเทศระบุตรงกันว่า มีสาเหตุสำคัญมาจากปรากฏการณ์ “เอลนิโญ” (El Nino) ที่เกิดขึ้นระหว่างเมษายน 2552 – มิถุนายน 2553 ดร.สมิทธ ธรรมสโรช อดีตผู้อำนวยการศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติ อธิบายให้เข้าใจง่าย ๆ ว่า *“เนื่องจากผิวน้ำร้อนจากมหาสมุทรแปซิฟิกเคลื่อนตัวผ่านเส้นศูนย์สูตรจากซีกตะวันตกไปยังซีกตะวันออก นำความชุ่มชื้นไปเกิดฝนตกหนักน้ำท่วมที่เอกวาดอร์ เปรู ส่วนซีกแปซิฟิกตะวันตกเหลือความแห้งแล้งไว้ ทำให้ไม่มีฝนตก ประเทศไทยอยู่ซีกแปซิฟิกตะวันตกจึงเกิดความแห้งแล้งยาวนานไม่มีฝน และอุณหภูมิสูงขึ้น”*[6]

ด้วยเหตุนี้หลายประเทศในเอเชียไม่ว่าจะเป็นจีน อินเดีย เวียดนาม ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ไทย ฯลฯ รวมไปถึงบางส่วนของออสเตรเลีย จึงต้องเผชิญภัยแล้ง – ภัยร้อนตั้งแต่ต้นปี 2552 ข้ามมาถึงค่อนปี 2553 ในระดับ “อ่วม อรทัย” ไปตาม ๆ กัน

มหาอุทกภัยปลายปี

ปรากฏการณ์ “แล้งกลางฤดูฝน” ทำให้เกรงกันว่าฝนจะไปกระหน่ำช่วงปลายปี จนทำให้เกิดน้ำท่วมหนักเข้าขั้น “มหันตภัย” หรือไม่ ดร. รอยล จิตรดอน ผู้อำนวยการสถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร (องค์การมหาชน) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี “ฟันธง” ว่า ตั้งแต่ปลายเดือนกรกฎาคมไปจนถึงปลายปีฝนจะตกเยอะแน่นอน เนื่องจากจะเกิดปรากฏการณ์ “ลานิญา” (La Nina) และมี “อินเดียน โอเชียน ไดโพล” ซึ่งเป็นกระแสน้ำแบบเดียวกันกับเอลนิโญ – ลานิญา แต่เกิดในมหาสมุทรอินเดียเข้ามาเสริม ทำให้เกิดฝนมากบริเวณภาคเหนือตอนบน อีกทั้งมีกระแสลมที่พัดจากสหรัฐอเมริกามาไทยมากและยังมีพายุที่จะหอบฝนมาให้อีกด้วย[7]

แล้วฝนก็ “มาตามนัด” จริง ๆ แต่มาในปริมาณที่มากกว่าและในระยะเวลาที่ยาวนานกว่าที่คาดไว้หลายเท่า ทั้งยังมีรูปแบบ “ไม่ปกติ” จนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อุทกภัยธรรมดา ๆ ในช่วงแรก ๆ กลายเป็นสาธารณภัยครั้งร้ายแรงไปได้ในที่สุด

กลางเดือนพฤษภาคม “ฝนเดือนหก” ตกหนาแน่นทางภาคเหนือตอนบน เกิดน้ำท่วมฉับพลัน น้ำป่าไหลหลาก แต่ไม่ถึงกับร้ายแรง ความวิตกกังวลคลายลงบ้าง เพราะเริ่มมีน้ำไหลเข้าเขื่อน แต่แล้วจู่ ๆ ฝนก็หายไปจากฟ้า เกิดภาวะ “ฝนทิ้งช่วง” ยาวนานเป็นเดือน ๆ จนกระทั่งเข้าสู่กลางเดือนกรกฎาคม พายุสองลูกจากทะเลจีนใต้ คือ “โกนเซิน” (Conson) และ “จันทู” (Chanthu) ไม่ได้หอบฝนมาให้มากนักเพราะแวะไทยแค่ส่วนหาง แต่ก็ช่วยสร้างความชุ่มฉ่ำให้บ้างดังพาดหัวข่าวที่ว่า “พายุโกนเซินทำนครพนมฝนตกทั้งวันทั้งคืนชาวบ้านเฮ!”[8]

ณ เวลานั้น แทบทุกคนตั้งหน้าตั้งตารอพายุลูกใหม่ให้มาช่วยล้างความร้อนแล้ง แต่แล้วภัยแล้งก็กลายเป็นภัยน้ำจากอิทธิพลของ “มินดอลเล” (Mindulle) พายุลูกที่สามที่ขึ้นฝั่งเวียดนามในคืนวันที่ 24 สิงหาคม พัดพุ่งเข้ามาสมทบกับหย่อมความกดอากาศต่ำที่พาดผ่านตอนบนของประเทศไทยพอดี ส่งผลให้หลายจังหวัดในภาคเหนือ อีสาน และกลาง มีฝนตกหนักทั้งวันทั้งคืน เกิดน้ำท่วมฉับพลัน น้ำป่าไหลหลาก บางพื้นที่น้ำท่วมขังสูง 1 – 3 เมตร ดินถล่ม ไร่นาเสียหายยับนับหมื่นไร่

เข้าสู่เดือนตุลาคม 2553 หลายจังหวัดในภาคเหนือตอนล่าง ภาคกลางตอนบนและที่ราบลุ่มน้ำเจ้าพระยาต้องเผชิญกับภัยน้ำท่วมแบบไม่ทันตั้งตัว เมื่อระดับน้ำในแม่น้ำสายหลักและแม่น้ำสาขาต่าง ๆ เพิ่มสูงขึ้นไม่ต่ำกว่า 30 เซนติเมตร อย่างรวดเร็ว สาเหตุเพราะระดับน้ำในเขื่อนสำคัญ ๆ เข้าขั้นวิกฤต จนต้องเร่งระบายน้ำออกบางพื้นที่ เช่น อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระดับน้ำสูงสุดถึง 3 เมตร สายน้ำเชี่ยวกรากไหลล้นเข้าท่วมบ้านเรือน พื้นที่การเกษตรเสียหายยับเยินไปตาม ๆ กัน

หลายจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีรายงานการเกิดน้ำท่วมฉับพลัน น้ำท่วมขัง ตลิ่งและคันกั้นน้ำพัง ฯลฯ อาทิ ที่ร้อยเอ็ด นครพนม สกลนคร ชัยภูมิ แต่รุนแรงที่สุดที่นครราชสีมา ฝนกลางเดือนตุลาคมตกหนักติดต่อกันหลายวัน ทำให้น้ำท่วมสูงเกือบทั้งจังหวัด ท่วมนานเกือบ 2 สัปดาห์ ประชาชนเดือดร้อนกว่า 1 ล้านคน พื้นที่การเกษตรเสียหายเกือบ 2 ล้านไร่

ต้นเดือนพฤศจิกายน พายุดีเปรสชั่นในอ่าวไทยตอนล่างพัดถล่มชายฝั่งภาคใต้ ตั้งแต่ชุมพรลงไปถึงนราธิวาส ต้องเผชิญกับคลื่นพายุลมแรง ฝนตกหนักถึงหนักมากติดต่อกันหลายวัน จนมีปริมาณน้ำสะสมไหลบ่าเข้าท่วมอาคาร บ้าน ร้านค้า ถนนและพื้นที่เพาะปลูกเสียหายไปตามๆ กัน

ที่หนักที่สุดคืออำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ปริมาณน้ำฝนที่ตกในช่วง 1 – 2 พฤศจิกายน สูงถึง 500 มิลลิเมตร จนต้อง "ชักธงแดง" ให้ประชาชนเตรียมอพยพเมื่อเวลา 17.00 น. ของวันที่ 1 ธันวาคม แต่ก็ไม่ทันกระแสน้ำที่ถาโถมเข้าท่วม ทั้งรถทั้งบ้านต่างจมน้ำ หลายจุดกระแสน้ำเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะย่านศูนย์กลางธุรกิจ ที่บางจุดน้ำท่วมเกือบมิดหลังคา ส่งผลให้ไฟฟ้า น้ำประปา การสื่อสารทางโทรศัพท์ไม่สามารถใช้การได้ ประชาชนติดค้างอยู่ในบ้านเรือนเกือบแสนคนที่รอความช่วยเหลือเร่งด่วนไม่น้อยกว่าหมื่นคน ถือเป็นน้ำท่วมที่อาจร้ายแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ หนักกว่าน้ำท่วมใหญ่ที่เคยเกิดขึ้นเมื่อ ปี 2545 (ดูตาราง 1)

มหาอุทกภัยปลายปี ทำให้ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลางและภาคตะวันออก มีพื้นที่ประสบอุทกภัย 39 จังหวัด 425 อำเภอ 3,098 ตำบล 26,226 หมู่บ้าน ราษฎรได้รับความเดือดร้อน 2,002,961 ครัวเรือน 7,038,248 คน คาดว่าพื้นที่การเกษตรเสียหาย 7,784,368 ไร่ มีผู้เสียชีวิต 180 ราย ส่วนภาคใต้ มีพื้นที่ประสบอุทกภัย 12 จังหวัด 133 อำเภอ 874 ตำบล 6,197 หมู่บ้าน ราษฎรได้รับความเดือดร้อน 609,511 ครัวเรือน 1,932,405 คน มีผู้เสียชีวิต 80 ราย[9] ศูนย์วิจัยกสิกรไทย ประเมินมูลค่าความเสียหายไว้ที่ 32,000 – 54,000 ล้านบาท

ตาราง 1 สถานการณ์อุทกภัยและความเสียหาย พ.ศ. 2545 – 2553

พ.ศ.	ประชาชน (ล้านคน)	ครัวเรือน (ล้านครัวเรือน)	พื้นที่เกษตร (ล้านไร่)	ความเสียหาย (ล้านบาท)
2545	5.13	1.37	10.43	13,385
2546	1.88	0.48	1.59	2,050
2547	2.32	0.62	3.30	850
2548	2.87	0.76	1.70	5,982
2549	6.05	1.67	6.56	9,627
2550	2.33	0.57	1.62	1,688
2551	7.92	2.03	6.59	7,602
2552	8.88	2.31	2.96	5,253
2553	8.97	2.61	7.04	32,000 – 54,000[1]

หมายเหตุ: [1] คาดประมาณ โดยศูนย์วิจัยกสิกรไทย

ที่มา : สถิติสถานการณ์อุทกภัยของประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 – 2552 โดย กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย http://61.19.54.151/public/group4/disaster01/disaster_002_53.htm

ลานิญาแผลงฤทธิ์ !

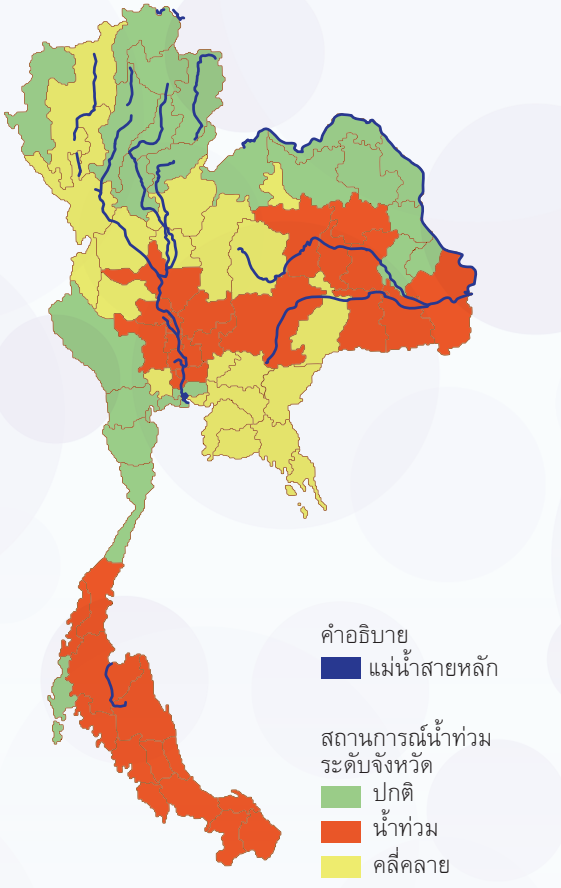
เกิดอะไรขึ้นกับประเทศไทย...? ทำไมต้นปีแทบต้องขอดน้ำกิน แต่พอปลายปีน้ำกลับมากเกินไป เป็นไปได้อย่างไรที่น้ำท่วมหนักจังหวัดนครราชสีมา ทั้งๆ ที่ตัวเมืองตั้งอยู่บนที่ราบสูงโคราชแท้ๆ ...? ดร.อานนท์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา รักษาการผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (องค์การมหาชน) ให้คำตอบว่า ปี 2553 สภาพอากาศมีความแปรปรวน

ตาราง 2 สรุปเหตุการณ์น้ำท่วมที่เกิดขึ้นในรอบปี พ.ศ. 2553 และรายละเอียดความเสียหาย

ช่วงเวลา	พื้นที่ประสบภัย	จำนวนผู้เสียชีวิต	จำนวนผู้ได้รับความเดือดร้อน	หมายเหตุ
10 ตุลาคม ถึง 13 ธันวาคม 2553	พิจิตร เพชรบูรณ์ ระยอง จันทบุรี ตราด ตาก ชลบุรี สระแก้ว นครนายก กำแพงเพชร พิษณุโลก ปราจีนบุรี สมุทรปราการ นครปฐม อุทัยธานี ฉะเชิงเทรา อ่างทอง ชัยภูมิ นครสวรรค์ ลพบุรี สิงห์บุรี ชัยนาท สระบุรี ปทุมธานี นนทบุรี สุพรรณบุรี พระนครศรีอยุธยา หนองบัวลำภู บุรีรัมย์ นครราชสีมา สุรินทร์ ขอนแก่น มหาสารคาม ศรีสะเกษ อุบลราชธานี กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด ลำพูน เชียงใหม่	180 คน	2,002,961 ครัวเรือน 7,038,248 คน	เกิดจากอิทธิพลของร่องความกดอากาศต่ำพาดผ่านภาคใต้ตอนบน ภาคกลาง และภาคตะวันออก และมรสุมตะวันตกเฉียงใต้
1 พฤศจิกายน ถึง 13 ธันวาคม 2553	สุราษฎร์ธานี พัทลุง สตูล กระบี่ ระนอง ปัตตานี ยะลา นราธิวาส ตรัง สงขลา นครศรีธรรมราช	80 คน	609,511 ครัวเรือน 1,932,405 คน	อิทธิพลของพายุดีเปรสชั่นบริเวณอ่าวไทยตอนล่างเคลื่อนผ่านภาคใต้

ที่มา: สรุปข่าวการประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ 14 ธันวาคม 2553. สืบค้นจาก [http://www.thaigov.go.th]

แผนที่แสดงพื้นที่ประสบอุทกภัย
เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2553



ที่มา: ศูนย์อำนวยการเฉพาะกิจป้องกันและแก้ไขปัญหาอุทกภัย วาตภัยและดินถล่ม กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย [http://www.disaster.go.th/dpm/flood53/flood53.html]

ค่อนข้างสูง ต้นปีเกิดเอลนิโญ เกิดภัยแล้งเกือบทั่วประเทศ ปลายปีเกิดลานิญาที่เป็นตัวการหลักที่ทำให้ฝนตกหนักแถบเอเชีย และแห้งแล้งทางฝั่งอเมริกาใต้ เท่ากับว่า **ปี 2553 เกิดทั้งสองปรากฏการณ์ที่เป็น "ขั้วตรงข้ามกัน" ซึ่งเป็นเรื่องยากที่จะเกิดขึ้นในปีเดียวกัน**[10]

ดร.ธนวัฒน์ จารุพงษ์สกุล แห่งคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ศึกษาผลกระทบจากภาวะโลกร้อนด้านภัยพิบัติ โดยเฉพาะปัญหาการกัดเซาะชายฝั่ง ชี้ว่า การตกของฝนในปี 2553 มีความผิดปกติ เป็นผลจากปรากฏการณ์ลานิญาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ทำให้มีร่องฝนพาดผ่านเอเชีย สองอาทิตย์แรกของเดือนตุลาคม ร่องฝนพาดแล้วไม่ไปไหนเลย ฝนก็เลยตกหนักทั่วทุกภาค ซึ่งตามปกติช่วงเดือนตุลาคมฝนต้องลงไปทางภาคใต้แล้ว[11]

ดร.อานนท์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา เสริมว่า ตามปกติร่องมรสุมจะเคลื่อนผ่านไปด้วยความเร็วเฉลี่ยประมาณ 100 กิโลเมตรต่อวัน แต่ที่นิ่งอยู่กับที่ แช่ตัวอยู่สิบกว่าวัน เพราะถูกล็อกด้วย 2 หย่อมความกดอากาศต่ำในอ่าวเบงกอลและในมหาสมุทรแปซิฟิก[12]

เพราะฤทธิ์เดชของลานิญาที่พาดผ่านเอเชีย จึงเกิดน้ำท่วมร้ายแรงในปากีสถาน จีน และลาว ในเดือนสิงหาคม น้ำท่วมพม่า กัมพูชา เวียดนาม และไทย ในเดือนตุลาคม

ทั้งระบบบริหารจัดการและระบบเตือนภัยมีปัญหา

ความรุนแรงของปัญหาน้ำแล้ง – น้ำท่วมในปี 2553 ทำให้หลายฝ่ายออกมาตั้งคำถามถึง "ระบบบริหารจัดการน้ำ" ที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์มาตลอดว่า "ล้มเหลว" กันอีกครั้ง ซึ่งหากพลิกข้อมูลดู จะพบว่าแผนงาน โครงการของหน่วยงานต่าง ๆ ที่จะแก้ไขดูแลเรื่องน้ำมีอยู่แล้วมากมาย แต่มีลักษณะต่างคนทำ และไม่เท่าทันสถานการณ์ เมื่อเจอเข้ากับ "เหตุการณ์ผิดปกติ" และ "สภาพปัญหาที่เปลี่ยนไป" จึงส่งผลต่อการ "บริหารจัดการน้ำ" ทำให้การรับมือปัญหาตั้งแต่ต้นทางทำได้ไม่ดีพอ

ดร.ธนวัฒน์ จารุพงษ์สกุล อธิบายว่า เพราะปี 2552 แล้งจัด เมื่อมีฝนช่วงสิงหาคม – กันยายน จึงกักน้ำในเขื่อนไว้ทั้งหมด ไม่กล้าปล่อยออกเพราะเกรงจะเกิดภัยแล้งซ้ำ เพราะปกติเดือนตุลาคมจะไม่มีฝนแล้ว แต่อาจไม่ได้ศึกษาว่าภูมิอากาศมีความแปรปรวน กำลังจะเข้าปรากฏการณ์ลานิญา นั่นคือปลายเดือนกันยายน เขื่อนแทบทุกเขื่อนน้ำยังไม่เต็ม มีประมาณ 70 – 80 เปอร์เซ็นต์ แต่พอเข้า 2 สัปดาห์แรกของเดือนตุลาคม ฝนกลับตกหนักทำให้น้ำเต็มทุกเขื่อน ก็ต้องรีบปล่อยน้ำออกเพราะกลัวเขื่อนแตก พอน้ำลงมาพร้อมกัน ทั้งในพื้นที่ที่ฝนอุ้มอยู่กับน้ำที่เขื่อนปล่อยออกมา จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดน้ำท่วมเป็นบริเวณกว้าง[13]

ดร. สมิทธ ธรรมสโรช ประธานกรรมการมูลนิธิสภาเตือนภัยพิบัติแห่งชาติ และอดีตอธิบดีกรมอุตุนิยมวิทยา วิพากษ์ปัญหาที่เกิดขึ้นว่า มาจากการไม่มีนโยบายการเตือนภัยธรรมชาติที่ชัดเจนของภาครัฐ ทำให้หน่วยงานต่าง ๆ ไม่สนใจหรือขาดการประสานงานกัน ข้อมูลจาก *การทำนายล่วงหน้านับเดือนจึงไม่มีประโยชน์ "กรมอุตุนิยมวิทยาเตือนภัยมาแล้ว 20 กว่าฉบับ มีการบอกถึงขั้นฝนจะตกหนักตรงนั้นตรงนี้ ปริมาณแบบนี้จะทำให้เกิดน้ำท่วมฉับพลัน ถ้าคนที่ได้รับการเตือนถือไปปฏิบัติตามเอาไปบอกผู้บริหารท้องถิ่น ให้มีคำสั่งอพยพ หรือหาทางป้องกัน หากระสอบทราย ขุดลอกหนองบึง ให้ทางน้ำไหลได้คล่อง รวมทั้งเตือนประชาชนให้ยกของไว้ล่วงหน้า หรือเตรียมอาหารกักไว้ ความเสียหายมันก็จะน้อยลง"*[14]

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้พบว่า ทั้งระบบบริหารจัดการน้ำของไทย และระบบเตือนภัยมี “จุดอ่อน” รวมไปถึงปัญหาในเรื่องมุมมอง วิธีคิดในการจัดการกับภัยแล้ง น้ำท่วมที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนใหม่ โดยต้องเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส ไม่เช่นนั้นก็จะเป็นการพายเรือในอ่างที่มีรูรั่วอีกต่างหาก

ต้องบูรณาการทั้งหลักคิดและกิจกรรม

ในการเสวนาเรื่อง “วิกฤตน้ำท่วมประเทศไทย : แค่ไหน ? ปัญหา ทางออก”[15] ที่จัดโดยสถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2553 ดร.รอยล จิตรดอน ผู้อำนวยการสถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร (องค์การมหาชน) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ได้เปิดประเด็นได้น่าสนใจอย่างยิ่งว่า บทเรียนที่ได้จากวิกฤตน้ำคราวนี้ คือ คงต้องมีการ “ทบทวนโครงสร้างในการแก้ปัญหาน้ำท่วมกันใหม่” โดยระบุว่า “ที่ผ่านมาประเทศไทยใช้ทฤษฎีฝรั่งแก้ปัญหาโดยไม่ได้ดูว่ามีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและสภาพพื้นที่ของประเทศไทย”

การกำหนดแผนต่าง ๆ มักจะมาจากส่วนกลาง โดยไม่ค่อยได้คำนึงว่าเหมาะสมกับพื้นที่ต่าง ๆ อย่างไร เช่น พื้นที่อีสานที่แห้งแล้งมากนั้น แต่จากข้อมูลมีปริมาณฝนรายปีเฉลี่ย 1,300 มิลลิเมตร ขณะที่ภาคเหนือมีฝนเฉลี่ยปีละ 1,100 มิลลิเมตร เพียงแต่ภูมิประเทศของภาคเหนือเอื้ออำนวยต่อการกักเก็บน้ำ ดังนั้น หากจะแก้ปัญหาน้ำท่วมน้ำแล้งในภาคอีสาน ก็จะต้องเป็นรูปแบบโครงการขนาดเล็กจำนวนนับพันนับหมื่นโครงการกระจายทั่ว เพราะสภาพพื้นที่เป็นเนินสลับสูงต่ำ

ในเรื่องของน้ำท่วมน้ำแล้งนั้น ดร.รอยล ให้ความเห็นว่าเป็นเรื่องที่ “ต้องแก้ปัญหาพร้อม ๆ กัน” ที่ผ่านมานั้นแผนการในการแก้ปัญหาน้ำท่วมน้ำแล้งจะแยกส่วนกัน แต่ผลจากสภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ปริมาณฝนในประเทศไทยเพิ่มขึ้น จึงต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความมั่นคงและยืดหยุ่น ไม่ว่าฝนจะตกเหนือเขื่อนหรือใต้เขื่อน ต้องบริหารจัดการให้ได้

การทบทวนโครงสร้างในการแก้ปัญหาน้ำ มีประเด็นที่สำคัญมากคือ แผนป้องกัน แก้ไขน้ำท่วม น้ำแล้งที่มีอยู่นั้น ส่วนใหญ่แล้วหน่วยงานที่รับผิดชอบจะ “ต่างคนต่างทำ” และนำไปใช้น้อย ในเรื่องนี้จะต้องมีการ “บูรณาการทั้งหลักคิดและกิจกรรม”

ที่ว่าหลักคิดต้องตรงกันนั้น ดร.รอยล อธิบายว่า เช่น กรณีของภาคอีสานนั้น ถ้าเชื่อว่าแล้งก็สามารถผันน้ำจากแม่น้ำโขงมาช่วยได้ แต่ถ้าเชื่อว่าท่วม ก็ต้องแก้อีกแบบ แต่ถ้าเชื่อว่าทั้งท่วมด้วยและแล้งด้วย...หลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีหลักคิดเรื่องนี้ตรงกัน ไม่เช่นนั้นแล้วถ้าต่างคนต่างทำโดยไม่คิดถึงภาพรวม ก็จะเกิดปัญหา แต่ถ้าทุกหน่วยงานร่วมกันช่วยกัน และนำบทเรียนน้ำท่วมใหญ่ครั้งนี้มาเป็นแนวทางวางแผน ปัญหาน้ำท่วมคงน้อยลง และยังสามารถใช้น้ำที่ท่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เรียนรู้ที่จะอยู่กับน้ำ

ดร.อานนท์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา รักษาการผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (องค์การมหาชน) กำลังทำงานชิ้นสำคัญ คือ การเก็บข้อมูลน้ำท่วมให้ละเอียดที่สุด ให้เห็นชัดว่าน้ำท่วมอย่างไร ที่ไหน เพราะสิ่งที่เรียนรู้จากเหตุการณ์ครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลสำคัญที่ทำให้รู้ว่าจากนี้จะเดินไปทางไหน อย่างไร เพื่อใช้รับมือกับน้ำท่วมครั้งต่อ ๆ ไป[16]

แต่สิ่งสำคัญที่สุดก็คือ **ต้องมีการ “เปลี่ยนมุมมองความคิด” วิธีการรับมือน้ำท่วมในทุกระดับ** ตั้งแต่รัฐบาลไปจนถึงกลไกของรัฐ เพราะถ้ากลไกที่เป็น “มือไม้” ไม่ปรับเปลี่ยน การผลักดันจากรัฐบาลก็ทำอะไรไม่ได้มาก ตัวอย่างเช่น กรณีของจังหวัดอุบลราชธานี ที่แม้จะมีข้อมูลแจ้งเตือนว่า น้ำจะขึ้นสูงไปถึงระดับ 114 เซนติเมตร แต่ระดับราชการในพื้นที่ไม่กล้าตัดสินใจออกมาตรการรับมือ เช่น การสั่งอพยพผู้คน เพราะหากน้ำไม่ท่วมอย่างที่คาด ก็เกรงว่าจะได้รับผลกระทบทางหน้าที่การงาน ทั้ง ๆ ที่การคาดการณ์ล่วงหน้าย่อมมีความผิดพลาดเกิดขึ้นได้ แต่ไม่ใช่เรื่องร้ายแรงหากเป็นการตัดสินใจเพื่อป้องกันความเสี่ยง

“คนไทยอาจต้องอยู่กับน้ำให้มากขึ้น อยู่กับน้ำหมายถึงว่า ให้น้ำเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ไม่ใช่สิ่งที่ต้องไล่มันออกไป น้ำท่วมไม่ใช่ End of The World ถ้าเราไม่รังเกียจน้ำ จะทำอะไรได้ง่ายกว่านี้เยอะ ระบบราชการต้องเลิกล้มวัฒนธรรมองค์กร ต้องคิดนอกกรอบ ต้องแก้ไขความผิดพลาดในอดีตที่สะสมมานาน” ดร.อานนท์ ฝากทิ้งท้ายไว้ในสถานการณ์ที่ภัยแล้ง – ภัยน้ำท่วม มีความรุนแรงมากขึ้นจากปัจจัยทางธรรมชาติที่ผันผวนหนักขึ้นเรื่อย ๆ

จะป้องกันไม่ให้เกิดเหตุ 2,002 ซาก ที่วัดไผ่เงินซ้ำอีกได้อย่างไร?

สถานการณ์ด้านสุขภาพที่เป็นข่าวดังสั่นสะเทือนสังคมไทยที่สุดในรอบปี 2553 ที่ผ่านมาคงหนีไม่พ้นเรื่องการทำแท้งเถื่อนที่ถูกเปิดโปง เมื่อมีการพบซากตัวอ่อนมนุษย์จากการทำแท้งจำนวนนับพันในวัดใจกลางเมืองกรุง ในมุมมองของผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพมายาวนาน เหตุการณ์นี้ไม่นับว่าน่าตกใจ เพราะรับรู้กันมาตลอดและพยายามแก้ไขอย่างยากลำบากท่ามกลางบริบทสังคม วัฒนธรรมไทย ผู้ปฏิบัติงานส่วนหนึ่งถึงกับดีใจด้วยซ้ำที่ปัญหาเผยตัวออกมาให้สังคมรับรู้ เพราะคาดหวังว่าจะได้รับความสนใจจากภาคนโยบายและจะนำไปสู่การป้องกันแก้ไขปัญหาที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพอย่างจริงจังเสียที



http://www.tnews.co.th/html/picture/tnews_1291098300_1523.jpg

เป็นข่าวครึกโครมไปทั่วโลกเมื่อพบซากตัวอ่อนมนุษย์นับพันในวัดกลางกรุง

"สยองกลางกรุงพบซากทารก 348 ศพ วัดไผ่เงินฯ เค้นเครียดสัปเหร่อสารภาพรับจ้างคลินิกทำแท้งเถื่อนเก็บรอเผา" [1]

"ซากทารกทะลุ 2,002 ศพ – สั่งตรวจดีเอ็นเอเก็บ" [2]

วันที่ 16 พฤศจิกายน 2553 สังคมไทยรับรู้ข่าวเกี่ยวกับการทำแท้งครั้งใหญ่ที่สุดก็ว่าได้ เมื่อมีรายงานข่าวว่าพบซากตัวอ่อนมนุษย์จำนวนมากถึง 348 ซาก ถูกซุกซ่อนไว้ในโกดังเก็บศพภายในวัดไผ่เงินโชตนาราม ซอยตรอกจันทน์ เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร โดยสัปเหร่อของวัดรับสารภาพกับเจ้าหน้าที่ตำรวจว่า รับจ้างจากคลินิกที่รับทำแท้งเถื่อนหลายแห่งให้นำซากดังกล่าวมาเก็บไว้ที่ช่องเก็บศพเพื่อรอการเผา[3] สื่อต่างประเทศทั้งเอเอฟพี บีบีซี ซีเอ็นเอ็น ฟอกซ์นิวส์ และอีกจำนวนมากพาดหัวและโปรยคล้ายกันว่า เป็นการพบซากตัวอ่อนมนุษย์ในวัดพุทธแห่งหนึ่งกลางเมืองหลวงของประเทศไทย จนกลายเป็นข่าวติดอันดับที่มีผู้อ่านมากที่สุดอันดับต้น ๆ บนเว็บไซต์บีบีซีในช่วงเวลาหนึ่ง

ต่อมาเจ้าหน้าที่ตำรวจได้ขยายผลคดีอย่างรวดเร็ว จนสามารถควบคุมตัวอดีตผู้ช่วยแพทย์ในคลินิกแห่งหนึ่ง ซึ่งยอมรับว่าลักลอบให้บริการทำแท้งมาแล้วเป็นเวลา 3 ปี คนที่มาทำมีอายุตั้งแต่ 13 – 38 ปี มักมีอายุครรภ์มากจนที่อื่นไม่รับทำ อายุครรภ์มากที่สุดที่ตนเองเคยทำคือ 7 เดือนครึ่ง และที่ผ่านมาตนต้องรับเลี้ยงเด็กจำนวนถึง 8 คน ที่ไม่เสียชีวิตและแม่เด็กไม่สามารถดูแลได้[4]

ปราบแหล่งรับทำแท้งหวังลดแท้งเถื่อน

ทันทีที่มีรายงานข่าวปรากฏขึ้น นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศใช้กฎหมายอาญาในการจัดการกับคลินิกรับทำแท้งทันที *"ได้สั่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประสานกับตำรวจร่วมกันทำงานรวมทั้งตรวจค้นคลินิกกลุ่มเสี่ยงประเภทคลินิกเสริมความงาม คลินิกศัลยกรรม คลินิกปรึกษาปัญหาครอบครัว และคลินิกบำบัดยาเสพติด ซึ่งไม่ได้เจาะจงว่าจะทำแท้งทั้งหมด แต่จากข้อมูลพบว่าเป็นกลุ่มที่สุ่มเสี่ยงทำแท้ง และจากนี้ไปเจ้าหน้าที่ของกระทรวงจะประสานงานกับตำรวจคอยตรวจตราเป็นระยะเพื่อตัดวงจรทำแท้งเถื่อน..."*[5] ท่าทีอันแข็งกร้าวจากกระทรวงสาธารณสุขส่งผลให้เกิดการขยายผลการจับกุมครอบคลุมทั้งสถานพยาบาลที่ต้องสงสัยและแหล่งผลิตยาจำนวนมาก[6] ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ในแนวทางเดิม ๆ ของกระทรวงสาธารณสุขในยามที่มีข่าวเกี่ยวกับการทำแท้งเถื่อนในทุกยุคทุกสมัย


http://www.sxc.hu/browse.phtml?f=download&id=1260743

เสียงจากสังคมมีทั้งสนับสนุนให้แก้กฎหมายทำแท้งและเสียงคัดค้าน

นายสาธิต ปิตุเตชะ กรรมการบริหารพรรคประชาธิปัตย์ ให้สัมภาษณ์ว่า จะรวบรวมรายชื่อ ส.ส. เพื่อเสนอขอแก้ไขกฎหมายทำแท้งเพื่อลดความเสี่ยงของผู้ประสบปัญหาท้องไม่พร้อม ที่ต้องไปใช้บริการทำแท้งเถื่อนที่ไม่มีมาตรฐานทางการแพทย์ โดยยืนยันเช่นเดียวกับ นายแพทย์บุรณัชย์ สมุทรักษ์ โฆษกพรรคประชาธิปัตย์ ว่า ร่างกฎหมายดังกล่าวนี้จะต้องผ่านการหารือกับภาคส่วนต่าง ๆ อย่างรอบคอบก่อนและไม่ใช่การสนับสนุนให้มีการทำแท้งทุกกรณี[7] ขณะเดียวกัน ภาคประชาสังคมนำโดยเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเกือบ 50 องค์กร ก็มองว่าถึงเวลาแล้วที่สังคมควรเปิดใจยอมรับการเข้าถึงบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทั้งเรื่องของสถานพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการ และควรมีมาตรการรองรับในการช่วยเหลือผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม เช่น การมีบ้านพักรอคลอด มีกองทุนช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น[8]

ที่น่าสนใจคือเมื่อสวนดุสิตโพลล์สำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อการขยายเงื่อนไขในการทำแท้งอย่างถูกกฎหมายพบว่า ร้อยละ 66 บอกว่าเห็นด้วย และต้องให้ความรู้ควบคู่ไปด้วย แต่ในทันทีก็มีเสียงคัดค้านจากนายกรัฐมนตรีว่า กฎหมายที่มีอยู่นั้นถือว่าอยู่ในระดับที่เหมาะสมและเพียงพอแล้ว[9] ในขณะที่ฝ่ายนิติบัญญัติแสดงความเห็นว่าการแก้กฎหมายเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ควรเพิ่มมาตรการเชิงป้องกันปัญหาท้องไม่พร้อมมากกว่า[10]

เสียงส่วนใหญ่อยากให้มีการสอนเพศศึกษาเพื่อลดปัญหาท้องไม่พร้อมและทำแท้ง

"สะกิด รร. 'เลิกอ้ำอึ้ง' สอนเรื่องเพศ"[11]

"ชี้พ่อแม่ – ครูร่วมสอนเซ็กส์ปลอดภัย"[12]

"ผู้ปกครองเห็นด้วยกว่า 90% สอนเพศศึกษาสกัดทำแท้ง"[13]

ในบรรดาข้อเสนอเชิงนโยบายจากภาคส่วนต่าง ๆ ของสังคม ข้อเสนอว่าด้วยการจัดให้มีการเรียนการสอนเพศศึกษาที่มีเนื้อหาครอบคลุมถึงวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์นับว่าเป็นสิ่งที่ได้รับการเสนอและมีเสียงสนับสนุนมากที่สุด แม้แต่ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม หรือที่รู้จักกันในนามของ "ศูนย์คุณธรรม" ก็ได้แสดงจุดยืนที่ชัดเจนในเรื่องนี้ รวมถึงสนับสนุนแนวคิดที่จะให้นักเรียนนักศึกษาที่ตั้งครรภ์ได้รับการดูแลประคับประคองให้สามารถเรียนต่อและดูแลตัวเองและบุตรได้

นางสาวนราทิพย์ พุ่มทรัพย์ ผู้อำนวยการศูนย์คุณธรรม กล่าวว่า *"อย่ามองว่าเป็นเรื่องลามกอนาจาร สังคมไทยเปลี่ยนไปแล้ว ... ต้องหันหน้ามาช่วยกัน ไม่ใช่*

เด็กท้องแล้วไล่ออก ... เด็กกลัวถูกไล่ออกจากโรงเรียนก็หันไปทำแท้ง"[14] ขณะที่ นายชินภัทร ภูมิรัตน เลขาธิการคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (กพฐ.) ให้สัมภาษณ์ว่าได้มอบให้สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เป็นผู้วิเคราะห์ว่า วิธีการสอนเพศศึกษาที่ถูกต้องและเหมาะสมควรทำอย่างไร และมองว่าเป็นเรื่องที่หลายหน่วยงานต้องร่วมมือกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ *"ยอมรับว่าการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาการทำแท้ง แต่ไม่ใช่เป็นคำตอบสุดท้าย ...ต้องขึ้นอยู่กับมาตรการทางสังคมและมาตรการทางกฎหมายด้วย"*[15]

การป้องกันและแก้ไขปัญหาทำแท้งเถื่อนให้ได้ผล – บทเรียนจากนานาประเทศ

1. อัตราการทำแท้งจะลดลงได้ถ้าประชาชนมีความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการคุมกำเนิดและเข้าถึงระบบบริการคุมกำเนิดได้อย่างทั่วถึง การศึกษาเปรียบเทียบประสบการณ์ของประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกพบว่าอัตราการทำแท้งไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสถานะทางกฎหมายของการทำแท้ง เช่น ในประเทศแถบละตินอเมริกาซึ่งห้ามทำแท้งอย่างเข้มงวด แต่อัตราการทำแท้งต่อปีกลับสูงมาก ในประเทศแถบยุโรปตะวันออกซึ่งกฎหมายเปิดทางให้ทำแท้งได้ แต่อัตราการทำแท้งกลับต่ำมาก ขณะที่ในกรณีของประเทศเวียดนามซึ่งอนุญาตให้ทำแท้งได้อย่างถูกกฎหมาย แต่อัตราการทำแท้งสูงติดอันดับโลก รายงานวิจัยนี้พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้อัตราการทำแท้งลดลงคือระบบบริการสุขภาพด้านการคุมกำเนิดที่ทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ[16]

2. อัตราการบาดเจ็บและล้มตายเพราะการทำแท้งที่ไม่ได้มาตรฐานจะลดลงเมื่อกฎหมายเปิดทางให้มีการทำแท้งอย่างถูกหลักการแพทย์ ครอบคลุมสภาพปัญหาที่แท้จริงและจัดบริการไว้อย่างพอเพียง

- ซากตัวอ่อนอายุในครรภ์หลายเดือนที่พบในวัดไผ่เงินโชตนาราม สะท้อนชัดว่า มีการทำแท้งอย่างไม่ถูกหลักการแพทย์เกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย ข้อมูลที่ขาดหายไปจากข่าวคือ อัตราการบาดเจ็บและเสียชีวิตของผู้หญิงเจ้าของครรภ์ หลายประเทศมีประสบการณ์ที่ชี้ให้เห็นว่าถ้ากฎหมายอนุญาตให้ผู้หญิงทำแท้งอย่างปลอดภัยภายใต้เหตุผลความจำเป็นต่าง ๆ จะสามารถช่วยรักษาชีวิตผู้หญิงไว้ได้มาก เช่น ที่แอฟริกาใต้หลังการแก้กฎหมายทำแท้งได้ 6 ปี พบว่า อัตราการตายจากการทำแท้งที่ไม่ได้มาตรฐานลดลงครึ่งหนึ่ง เช่นเดียวกับที่เนปาลหลังแก้กฎหมายทำแท้งให้เปิดกว้างมากยิ่งขึ้นเมื่อปี 2547[17]
- แต่ลำพังกฎหมายทำแท้งเพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถลดอัตราการตายและบาดเจ็บจากการทำแท้งเถื่อนได้ ตัวอย่างจากอินเดียชี้ชัดว่าแม้จะอนุญาตให้ผู้หญิงทำแท้งอย่างถูกกฎหมายมานานกว่า 30 ปีแล้ว แต่อัตราการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยกลับสูงมาก เพราะระบบบริการทำแท้งของภาครัฐไม่มีคุณภาพเพียงพอ ผู้หญิงที่มีฐานะดีจะเลือกไปทำที่โรงพยาบาลเอกชนและมักจะปลอดภัย ตรงข้ามกับผู้หญิงที่ยากจนซึ่งต้องใช้บริการจากโรงพยาบาลรัฐที่มีสภาพไม่สะอาด แพทย์ขาดการฝึกอบรมให้มีทักษะในการรักษา และไม่มีมาตรฐานในการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของคนไข้ที่ดีพอ นอกจากนี้ถ้าผู้หญิงมาขอรับการรักษาเพียงลำพัง ไม่มีสามีมาด้วย หรือมีสามีแล้วแต่ยังไม่มีลูก แพทย์ก็มักปฏิเสธที่จะให้การรักษา ทำให้ต้องหันไปหาผู้ให้บริการนอกระบบที่ไม่มีคุณภาพเพียงพอ[18]

บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยครบวงจร: เรียนรู้จากภูมิภาคสู่การพัฒนางานในประเทศไทย

เมื่อวันที่ 17 – 18 มกราคม 2554 มีการประชุมระดับภูมิภาคเอเชียเรื่อง บริการดูแลรักษาการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและครบวงจร ณ กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย เพื่อแลกเปลี่ยนความก้าวหน้าการดำเนินงานการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในภูมิภาค วิเคราะห์ค้นหาประเด็นและบริบทความท้าทายในการทำงานเพื่อการดูแลรักษาการยุติการตั้งครรภ์อย่างครบวงจร และเสริมสร้างความตระหนักและพันธสัญญาในส่วนต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาบริการยุติการ

ตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การพัฒนางานบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ของตัวแทนประเทศที่เข้าร่วมประชุม พบความน่าสนใจในแต่ละประเทศดังนี้[19]

อินโดนีเซีย เกณฑ์ในการยุติการตั้งครรภ์ได้น้อยกว่าประเทศไทยคือ เพื่อรักษาชีวิตของผู้หญิง และกรณีข่มขืน หรือในกรณีฉุกเฉิน (เช่น ผู้หญิงที่ตกเลือดเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น) แต่หญิงนั้นต้องอยู่ในสถานะสมรสแล้วเท่านั้น การเป็นประเทศอิสลามทำให้บริการภาครัฐมีจำกัด และการเปิดคลินิกของเอกชนเป็นไปด้วยความยากลำบาก เสี่ยงต่อการถูกตำรวจตรวจจับ ทำให้มีข้อเสนอที่จะให้มีหน่วยให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายในองค์กรที่เปิดคลินิกให้บริการ รวมทั้งพัฒนาระบบการส่งต่อให้ดียิ่งขึ้น

มองโกเลีย จากการปรับแก้กฎหมายใน ค.ศ.1943 การยุติการตั้งครรภ์ค่อนข้างเปิดกว้าง กล่าวคือ ทำได้เมื่อมีการร้องขอจากผู้หญิง อย่างไรก็ตาม บริการในภาครัฐนั้นยังมีค่อนข้างจำกัด แพทย์ไม่ยินดีทำ เนื่องจากประเทศมีประชากรค่อนข้างน้อย (ประมาณ 2.7 ล้านคน) รัฐต้องการให้มีการเพิ่มประชากรให้กับประเทศจึงไม่สนับสนุนเรื่องนี้ ดังนั้น บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยส่วนใหญ่จึงดำเนินงานโดยองค์กรเอกชนที่เปิดคลินิก 3 แห่งทั่วประเทศ และมีระบบส่งต่อจากโรงพยาบาลรัฐมา ที่คลินิกความห่างไกลของการเดินทางระหว่างชุมชนเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้เข้าไม่ถึงบริการ แม้ว่าการยุติการตั้งครรภ์จะถูกกฎหมาย แต่ก็มีการต่อต้านจากกลุ่มในสังคมที่ต้องการเพิ่มประชากรเป็นระยะ ๆ

ฟิลิปปินส์ การเป็นประเทศคาทอลิกที่เข้มแข็งทำให้การยุติการตั้งครรภ์เป็นไปไม่ได้ในทุกกรณี แม้ว่าหญิงนั้นจะมีอาการตกเลือดหรือติดเชื้อในกระแสเลือด ก็อาจถูกปฏิเสธบริการจากโรงพยาบาลได้ การทำงานของคลินิกขององค์กรพัฒนาเอกชน จึงทำได้ด้วยความยากลำบากและต้องทำงานในลักษณะใต้ดิน กลุ่มสิทธิผู้หญิงที่เข้าร่วมประชุมนี้จึงได้นำเสนอวิดีทัศน์เพื่อสร้างความตระหนักให้กับสังคมในรูปแบบชีวิตที่ผู้หญิงท้องและทำแท้งต้องเผชิญ การผลักดันนโยบายของประเทศนี้จึงใช้กรอบของสิทธิสุขภาพของผู้หญิงคือสิทธิมนุษยชน

มาเลเซีย เกณฑ์ในการยุติการตั้งครรภ์เป็นเช่นเดียวกับประเทศไทย ยกเว้นในเรื่องหญิงนั้น อายุต่ำกว่า 15 ปี ที่น่าสนใจคือ ประเด็นในด้านสุขภาพใจยังคงเป็นที่ถกเถียงกัน (เช่นเดียวกับไทย) หน่วยงานที่มานำเสนอคือ RRAAM: Reproductive Rights Advocacy Alliance Malaysia เสนอการทำงานเป็นพันธมิตร ประกอบไปด้วยหน่วยงานเอกชน มีกิจกรรมในด้านต่าง ๆ อาทิเช่น เว็บไซต์แลกเปลี่ยนข้อมูลและบอกบริการ การจัดประชุมวิชาการแพทย์ บัญชีรายชื่อแพทย์ที่ให้ความช่วยเหลือ การผลักดันเชิงนโยบายในด้านการทำแนวทางการให้บริการ เพศศึกษา และการสอนเทคโนโลยีที่ปลอดภัยในโรงเรียนแพทย์ เป็นต้น

เนปาล ได้แก้กฎหมายให้การยุติการตั้งครรภ์ได้เมื่อผู้หญิงร้องขอ ใน ค.ศ. 2007 ความสำเร็จในการแก้กฎหมายมาจากการที่ประเทศมีอัตราการตายของผู้หญิงจากการท้องและคลอดสูงมาก และสาเหตุที่สำคัญของการตายคือ มาจากการแท้งที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้น การปรับแก้กฎหมายจึงเป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์เพื่อลดอัตราการตายของผู้หญิงในภาพรวม โดยให้ผู้หญิงทุกคนได้เข้าถึงบริการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย มีการพัฒนาแนวทางการให้บริการแห่งชาติ ที่ชัดเจน ความท้าทายของประเทศเนปาลคือ กว่าครึ่งของผู้หญิงอ่านเขียนไม่ได้ การให้ความรู้บอกบริการจึงต้องพัฒนาให้สอดคล้อง

ปากีสถาน มีการรวมกลุ่มสูตินรีแพทย์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรึกษาและส่งต่อบริการยุติการตั้งครรภ์ การศึกษาเบื้องต้นพบว่าแพทย์ไม่ยินดียุติการตั้งครรภ์เพราะความไม่มั่นใจในองค์ความรู้และทักษะการให้บริการ การรวมกลุ่มกันนี้ทำให้แพทย์ที่มีทัศนคติลังเลต่อการให้บริการ ปรับทัศนะและหันมาให้บริการที่ปลอดภัยด้วย

เวียดนาม มีกฎหมายให้การยุติการตั้งครรภ์ทำได้เมื่อผู้หญิงร้องขอตั้งแต่ พ.ศ. 2503 เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการลดประชากร มีการพัฒนาบริการที่ปลอดภัยได้รับการสนับสนุนและพัฒนาจากองค์กรระหว่างประเทศมากว่าสิบปี ปัจจุบันได้พัฒนาแนวทางระดับชาติมีการใช้เทคโนโลยีที่ปลอดภัยและทันสมัย คือการยุติการตั้งครรภ์โดยระบบสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration – MVA) และโดยใช้ยา เปรียบเทียบแล้วทันสมัยกว่าของไทย ทำให้เป็นแหล่งศึกษาดูงานของประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาค

ไทย ผู้แทนไทยวิเคราะห์สถานการณ์ของไทยพบว่า *ขาดบริการดูแลรักษาการยุติการตั้งครรภ์อย่างครบวงจร* คือ (1) บริการปรึกษาก่อนยุติการตั้งครรภ์มีจำกัด เข้าถึงได้ยาก (2) วิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยโดยใช้ MVA ยังใช้ไม่แพร่หลาย และทางเลือกการยุติการตั้งครรภ์โดยใช้ยายังไม่มีในระบบ เนื่องจากประเทศไทยยังไม่ขึ้นทะเบียนยายุติการตั้งครรภ์ Mifepristone (3) การดูแลหลังยุติการตั้งครรภ์ไม่ชัดเจนในระบบบริการของรัฐ

ขณะที่*กฎหมายของไทยที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์เป็นกฎหมายอาญา* ในกรณีเป็นอันตรายต่อชีวิตในด้านสุขภาพกาย – ใจ ข่มขืน และล่วงละเมิดทางเพศในหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี ความเข้มงวดของกฎหมายส่งผลต่อทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ทำให้เข้าถึงบริการที่ปลอดภัยได้ยาก และที่สำคัญคือ *การยุติการตั้งครรภ์เป็นประเด็นจริยธรรมในสังคมไทยที่สำคัญ ทำให้ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนต้องดำเนินงานด้วยความระมัดระวัง* แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยมีการตอบสนองปัญหาในระดับชาติ เช่น ยุทธศาสตร์ช่วยเหลือเด็กและเยาวชนที่ท้องไม่พร้อม พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นต้น แต่ก็มุ่งประเด็นไปที่การป้องกัน และการดูแลแม่วัยเยาว์เป็นหลัก

ในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา แนวโน้มของการแก้ไขกฎหมายทำแท้งที่เข้มงวดในประเทศต่างๆ ทั่วโลกได้คลี่คลายไปในทางผ่อนปรนมากยิ่งขึ้น มีไม่น้อยกว่า 36 ประเทศทั่วโลก ที่แก้ไขกฎหมายทำแท้งให้ขยายความครอบคลุมไปถึงผู้หญิงที่ต้องการทำแท้งด้วยสาเหตุต่างๆ และกำหนดให้เป็นบริการที่ต้องจัดให้ได้มาตรฐานทางการแพทย์ ทั้งนี้ เพราะรัฐบาลต้องแบกรับภาระในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากการทำแท้งเถื่อนเป็นจำนวนมากในแต่ละปี

การที่ประเทศไทยเรายังเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาการทำแท้งเถื่อนเกิดขึ้นและดำรงอยู่มาไม่น้อยกว่า 50 ปี ผนวกกับพันธสัญญาที่ได้ให้ไว้กับประชาคมโลก ในการปรับปรุงสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชาชนดังที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการด้านประชากรและการพัฒนา ค.ศ. 1994 แผนปฏิบัติการด้านพัฒนาสตรี ค.ศ. 1995 และเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่ต้องบรรลุใน ค.ศ. 2015 รัฐบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ปัญหาทำแท้งเถื่อนเงียบหายไปตามกระแสข่าว แต่ควรถือเป็นโอกาสที่สังคมตื่นตัวเป็นอย่างยิ่งนี้ ลงมือสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดโดยเร็ว อย่างน้อยก็ในประเด็นต่อไปนี้

1. ผู้หญิงที่ประสบปัญหาท้องไม่พร้อมที่เข้าข่ายยุติการตั้งครรภ์ได้ตามกฎหมาย ต้องได้รับบริการที่ปลอดภัย โดยมีบริการดูแลรักษาการยุติการตั้งครรภ์อย่างครบวงจร โดยเฉพาะในระบบบริการของภาครัฐ

2. ลดการใช้วิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และเพิ่มการใช้วิธีการที่ปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ โดยเพิ่มคุณภาพของการรักษาด้วยเทคนิควิธีการทางการแพทย์สมัยใหม่ เช่น การทำแท้งโดยการใช้ยา (Medical Abortion) การทำแท้งโดยระบบสูญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration) เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของการทำแท้งลงด้วย[20]

3. พัฒนาและผลักดันให้เกิดการเพิ่มจำนวนแพทย์ที่ยินดีเต็มใจในการให้บริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย โดยการสร้างความตระหนักต่อบทบาทแพทย์ต่อการให้บริการเพื่อป้องกันผลกระทบทางสาธารณสุขทั้งในระยะสั้นและระยะยาว พัฒนาให้เกิดแนวทางการให้บริการ (Practice Guideline) ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น และสร้างกลไกการปกป้องแพทย์เฉพาะทางที่ให้บริการในด้านนี้ ทั้งในด้านกฎหมายและสังคม



www.sxc.hu/browse.phtml?f=download&id=322392

ปฏิรูปประเทศไทยเพื่อแก้ไขความขัดแย้งทางการเมือง: ฟันไกล...แต่อาจไปไม่ถึง!



http://atlasshrugs2000.typepad.com/.a/6a00d8341c60bf53ef-0133f584cedf970b-800wi

ความขัดแย้งที่เกิดจากเหตุการณ์ชุมนุมและนำไปสู่การจลาจลทางการเมือง ตั้งแต่ม็อบเสื้อเหลืองต่อต้านระบอบทักษิณ ก่อนการรัฐประหาร ปี 2549 จนมาสู่การยึดทำเนียบและสนามบิน ในปี 2551 พอปี 2552 ม็อบเสื้อแดงบุกถล่มการประชุมสุดยอดผู้นำอาเซียนบวก 6 ที่โรงแรมในพัทยา และปี 2553 ก็เกิดม็อบเสื้อแดง นำไปสู่เหตุการณ์รุนแรงที่สั่นแยกคอกวัวและราชประสงค์ และจนบัดนี้ ม็อบการเมืองก็ยังเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่มีทีท่าจะจบสิ้นได้ง่ายๆ หลายฝ่ายสรุปว่า ความขัดแย้งนี้มีสาเหตุหลักมาจากความเหลื่อมล้ำในสังคม สภาวการณ์สองมาตรฐาน และความล้มเหลวของตุลาการภิวัตน์ นำมาสู่ความคิดที่ว่าประเทศไทยต้องการการปฏิรูป แบบยกเครื่องสุดๆ ทุกๆ เรื่อง ...ฟันนี้จะไปไกลได้แค่ไหน เวลาเท่านั้นคือคำตอบ

ปี 2553 ปีที่เหตุการณ์ความรุนแรงในประเทศไทยติดอันดับโลก และปีเริ่มต้นปฏิรูปประเทศไทย

ปี 2553 การชุมนุมของม็อบเสื้อแดง เพื่อเรียกร้องให้รัฐบาลยุบสภา จนเกิดความรุนแรงเมื่อเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม 2553 ที่ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 92 ศพ และผู้บาดเจ็บเกือบ 2 พันคน ทำให้เหตุการณ์นี้ติดข่าวสำคัญอันดับโลก ได้แก่ สำนักข่าวซีเอ็นเอ็น ยกกรณีม็อบเสื้อแดงในไทย เป็นอันดับ 1 สุดยอดเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงโลก[1] นิตยสารไทม์ จัดให้การชุมนุมใหญ่ของเสื้อแดง ติดอันดับ 10 ของสิบข่าวเด่นทั่วโลกในปี 2553[2] ขณะที่ในระดับภูมิภาค หนังสือพิมพ์ สเตรทไทมส์ ของสิงคโปร์ รายงานว่า หัวหน้าคณะนักวิจัยด้านเศรษฐกิจจากธนาคาร HSBC ฮ่องกง ระบุว่า เหตุจลาจลในเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2553 คือ ภาพสะท้อนความขัดแย้งทางการเมืองที่เลวร้ายและสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจให้กับไทยมากที่สุดในรอบ 20 ปี[3]

ความบอบช้ำอย่างหนักเกิดกับประเทศ ประชาชนแตกแยกรุนแรงอย่างที่ไม่เคยมีมาก่อน มาตรการสร้างความปรองดองสมานฉันท์ เพื่อเยียวยาบาดแผลที่บาดลึก และคืนความสงบสุขให้บ้านเมืองถูกนำเสนอจากหลายภาคส่วน ก่อนจะตกผลึกเป็น “การปฏิรูปประเทศไทยครั้งใหญ่” เพื่อแก้ไขปัญหา “ความไม่เป็นธรรม” และ “ความเหลื่อมล้ำ” และ “ภาวะสองมาตรฐาน” ที่เชื่อกันว่าเป็นชนวนเหตุสำคัญที่จุดไฟความไม่สงบทางการเมืองให้ยืดเยื้อมานานหลายปี มาตรการที่ว่านี้ มีทั้งผู้ที่มองว่าเป็นการ “ซื้อเวลา” ของรัฐบาล เป็นเรื่องเพ้อฝัน แต่ก็มีผู้ที่ให้กำลังใจ และเห็นว่าดีกว่า...ไม่ทำอะไรเลย

บุคคลสองคนที่ได้รับความเคารพ เชื่อถือจากสังคม คือ นายอานันท์ ปันยารชุน อดีตนายกรัฐมนตรี และนายแพทย์ประเวศ วะสี รับเทียบเชิญจากนายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี (ซึ่งได้รับข้อเสนอจากภาคประชาสังคมมาอีกต่อหนึ่ง) เข้ามาเป็นประธานคณะกรรมการปฏิรูป (คปร.) และประธานคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป (คสป.) ตามลำดับ

“คณะกรรมการปฏิรูป 2 ชุด คล้ายฝาแฝดอิน – จัน ต้องไปด้วย ทำอะไรร่วมกัน ทำคนละเรื่องในเรื่องเดียวกัน สิ่งที่เราจะทำคือ การเปลี่ยนสังคมไทยให้เป็นสังคมที่มีความยุติธรรมมากกว่าในอดีต มีความเหลื่อมล้ำน้อยกว่าในอดีต เป็นระเบียบวาระของชาติที่ไม่ต้องอาศัยรัฐบาลไหน หรือคนใดโดยต้องได้รับการสนับสนุนจากประชาชน”

ประธานคณะกรรมการปฏิรูปเปิดใจ และย้ำ ว่าข้อเสนอของคณะกรรมการฯ *“ต้องอยู่บนพื้นฐานของความจริงของสังคมไทย เท้าต้องติดดิน จะไม่เสนออะไรที่เป็นนามธรรม จะเสนอเป็นแผนการปฏิบัติ ที่รัฐบาล ราชการ เอกชน สามารถนำไปปฏิบัติได้ ทำได้ทันที”*[4]

ก่อนหน้านั้น มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้น 4 ชุด ได้แก่ คณะกรรมการปฏิรูปตำรวจ คณะกรรมการปฏิรูปสื่อ แต่ที่ถูกต่อต้านจากพรรคเพื่อไทยและแนวร่วมประชาชนต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ (นปช.) ว่า “ไม่เป็นกลางและไม่อิสระจริง”[5] คือ “ดร.คณิต ณ นคร” อดีตอัยการสูงสุด ประธานคณะกรรมการอิสระเพื่อตรวจสอบและค้นหาความจริงเพื่อการปรองดองแห่งชาติ (คอป.) และ “ดร.สมบัติ ธำรงธัญวงศ์” อธิการบดีสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า) ประธานคณะกรรมการอิสระพิจารณาแนวทางแก้ไขรัฐธรรมนูญ

อย่างไรก็ตาม 38 เครือข่ายนักศึกษาและภาคประชาชน ออกจดหมายเปิดผนึกลงวันที่ 24 มิถุนายน 2553 เรื่อง “คัดค้านวาทกรรมอำพราง ต่อต้านกระบวนการปฏิรูปประเทศไทยอำมหิต” เพราะมองว่าการปฏิรูปประเทศไทยเป็นเพียงเครื่องมือที่รัฐบาลใช้เบี่ยงเบนประเด็นความสนใจของสังคมต่อข้อเรียกร้องที่ให้มีการพิสูจน์ข้อเท็จจริงและรับผิดชอบในกรณีที่มีผู้เสียชีวิต ผู้สูญหาย และผู้บาดเจ็บนับพันรายจากการที่รัฐบาลสั่ง “กระชับพื้นที่” การชุมนุมของคนเสื้อแดงในช่วงเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2553 และแย้งว่า “ความไม่เสมอภาคทางการเมือง” ต่างหากคือประเด็นขัดแย้งหลักของสังคมไทย

สังคมไทย...ยังไม่หยุดแตก

แต่การขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทยครั้งใหญ่ก็เดินหน้าไปอย่างเงียบเชียบ ท่ามกลางการโรมรันพันตูรอบใหม่ของผู้คนในสังคม กลุ่ม “คนเสื้อแดง” หรือ นปช. เคลื่อนขบวนอีกครั้งด้วยปฏิบัติการเรียกร้องความเป็นธรรมให้ปล่อยตัว หรือให้ประกันแกนนำและผู้ร่วมชุมนุมที่ถูกคุมขัง โดยนัดชุมนุมกันเดือนละ 2 ครั้ง ในพื้นที่อนุสาวรีย์ประชาธิปไตย และย่านราชประสงค์ จนเกิดการกระทบกระทั่งกับผู้ค้าในย่านนั้นในที่สุด

ในขณะที่ “กลุ่มคนเสื้อเหลือง” หรือพันธมิตรประชาชนเพื่อประชาธิปไตย ที่ “แยกร่าง” ไปเป็นพรรคการเมืองใหม่ แต่ไม่ประสบความสำเร็จในเวทีเลือกตั้งทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น ก็เริ่มมี “สัมพันธภาพที่แปลกแปร่ง” กับรัฐบาล โดยเฉพาะพรรคประชาธิปัตย์ ความสัมพันธ์ดิ่งเหวลงตามลำดับ จนมาถึงขั้น “ผีไม่เผาเงาไม่เหยียบ” เมื่อเห็นไม่ตรงกันเรื่องการทวงคืนดินแดนและปราสาทเขาพระวิหาร จนกระทั่งเคลื่อนมวลชนลงสู่ท้องถนน ประกาศชุมนุมยืดเยื้ออีกครั้งเมื่อวันที่ 25 มกราคม 2554[6]

ด้านพรรคเพื่อไทยยังคงผนึกกำลังเป็นเนื้อเดียวกันกับกลุ่มคนเสื้อแดง โดยเฉพาะ “นายจตุพร พรหมพันธ์” ที่รับบท “หัวหมู่ทะลวงฟัน” เปิดศึกปะ ฉะ ดะ “นายธาริต เพ็งดิษฐ์” อธิบดีกรมสอบสวนคดีพิเศษ (ดีเอสไอ) ที่เดินหน้าลุยจับผู้ต้องหาคดีก่อการร้ายได้อย่างต่อเนื่อง แต่ภายในพรรคเพื่อไทยเองก็มีข่าวคราวความขัดแย้งแตกแยก ทั้งความไม่ลงตัวของตำแหน่งหัวหน้าพรรค

ไปจนถึงการขับสมาชิกพรรคบางคนที่เอาใจออกห่าง เพราะเจอ “พลังดูด” จากพรรคภูมิใจไทย รวมไปถึงข่าวคราวการแตกเป็นหลายก๊กหลายกลุ่มของ นปช. คนเสื้อแดง[7] และปรากฏการณ์ “น้ำแยกสาย ไผ่แยกกอ” ของพันธมิตรฯ และคนเสื้อเหลือง[8]

แต่ที่ยังทรงอิทธิพล ทำให้ประเทศไทยปั่นป่วนต่อเนื่องมาหลายปี ก็คือความเคลื่อนไหวของอดีตนายกรัฐมนตรี “พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร” ที่นอกจากจะ “ทวิต” “โฟนอิน” “วิดีโอลิงค์” มายังกลุ่มผู้สนับสนุนโดยสม่ำเสมอแล้ว ยังก้าวไปเป็นที่ปรึกษาทางเศรษฐกิจ ให้กับนายกรัฐมนตรีกัมพูชา ช่วงปลายปี 2552 ก่อนจะลาออกในเดือนสิงหาคม 2553

ผลพวงความสัมพันธ์ของ “ทักษิณ – ฮุนเซ็น” ได้ทำให้ความสัมพันธ์ที่ยาวนานถึง 60 ปี ระหว่าง “ไทย – กัมพูชา” ต้อง “ลดระดับลง” และมีความตึงเครียดยืดเยื้อตามมา เมื่อผนวกกับ “ปมทางประวัติศาสตร์” ที่คาใจกันมานาน ผสานกับปัญหาปราสาทเขาพระวิหาร จึงบานปลายกลายเป็นการปะทะกันที่ชายแดนบริเวณ อ.กันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ ตอนต้นปี 2554 และในห้วงเวลาใกล้เคียงกันนั้น “โรเบิร์ต อัมสเตอร์ดัม” ทนายความส่วนตัวของอดีตนายกฯ ทักษิณ ก็ได้ยื่นฟ้อง นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีไทย ต่อศาลอาญาระหว่างประเทศในข้อหาสั่งสลายการชุมนุมคนเสื้อแดง[9]

กว่าถั่วจะสุก...งาก็ไหม้?

จากสภาพการณ์ข้างต้น จะเห็นได้ว่าการโรมรันพันตูทางการเมืองของตัวละครในส่วนการเมือง แทบจะไม่ได้ลดระดับลงไปเลย เพียงแต่ยังไม่เข้าสู่ “เขตอันตราย” ด้วยการใช้ความรุนแรงเหมือนห้วงเวลาก่อนหน้าเท่านั้น แต่มีแนวโน้มสูงมากที่จะเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบขึ้นมาอีกครั้ง

คำถามคือ งานของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อให้สร้างการปฏิรูป ปรองดอง สมานฉันท์ ที่หลายภาคส่วนตั้งความหวังให้เป็น “ทางออก” ของวิกฤตการณ์ของบ้านเมือง จะมีโอกาสเป็นเช่นนั้นได้หรือไม่ หรือจะเข้าตำรา “กว่าถั่วจะสุก งาก็ไหม้” ไปเสียก่อน

ต่อเรื่องนี้ ดร.ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ อาจารย์ประจำคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ควบรวมที่นั่งกรรมการทั้งชุด คปร. และ คสป. ได้ให้รายละเอียดสำคัญว่า 3 เดือนที่ผ่านมา (กรกฎาคม – สิงหาคม 2553) เป็นช่วงของการประชุมเพื่อกำหนดกรอบให้ชัดเจน ซึ่งสรุปเป้าหมายหลักได้ว่าจะ “สร้างความเป็นธรรม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม” โดยจะมียุทธศาสตร์เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทั้ง 5 มิติ คือ เศรษฐกิจ สิทธิ โอกาส อำนาจต่อรอง และรายได้ โดยจะต้องทำการ “ปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจ” ก่อน เพราะเรื่องนี้คือ “กุญแจสำคัญ” ที่จะทำให้ทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนไปได้[10]

ความเหลื่อมล้ำไม่เป็นธรรม เกิดขึ้นเพราะความสัมพันธ์เชิงอำนาจของ 3 กลุ่มหลักในสังคม คือ “กลไกรัฐ – ทุน – ภาคประชาชน” มีความได้เปรียบเสียเปรียบกันมากเกินไป ดังนั้น จึงต้องปรับความสัมพันธ์เชิงอำนาจเป็นลำดับแรกเพื่อให้คนเล็กคนน้อยมีบทบาท มีความสำคัญมากขึ้น ทั้งนี้ก็เพื่อให้พวกเขามี “กำลังการต่อรอง” มากขึ้น” ซึ่งก็คือ การทำให้ภาคประชาชนเป็นกลไกอำนาจตัวหนึ่งที่สามารถดุล ถ่วง คาน งัด กับกลไกรัฐและอำนาจของทุนได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้ก็โดยกลไกของการ “ปฏิรูปการเมือง”

ดูทีท่าแล้วเป็นเรื่องที่ “ใหญ่และยาก” เอาการ แต่ ดร.ณรงค์ บอกว่าต้องพยายาม เพราะสภาพปัญหาที่เป็นอยู่เข้าขั้น “ไม่ทำไม่ได้แล้ว” อย่างน้อย ๆ ก็ต้องไม่ให้อำนาจส่วนใดส่วนหนึ่งของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมีมากเกินไปจนต่อรองกันไม่ได้ และ

“ประธานคณะกรรมการปฏิรูปท่านก็บอกว่าเราทำของเราไป ไม่สนใจว่ารัฐบาลจะอยู่หรือไป ถ้ารัฐบาลนี้ไป เราก็ลาออก รัฐบาลใหม่มาถ้าเขาให้เราทำงานต่อเราก็ยินดี เพราะสิ่งที่ทำนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่ารัฐบาลจะเห็นด้วยหรือไม่ หน้าที่เราคงแค่บอกสังคมว่า พวกเราทั้งสังคมจะปฏิรูปกันไหม จะไปทางสายนี้กันหรือไม่ ถ้าตกลงจะไปด้วยกัน...จะไปกันอย่างไร แต่ถ้าทุกคนในสังคมบอกว่าไม่ไป...มันก็จบ”


http://img404.imageshack.us/img404/5379/0213a.jpg

จากปฏิรูป...สู่ประชาวิวัฒน์

ต้นปี พ.ศ. 2554 ข่าวคราวเรื่องการปฏิรูปประเทศยังคงเงียบงัน รัฐบาลกลับมีความเคลื่อนไหวครั้งสำคัญ โดยนำเสนอ “แผนปฏิบัติการปฏิรูปประเทศไทย” ที่มีวงเงินงบประมาณดำเนินการถึง 9,190.30 ล้านบาท ประกอบด้วยยุทธศาสตร์ 4 ด้าน คือ

(1) ยุทธศาสตร์การสร้างอนาคตของชาติด้วยการพัฒนาเด็กและเยาวชน

(2) ยุทธศาสตร์การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนและขยายระบบสวัสดิการสังคม

(3) ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกระบวนการยุติธรรม การเมือง และความไม่เท่าเทียมในสังคม และ

(4) ยุทธศาสตร์การสร้างระบบเศรษฐกิจที่เท่าเทียมและเป็นธรรม

แผนปฏิบัติการดังกล่าว ดูเผินๆ แล้วราวกับว่ารัฐบาลได้ชิงตัดหน้า “แย่งซีน” คณะกรรมการปฏิรูป โดยเฉพาะในยุทธศาสตร์ที่ 4 นั้น เป็นมาตรการเดียวกันกับ “ของขวัญปีใหม่” ที่มอบให้ประชาชน 9 ข้อ ที่เป็นที่รู้จักในเวลาต่อมาว่า โครงการ “ประชาวิวัฒน์” มาตรการสำคัญๆ ได้แก่ การลดอาชญากรรมในกรุงเทพมหานครร้อยละ 20 ภายใน 6 เดือน ค่าไฟฟรีสำหรับผู้ใช้ไฟน้อยกว่า 90 หน่วยต่อเดือน จัดระบบวินมอเตอร์ไซค์รับจ้างถูกกฎหมาย ให้ผู้ประกอบอาชีพเข้าถึงแหล่งทุนเพิ่มจุดผ่อนผันให้แม่ค้าหาบเร่แผงลอยขยายการประกันสังคมให้ครอบคลุมชาวไทยทุกคน ลอยตัวก๊าซแอลพีจีสำหรับภาคอุตสาหกรรม ลดต้นทุนราคาอาหารสัตว์และพันธุ์สัตว์ ขายไข่แบบชั่งกิโลฯ ฯลฯ[11]

เสียงวิพากษ์วิจารณ์ดังขึ้นทันทีว่า “ประชาวิวัฒน์” ก็ไม่ต่างอะไรจาก “ประชานิยม” ในยุครัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ซึ่งส่งผลเสียต่อวินัยทางการเงินการคลังของประเทศในระยะยาว แต่ดูเหมือนรัฐบาลจะไม่หวั่นไหว เดินหน้าเต็มสูบ แม้จะถูกโจมตีว่าเป็นการ “ซื้อใจ โปรยยาหอมหาเสียงล่วงหน้า” เพื่อรองรับการเลือกตั้งที่กำลังจะมาถึง หรือทำให้เจตนารมณ์การปฏิรูปประเทศบิดเบี้ยวไปก็ตาม



ยกแรก...ปฏิรูปที่ดิน

ในที่สุด 7 กุมภาพันธ์ 2554 นายอานันท์ ปันยารชุน ประธานคณะกรรมการปฏิรูปพร้อมคณะกรรมการได้แถลงถึง “ข้อเสนอแรก” ต่อรัฐบาล โดยระบุว่า คณะกรรมการปฏิรูปได้พิจารณาแล้วว่าต้นเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในบ้านเมืองคือการ “ขาดความยุติธรรม” ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำต่ำสูงในสังคม มีการกระจุกตัวของรายได้ที่ดินและทรัพยากร ดังนั้น ข้อเสนอแรกจึงเป็นเรื่อง “การปฏิรูปการจัดการที่ดินเพื่อการเกษตร” ประกอบด้วย 5 ประเด็นสำคัญ คือ[12]

1. ปฏิรูปกระบวนการยุติธรรม เพื่อช่วยเหลือประชาชนหลายแสนครัวเรือนที่เกี่ยวข้องกับคดีที่ดินคนจน
2. ปฏิรูปการถือครองที่ดินเพื่อการเกษตรกรรม เพื่อให้กระจายไปสู่เกษตรกรรายย่อยที่ทำการเกษตรด้วยตนเอง ควรกำหนดเพดานการถือครองที่ดินประเภทนี้ไม่เกินครอบครัวละ 50 ไร่ หากต้องการมากกว่านี้ต้องเสียภาษีอัตราก้าวหน้า
3. ตั้งกองทุนธนาคารที่ดินเพื่อการเกษตรเพื่อนำเงินไปซื้อที่ดินจากผู้ถือครองเกิน 50 ไร่ และซื้อที่ดินที่เป็นหนี้เสียจากธนาคารและสถาบันการเงินมากระจายให้เกษตรกรไร้ที่ดินและที่มีที่ดินไม่พอทำกิน
4. ปฏิรูปการใช้ประโยชน์ที่ดิน ด้วยการกำหนดเขตและแผนการใช้ที่ดินใหม่ ออกกฎหมายคุ้มครองที่ดินเพื่อป้องกันการกว้านซื้อเก็งกำไร
5. ปฏิรูประบบการจัดการที่ดินเพื่อการเกษตรให้เป็นข้อมูลสาธารณะ เพื่อให้สังคมได้รับทราบว่าที่ดินไปกระจุกตัวอยู่ที่ใคร ใครเป็นเจ้าของที่ดินรายใหญ่บ้าง

ข้อเสนอของ คปร. ดังกล่าว ได้รับการตอบรับทันทีจากนายกรัฐมนตรี ในโอกาสที่เดินทางไปมอบโฉนดชุมชนใบแรกของประเทศไทยให้กับสหกรณ์บ้านคลองโยง จ.นครปฐม วันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2554 นายอภิสิทธิ์ ระบุว่า เห็นด้วยกับข้อเสนอของ คปร. ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล และจะนำข้อเสนอดังกล่าวเข้าสู่การพิจารณา

ของคณะรัฐมนตรีใน 2 สัปดาห์ข้างหน้า โดยร่างกฎหมายที่เกี่ยวกับที่ดินก่อนหน้าคือ ร่างพระราชบัญญัติภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้างได้ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีไปแล้ว[13]

เวลา...จะรักษาแผลใจ?...แต่ปฏิรูป... ไปไม่ถึงฝั่ง?

สถานการณ์บ้านเมืองในปี 2553 ต่อเนื่องถึงต้นปี 2554 ยังมีแนวโน้มที่ "ลมแห่งความรุนแรงจะพัดหวน" เห็นได้จากสารพัดปัจจัยที่มะรุมมะตุ้ม ทั้งม็อบแดง ม็อบเหลืองที่เคลื่อนลงถนน ข่าวลือ ข่าวลวงเรื่องการรัฐประหาร ความตึงเครียดที่ชายแดนตะวันออก ฝ่ายค้านจองกฐินอภิปรายรัฐบาล ข้าวของแพง ภัยแล้ง ภัยน้ำกำลังจะตามมา ฯลฯ

ในสภาพการณ์เช่นนี้ มีบางฝ่ายคาดการณ์ว่านายกรัฐมนตรีอาจตัดสินใจ "ตัดไฟแต่ต้นลม" ด้วยการประกาศยุบสภา นำพาประเทศชาติเข้าสู่ "โหมดการเลือกตั้ง" เพื่อให้เกิดบรรยากาศทางการเมืองใหม่ ๆ แต่บ้างก็ว่า รัฐบาล" อาจอยู่ยาว" ด้วยเงื่อนไขที่นายกรัฐมนตรีเคยย้ำไว้หลายต่อหลายครั้งว่า...ถ้ายุบสภาแล้วบ้านเมืองวุ่นวายยุบแล้วแก้ปัญหาไม่ได้...ก็ไม่ทำ ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงท่าทีของพรรคร่วมรัฐบาลที่เชียร์ให้นายกฯ ไม่ยุบสภา หรือความเห็นจาก พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ผู้บัญชาการทหารบกที่ส่งสัญญาณว่ายังไม่ควรมีการยุบสภา เพราะสถานการณ์ต่าง ๆ ยังวุ่นวายอยู่[14]

นั่นคือ สิ่งที่เกิดขึ้น...ที่อาจสรุปได้ว่า...จะยุบสภา...หรือไม่ยุบสภา มีโอกาสที่ความขัดแย้ง แตกแยก วุ่นวายจะเกิดขึ้นได้ทั้งขึ้นทั้งล่อง เพราะดูเหมือนมันจะเป็นการโรมรันทางการเมืองด้วย "เรื่องเฉพาะหน้า" ไม่ได้เน้นหนักในเรื่องของปัญหาความไม่ยุติธรรม ความเหลื่อมล้ำ ทั้ง ๆ ที่เป็นสภาพปัญหาสำคัญที่ดำรงอยู่ในสังคมไทย ในขณะที่ภาระหน้าที่ของคณะที่จะทำการ "ปฏิรูปประเทศไทย" ต้องใช้ระยะเวลามากพอสมควร เพราะไม่ใช่งานง่าย ๆ อุปสรรคที่วางกองอยู่ข้างหน้านั้นมากมายมหาศาล อาจถือได้ว่าเป็นการวางรากฐานให้กับการแก้ปัญหาใน "ระยะยาว" แต่ก็อีกนั่นแหละ ก็มีการเกรงกันว่าจะไม่ทันกับการ "ถอดสลักระเบิดการเมือง" ที่หากตูมตามขึ้นมา ก็อาจไม่มีโอกาสพูดถึงเรื่องการปฏิรูปกันอีกต่อไป

นั่นอาจเป็นเรื่องของคนที่ "มองโลกในแง่ร้าย" จนเกินไป ผู้ที่มองในแง่ดีก็ยังมีอยู่ อาทิ นายธีรยุทธ บุญมี ผู้อำนวยการสถาบันสัญญาธรรมศักดิ์เพื่อประชาธิปไตย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้วิเคราะห์การเมืองสังคมไทยครั้งล่าสุดในงานเสวนา "สังคมสวนฯ สังคมไทย" จัดโดยสมาคมศิษย์เก่าสวนกุหลาบวิทยาลัย เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2554 โดยเชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งในสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นเสื้อเหลือง เสื้อแดงจะคลี่คลายไปได้ในที่สุด[15]

"จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (จลาจลเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2553) เดิมผมคาดว่าอาจจะแรงกว่านั้น ทั้งโดยเงื่อนไข และมีคนผลักดันเต็มที่ มันน่าจะเสียหายกว่านั้นเยอะ แต่ความเสียหายที่เกิดขึ้น เทียบกับสถานการณ์ที่ถูกปลุกขึ้นมา ถือว่าไม่มากจนเกินไปนัก แม้ว่าน่าเสียใจที่เกิดขึ้นก็ตาม นี่เป็นแง่ดีของสังคมไทย ที่ไม่เคยขัดแย้งกันสุดขั้ว เพราะมีหลายกลุ่มที่ผูกกันไปมาเป็นพวกพ้องกัน จึงไม่ทำตัวเป็นชนชั้น สองชนชั้น เป็นสองกลุ่มใหญ่ ๆ ที่ออกมาทะเลาะกัน...ไม่เคยมี ผมเชื่อว่าเรื่องเสื้อเหลือง เสื้อแดง กำลังคลี่คลายไปโดยธรรมชาติ แต่จะให้มาสมานฉันท์ด้วยคำพูดคงไม่ได้ เพราะคนไทยติดเรื่องหน้าตา ใครผิด ใครถูก ต้องพูดกันให้ชัด ฉะนั้นขอกันเฉย ๆ คงไม่เกิด ผมรอให้เวลามันคลี่คลาย แล้วทุกอย่างจะดีขึ้นเอง"

แต่สำหรับเรื่อง "การปฏิรูปการเมือง" นายธีรยุทธกลับ "ฟันธง" ลงไปเลยว่า "ไม่คิดว่าจะมีโอกาสเกิดการปฏิรูปใด ๆ ได้แม้ว่าเมืองไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยก็ตาม" โดยให้เหตุผลว่า "เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้ว เราไม่มีความมุ่งมั่นพอที่จะแก้ปัญหาให้คลี่คลายเราเคยเชื่อว่าเวลาคลี่คลาย (ปัญหา) ได้ โครงสร้างเราใหญ่ เผอิญลงตัวได้โดยมือที่มองไม่เห็นหรือที่มักพูดว่า พระสยามเทวาธิราช คุ้มครอง"

แต่ในทัศนะของ ดร.เกษียร เตชะพีระ แห่งคณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กลับมองว่า "บาดแผลใจกลางสังคมไทยที่กว้าง ลึก และเจ็บช้ำสาหัสอย่างไม่เคยมีมาก่อนขนาดนั้นย่อมมิอาจปัดเป่าพ่วงหายไปได้เพียงด้วยลมปากโฆษณาปรองดองสมานฉันท์ ซึ่งกระจายขยายเสียงผูกขาดช่องทางสื่อสารมวลชนเกลื่อนกลบสำเนียงเสียงอื่น น่าจะเป็นไปได้มากกว่าว่ามันอยู่ในสภาพเก็บกด – ซึมลึก รอวันเวลาและเวทีที่จะระบายออกเหมือนภาวะอากาศนิ่งลมสงบก่อนพายุฝนใหญ่"[16]

5 ยุติธรรมไม่มา ปัญหาไฟใต้ไม่จบ



ความไม่สงบในพื้นที่ภาคใต้ย่างเข้าสู่ปีที่ 7 ทำให้ประเทศไทยติดอันดับ 9 จาก 196 ประเทศเสี่ยงภัยก่อการร้าย แม้รัฐทุ่มเงินดับไฟใต้พุ่งสูงถึง 1.45 แสนล้านบาท แต่สถานการณ์ยังไม่บรรเทา รวม 7 ปี เกิดเหตุรุนแรงกว่าหมื่นครั้ง ตายกว่า 4 พันศพ เจ็บกว่า 7 พัน เด็กกำพร้าครึ่งหมื่น หญิงหม้าย 2 พันคน ขณะที่การจัดการด้านคดียังมีปัญหา คดีความมั่นคงกว่า 7 พันคดี ศาลตัดสินได้แค่ 256 คดี แถมยกฟ้องเกือบครึ่ง แม้ช่วงต้นปี 2553 ภาครัฐประเมินว่า เหตุร้ายลดลง แต่นับจากกลางปีต่อต้นปี 2554 สถานการณ์ก็กลับมารุนแรงอีกครั้ง ผลการสำรวจความคิดเห็นของชาวบ้านปรากฏว่า ความไม่เป็นธรรมจากเจ้าหน้าที่รัฐ ยังเป็นปัญหาอันดับหนึ่งที่ต้องเร่งแก้ไข

ยังคงความรุนแรงไม่แปรเปลี่ยน ฤาต้องปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ?

ผลพวงของความไม่สงบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ภาคใต้ยังคงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บริษัท เมเปิลครอฟต์ ซึ่งเป็นบริษัทที่ปรึกษาความเสี่ยงภัยก่อการร้ายในอังกฤษ ขยับให้ประเทศไทยขึ้นมาอยู่ในลำดับที่ 9 จากอันดับ 11 เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้า โดยดูจากความถี่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ จำนวนผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบ 6 เดือน[1]

ดร.สุรชาติ บำรุงสุข นักวิชาการด้านความมั่นคง คาดการณ์ถึงแนวโน้มเหตุการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ภาคใต้ในปี 2553 ว่า แม้การจับอาวุธลุกขึ้นสู้กับรัฐบาลของขบวนการในภาคใต้จะถูกแทรกซ้อนด้วยปัญหาอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มค้าของเถื่อน ยาเสพติด กลุ่มผลประโยชน์อิทธิพลท้องถิ่น แต่ก็มิใช่ทำให้ทิศทางของสงครามที่เกิดขึ้นเปลี่ยนแปลงไป สิ่งที่เกิดขึ้นและเห็นได้ชัดเจนในความเป็นจริงก็คือ ความรุนแรงในภาคใต้เป็น *"สงครามการเมือง"* เป็นการจับอาวุธลุกขึ้นสู้ต่อต้านอำนาจของรัฐบาลไทย โดยอาศัยการปลุกระดมมวลชนเป็นพื้นฐาน พร้อมกับขับเคลื่อนการต่อสู้ด้วยประวัติศาสตร์ ศาสนา และชาติพันธุ์ เพื่อหวังนำไปสู่เป้าหมาย *"กวาดล้างอำนาจรัฐเดิม และสถาปนาอำนาจรัฐใหม่"*[2]

สถานการณ์ความรุนแรงในช่วงสองเดือนแรกของปี 2554 ดูจะสอดคล้องกับการวิเคราะห์ข้างต้น เพราะเพิ่มระดับสูงที่สุดในรอบ 4 ปี เมื่อเทียบกับช่วงเดียวกันตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา เวลาแค่เดือนเศษๆ เกิดเหตุรุนแรงถี่ยิบ จาก สถิติของศูนย์เฝ้าระวังสถานการณ์ภาคใต้ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม จนถึงสัปดาห์ที่ 3 ของเดือนกุมภาพันธ์ เกิดเหตุร้ายขึ้นจำนวน 147 ครั้ง เสียชีวิต 93 ราย บาดเจ็บ 172 ราย ที่น่าตระหนกก็คือ "ผู้ก่อความไม่สงบ" ใช้ปฏิบัติการรุนแรงและเบนเป้าจากเจ้าหน้าที่รัฐไปเป็นชาวบ้าน ลงมือกันกลางเมืองด้วย "คาร์บอมบ์" หลายครั้งหลายหน!!![3]

จนกระทั่งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร (ส.ส.) จังหวัดยะลาและปัตตานี จากพรรคประชาธิปัตย์ ทนไม่ได้ออกมาแถลงว่า กรณีเกิดเหตุระเบิดรายวันบ่อยครั้งในช่วงเดือนมกราคมและกุมภาพันธ์ 2554 ว่าเป็นความจงใจให้เกิดขึ้นเพื่อสร้างความเดือดร้อน มองเป็นสงครามย่อยๆ และไม่เชื่อว่ากลไกรัฐจะสามารถหยุดปัญหาดังกล่าวได้ เพราะพื้นที่ที่เกิดเหตุส่วนใหญ่เป็นใจกลางเมือง หรือเป็นพื้นที่ไข่แดง ซึ่งมีการตรวจตราแน่นหนา แต่ยังมีระเบิด

หลุดรอดจนเป็นข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์ จึงเรียกร้องให้รัฐบาลปรับเปลี่ยนเจ้าที่รัฐที่รับผิดชอบในพื้นที่ รวมถึงหากปรับเปลี่ยนผู้บัญชาการทหารบก (ผบ.ทบ.) ได้ด้วยก็ดี[4]

จุดเปลี่ยนของปัญหา อยู่ที่ความยุติธรรมต้องมาก่อน

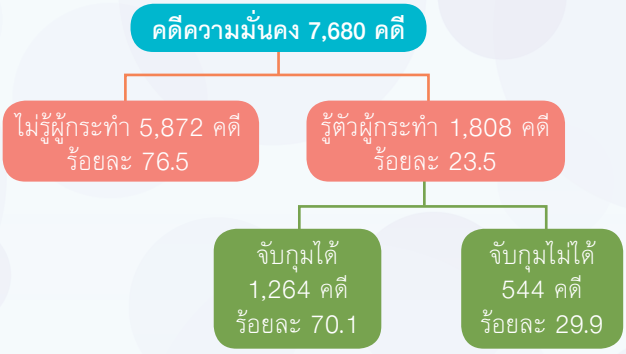
นายนิพนธ์ บุญญามณี ส.ส.สงขลา พรรคประชาธิปัตย์ ยอมรับว่าปฏิบัติการทางทหารของฝ่ายความมั่นคงน่าจะมาถึงจุดอิ่มตัว ขณะที่การจัดงบประมาณก็ทุ่มไปที่งานพัฒนามากขึ้น แต่จุดเปลี่ยนของปัญหาภาคใต้อยู่ที่การลดความหวาดระแวงของประชาชนที่มีต่อรัฐได้มากที่สุด เริ่มจากกระบวนการยุติธรรมต้องไม่สร้างเงื่อนไขความหวาดระแวง ต้องเป็นที่พึ่งอันมั่นคงให้แก่ประชาชน ต้องเลิก การจับกุมแบบเหวี่ยงแหหรือจับแพะ เพราะที่ผ่านมาคดีความมั่นคงที่ถูกนำขึ้นสู่ศาล ปรากฏว่ายกฟ้องถึงร้อยละ 40 ซึ่งประเด็นนี้เป็นเรื่องสำคัญและละเอียดอ่อนต้องรีบแก้ไข[5] สอดคล้องกับผู้ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการ “ดับไฟใต้” รายอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น ดร.ไกรศักดิ์ ชุณหะวัณ ประธานคณะกรรมาธิการการพัฒนาการเมือง ที่กล่าวว่า *“ถึงที่สุดแล้ว การแก้ไขปัญหาอย่างถาวรได้ต้องกลับไปที่กระบวนการยุติธรรม เพราะปัจจุบันพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ใช้กฎอัยการศึกที่ไม่ได้ให้ความเป็นธรรมกับผู้ถูกกล่าวหาเลย...เพราะฉะนั้นต้องปฏิรูปเจ้าหน้าที่ที่จับกุมอย่างใหญ่หลวง โดยเฉพาะตำรวจ มิฉะนั้นชาวบ้านจะเกิดความเกลียดชัง ไม่พอใจรัฐบาล”*[6]

ขณะเดียวกัน มูลนิธิผสานวัฒนธรรม ก็ออกแถลงการณ์เรียกร้องให้รัฐบาลเพิ่มประสิทธิภาพในการสืบสวนสอบสวน สร้างกลไกด้านความยุติธรรมที่มีประสิทธิภาพ และนำคนผิดมาลงโทษตามกระบวนการยุติธรรม โดยไม่เลือกปฏิบัติ[7]

เพราะกฎหมายพิเศษ 2 ฉบับคือ พระราชบัญญัติกฎอัยการศึก พ.ศ. 2457 และพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 ยังคงถูกประกาศใช้ในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ และทำให้เกิดคดีความมั่นคงจำนวนมากตามมา นั่นหมายถึง เจ้าหน้าที่ทหารสามารถควบคุมตัวผู้ต้องสงสัยได้ตามกฎอัยการศึกนาน 7 วัน และสามารถควบคุมตัวต่อไปได้อีก 30 วัน ตาม พ.ร.ก.ฉุกเฉินฯ ก่อนเข้าสู่กระบวนการสอบสวนของเจ้าหน้าที่ตำรวจตามปกติ

สถิติคดีความมั่นคงในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และอีก 4 อำเภอ ของจังหวัดสงขลา นับตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ปล้นปืนเมื่อมกราคม 2547 จนถึงธันวาคม 2553 มีคดีอาญาเกิดขึ้นรวม 77,865 คดี ในจำนวนนี้แยกเป็นคดีความมั่นคง 7,680 คดี โดยรู้ตัวผู้กระทำผิด 1,808 คดี หรือร้อยละ 23.5 เท่านั้น โดยจับกุมได้ 1,264 คดี เมื่อคดีขึ้นสู่ศาล ศาลพิพากษายกฟ้องถึงร้อยละ 45[8]

รูป 1 จำนวนคดีความมั่นคงที่ขึ้นสู่ศาล



มีเพียงคดีเดียวที่ขึ้นสู่ศาลฎีกาและมีคำพิพากษาถึงที่สุดแล้ว นั่นคือ คดีลอบวางระเบิดรถจักรยานยนต์ (มอเตอร์ไซค์บอมบ์) ที่หน้าบริษัทพิธานพาณิชย์ อ.เมือง จ.ปัตตานี เหตุเกิดเมื่อต้นมกราคม 2547 ทำให้เจ้าหน้าที่ชุดเก็บกู้วัตถุระเบิดเสียชีวิต 2 นาย ซึ่งศาลพิพากษายกฟ้องจำเลย[9]

กระบวนการยุติธรรมในพื้นที่ชายแดนใต้เป็นเช่นไร คงไม่มีเสียงสะท้อนใดดีไปกว่าผู้ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ เช่น นายนิพล ผดุงทอง รองอธิบดีอัยการเขต 9 ซึ่งรับผิดชอบพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ที่ออกมาระบุว่า “คดีความมั่นคงที่ส่งมาจากพนักงานสอบสวน 90 เปอร์เซ็นต์ มีแค่คำรับสารภาพในชั้นซักถามหรือชั้นสอบสวน เมื่ออัยการฟ้องคดีไปแล้ว ส่วนใหญ่ศาลจะยกฟ้อง แต่ในระหว่างการพิจารณาคดี ผู้ต้องหาหรือจำเลยมักไม่ได้รับการประกันตัว ทำให้เดือดร้อนมาก”[10]

ขณะที่พนักงานสอบสวน ซึ่งถูกกล่าวถึงในทางลบมากที่สุดก็ตกอยู่ในสภาพการทำงานที่มีประสิทธิภาพไม่เต็มร้อย พล.ต.ต.นราศักดิ์ เชียงสุข ผู้บังคับการสืบสวนสอบสวน ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ผบก.สส.ศชต.) ยอมรับว่า *“การทำงานของพนักงานสอบสวนมีปัญหา เพราะตำรวจส่วนหนึ่งไม่อยากอยู่ในพื้นที่ นายตำรวจระดับหัวหน้าสถานี หาคนที่สอบสวน*

เป็นแทบไม่มี ตรงนี้คือต้นเหตุที่ทำให้สำนวนคดีมีปัญหา อีกทั้งยังไม่ได้อ่านกฎหมายใหม่ ทำให้ตำรวจยังเชื่อเรื่องคำรับสารภาพ”[11]

เมื่อเห็นชัดเจนว่า กระบวนการยุติธรรมกลายเป็นปมปัญหาที่สำคัญของความไม่สงบในพื้นที่ชายแดนใต้ แค่ 6 เดือนแรกของปี 2553 ตัวเลขผู้ต้องขังคดีความมั่นคงในจังหวัดชายแดนใต้ก็พุ่งทะลุ 514 คน

นายพีระพันธุ์ สาลีรัฐวิภาค รัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม จึงลงนามในคำสั่งที่ ยธ. 224/53 เรื่องตั้งคณะทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ต้องขังคดีความมั่นคงและผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยให้เหตุผลว่า เพื่อให้ดำเนินการช่วยเหลือเรื่องการขอประกันตัวหรือปล่อยตัวชั่วคราวของผู้ต้องขังคดีความมั่นคงอย่างเป็นระบบ[12]

มี “กองทุนยุติธรรม” เพื่อช่วยเหลือผู้ต้องขังที่ต้องการประกันตัวชั่วคราว แต่ขาดหลักทรัพย์ ส่วนจะให้ประกันหรือไม่ ยังคงอยู่ที่ดุลยพินิจของศาล พร้อมกับตั้งศูนย์ประสานงานคุ้มครองพยานสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือ ศคต. ในอีก 3 เดือนถัดมา

กระนั้นก็ตาม การขยับตัวที่ค่อนข้าง “ล่าช้า” ของหน่วยงานยุติธรรมของไทยก็ยากที่จะวิ่งไล่ตาม “ข้อเท็จจริง” ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้ทันท่วงที เพราะหลายคดีที่เกิดขึ้นในปี 2553 ถูกยกระดับขึ้นสู่ “คดีคาใจ” ของคนในพื้นที่ชายแดนใต้เรียบร้อยแล้ว อาทิ

– การเสียชีวิตอย่างเป็นปริศนาของนายสุไลมาน แนซา ผู้ต้องสงสัยคดีความมั่นคงวัย 25 ปี ซึ่งเสียชีวิตในลักษณะมีผ้าผูกคอติดอยู่กับลูกกรงหน้าต่างในห้องพักของศูนย์เสริมสร้างความสมานฉันท์ ค่ายอิงคยุทธบริหาร อ.หนองจิก จ.ปัตตานี เมื่อ 30 พฤษภาคม 2553 แม้ฝ่ายทหารยืนยันว่าเป็นการผูกคอตาย แต่ชาวบ้านไม่เชื่อ

– เหตุระเบิดปริศนาหน้ามัสยิดกลางประจำจังหวัดยะลา เมื่อค่ำวันที่ 8 มิถุนายน 2553 มีผู้ได้รับบาดเจ็บนับสิบราย ชาวบ้านเชื่อว่า เป็นระเบิดที่มาจากรถทหารขณะที่แล่นผ่านบริเวณนั้นพอดี แต่หลังเกิดเหตุฝ่ายทหารพยายามบอกว่า ไม่มีรถของกำลังพลแล่นผ่าน ทว่าในที่สุดก็มีภาพจากกล้องโทรทัศน์วงจรปิดยืนยัน แต่ฝ่ายทหารก็ยืนกรานว่า เป็นระเบิดที่ถูกคนร้ายปาใส่รถ ซึ่งชาวบ้านยังคงคาใจอยู่

– เหตุปาระเบิดที่หน้ามัสยิดนูรุลมุตตาลีน บ้านตะบิ้ง ต.ตะบิ้ง อ.สายบุรี จ.ปัตตานี เมื่อค่ำวันที่ 19 มิถุนายน 2553 ทำให้มีผู้บาดเจ็บ 3 ราย เป็นเด็ก 2 ราย และผู้หญิงวัยกลางคน 1 คน เหตุการณ์นี้มีการปล่อยข่าวว่าเป็นฝีมือของเจ้าหน้าที่รัฐ แต่ฝ่ายรัฐก็ยืนยันว่าเป็นความพยายามป้ายสี[13]

เดือนตุลาคม 2553 ตัวแทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมในพื้นที่ชายแดนภาคใต้หารือร่วมกันเพื่อ “อุดช่องว่าง” ที่เกิดขึ้น ซึ่งพบปัญหาสำคัญที่สุดก็คือ ความล่าช้าในกระบวนการยุติธรรม ที่ประชุมเสนอให้มีการหารือร่วมกันของผู้รับผิดชอบสูงสุดของ 6 หน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นประธานศาลฎีกา อัยการสูงสุด ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้บัญชาการทหารบก นายกสภาทนายความ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม เพราะทุกหน่วยงานล้วนมี “ความไม่พร้อม” ในด้านต่างๆ เกิดขึ้น ทำให้การพิจารณาคดีล่าช้า และเกิดปัญหาตามมา[14]

ปลายปี 2553 นายภาณุ อุทัยรัตน์ ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ผอ.ศอ.บต.) ก็แถลงถึง ผลการร้องทุกข์ของชาวบ้านผ่านศูนย์ดำรงธรรมตั้งแต่ตุลาคม 2552 – กันยายน 2553 ว่า หน่วยงานที่ถูกร้องเรียนมากที่สุดคือ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ[15]

ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้”: ความหวังใหม่ดับไฟใต้

พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอีกครั้ง เมื่อรัฐบาลผลักดันกฎหมายสำเร็จ นั่นคือ พ.ร.บ.ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้ (พ.ร.บ.ศอ.บต.) ซึ่งทำให้ ศอ.บต. สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็นอิสระจากการกำกับของกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน (กอ.รมน.) โดยขึ้นตรงกับนายกรัฐมนตรี

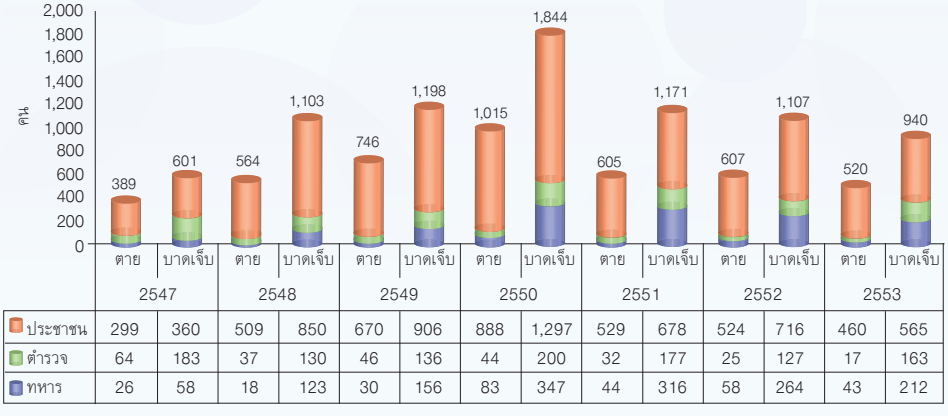
นายถาวร เสนเนียม รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงมหาดไทย ในฐานะรัฐมนตรีที่ดูแลพื้นที่ชายแดนภาคใต้ เชื่อมั่นว่ากฎหมายนี้ “จะช่วยคลี่คลายสถานการณ์ในพื้นที่ได้อย่างแน่นอน” โดยจะมีช่องทางตามกฎหมายที่จะช่วยให้ผู้หลงผิดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ตามคดีความมั่นคงให้กลับคืนสู่สังคม และทุกคดีที่จะเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมพิเศษนี้จะต้องผ่านความเห็นชอบของศาล[16]

ตาราง 1 สรุปเหตุการณ์ความไม่สงบและความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2547 – 2553

เหตุการณ์	จำนวน (ครั้ง)						
	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553
1. ยิง	531	905	1,040	1,308	861	788	694
2. ทำร้าย	53	52	39	41	28	28	20
3. วางเพลิง	232	308	281	359	88	93	52
4. วางระเบิด	76	238	327	492	267	288	248
5. ปล้นอาวุธปืน สายไฟ ซิมการ์ด โทรศัพท์	25	140	10	3	0	0	0
6. ชุมนุมประท้วง	2	0	14	45	5	0	0
7. ก่อกวน เช่น โปรยตะปู เรือใบ และอื่นๆ	33	422	219	214	112	146	151
8. ฆ่าตัดคอ	0	12	3	13	7	5	0
9. จับเป็นตัวประกัน	0	1	1	0	2	0	0
รวม	**952**	**2,078**	**1,934**	**2,475**	**1,370**	**1,348**	**1,165**

ที่มา: โครงการสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (คำนวณจากข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานตำรวจชายแดนใต้ (ศชต.) จังหวัดยะลา).

รูป 2 จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2547 – 2553



	2547		2548		2549		2550		2551		2552		2553	
	ตาย	บาดเจ็บ	ตาย	บาดเจ็บ	ตาย	บาดเจ็บ	ตาย	บาดเจ็บ	ตาย	บาดเจ็บ	ตาย	บาดเจ็บ	ตาย	บาดเจ็บ
ประชาชน	299	360	509	850	670	906	888	1,297	529	678	524	716	460	565
ตำรวจ	64	183	37	130	46	136	44	200	32	177	25	127	17	163
ทหาร	26	58	18	123	30	156	83	347	44	316	58	264	43	212

ที่มา: โครงการสุขภาพคนไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (คำนวณจากข้อมูลของศูนย์ปฏิบัติการสำนักงานตำรวจชายแดนใต้ (ศชต.) จังหวัดยะลา).

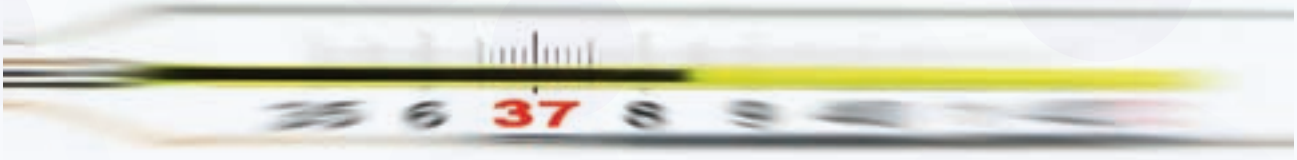
อย่างไรก็ตาม ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศชต.) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สรุปข้อมูลว่าตั้งแต่เกิดเหตุมานับแต่วันที่ 4 มกราคม 2547 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2553 มีเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้นรวม 11,523 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บ 7,139 ราย เสียชีวิต 4,370 ราย ขณะที่รัฐบาลใช้งบประมาณในการดับไฟใต้รวม 8 ปี เป็นเงิน 1.45 แสนล้านบาท[17] โดยเหตุการณ์ลอบยิงยังคงเป็นความรุนแรงลำดับที่หนึ่งตลอดมา (ดูตาราง 1) และยอดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากเหตุการณ์ส่วนใหญ่คือ ประชาชน ถัดมาคือทหาร และตำรวจ (ดูรูป 2)

แม้ไม่อาจคาดเดาได้ว่าแผนพัฒนาที่จะตามมาพร้อมกับกฎหมาย ศอ.บต. ฉบับใหม่จะช่วยดับไฟใต้ที่ลุกโชนมาตลอด 6 ปี ได้จริงหรือไม่ แต่ก็มีความคิดเห็นที่น่าสนใจและถูกนำไปปฏิบัติได้ผลอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยดังขึ้นจากผู้อยู่วงนอกของกระบวนการยุติธรรมนั่นคือ น.พ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ จ.สงขลา ซึ่งสวมหมวกอีกใบในฐานะกรรมการมูลนิธิเพื่อการเยียวยาและสร้างความสมานฉันท์ชายแดนใต้ ยกตัวอย่างให้ฟังถึงการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ซึ่งสามารถเข้าไปในพื้นที่ “สีแดง” ที่เจ้าหน้าที่รัฐเข้าไม่ได้ และสามารถใช้บทบาทหน้าที่ของตนเองด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการฉีดวัคซีนให้ลูก เจาะเบาหวานให้คนแก่ หรือคัดกรองโรคต่างๆ แทนเจ้าหน้าที่อนามัย ด้วยจิตอาสา ซึ่งกลไกเช่นนี้ควรได้รับการสนับสนุนเพราะนำไปสู่ความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้

“เราเชื่อว่า หัวใจของการสร้างความสมานฉันท์คือ การเยียวยา ลดความไม่ไว้วางใจ ลดความทุกข์ของผู้คนที่ได้รับผลกระทบให้มากที่สุด ซึ่งจะนำมาสู่การไม่เกลียดชังกันในสังคม หรือไม่มีอคติต่อกันระหว่างสองวัฒนธรรม ซึ่งในที่สุดจะต้องอยู่ร่วมกันอย่างสันติ และนี่คือ ต้นทุนอันสำคัญในการสร้างสันติภาพ...ความสมานฉันท์ในชุมชนต้องเกิดจากความไว้วางใจและการเห็นอกเห็นใจกันของคนในชุมชน”[18]

6 ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ : ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ แต่หมอกลับค้าน

อาจนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์สาธารณสุขไทย เมื่อกลุ่มแพทย์สลัดเสื้อกาวน์ใส่ชุดดำ ร่วมกันคัดค้าน ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ ที่เสนอโดยภาคประชาชนด้วยเหลี่ยมคูอันดุเดือดแหลมคม แม้ทั้งสองฝ่ายจะเห็นพ้องในหลักการ ทว่ารายละเอียดปลีกย่อยกลับสวนทางจนยากประสานรอย ความขัดแย้งรอบนี้ถือเป็นริ้วรอยหนึ่งของปัญหาระบบสาธารณสุขไทยทั้งระบบ ซึ่งไม่ง่ายหากใครจะลุกขึ้นมาแก้ไข และ...นี่อาจจะเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์สาธารณสุขไทยเช่นกัน ที่ประชาชนลุกขึ้นมาสั่นคลอนอำนาจของแพทย์ที่พูกขาดความรู้ – ความจริง ในระบบสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน



เมื่อหมอและคนไข้ประลองกำลัง

7 เมษายน 2553 คณะรัฐมนตรีเห็นชอบ ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ... อันเป็นผลจากการผลักดันอย่างยาวนานของเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์และเครือข่ายองค์กรผู้บริโภค ด้วยเจตนาจะให้เกิดกลไกการให้ความช่วยเหลือผู้เสียหายจากการเข้ารับบริการสาธารณสุข ลดการฟ้องร้องและความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

โดยหลักการก็ไม่น่ามีปัญหา ทว่าเมฆหมอกแห่งความขัดแย้งกลับก่อตัวอย่างรวดเร็วชัดซ้ำให้ความสัมพันธ์อันเปราะบางอยู่แล้วระหว่างแพทย์และผู้ป่วยต้องปริร้าว เมื่อกลุ่มแพทย์นำโดยหัวเรือใหญ่อย่างแพทยสภาแสดงจุดยืนคัดค้านอย่างแข็งกร้าว การประลองกำลังระหว่างกลุ่มแพทย์และภาคประชาชนจึงเกิดขึ้นโดยมีรัฐบาลคอยรับแรงกระแทกอยู่ตรงกลาง

ทั้งสองฝ่ายใช้ทั้งการชุมนุม ยื่นหนังสือ แต่งชุดดำ โกนศีรษะ เพื่อกดดันรัฐบาลและอีกฝ่าย ฝั่งแพทย์ถึงกับออกมาตรการการเคลื่อนไหว 3 ขั้นตอนออกมา คือ[1]

1. มาตรการตรวจละเอียด เน้นการตรวจวินิจฉัยตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างละเอียดจากปกติ ตรวจคนไข้คนละ 5 นาที จะเพิ่มเป็น 20 นาที หรือครึ่งชั่วโมง
2. มาตรการกระชับพื้นที่ โดยการรับผู้ป่วยเท่าที่รับได้ตามสภาพความเป็นจริง จะไม่มีปัญหาผู้ป่วยล้น เพราะจะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่
3. หยุดงานพิทักษ์สิทธิ

มาตรการหยุดงานของหมอ ส่งผลให้ถูกตำหนิเป็นวงกว้าง เนื่องจากประหนึ่งกำลังใช้ผู้ป่วยเป็นตัวประกัน และยังต่างกล่าวหากันและกันว่ามีผลประโยชน์แอบแฝงในการเคลื่อนไหว กลุ่มแพทย์วิเคราะห์ไปถึงขั้นว่า กลุ่มแพทย์ ‘ตระกูล ส.’ ผู้อยู่เบื้องหลังการผลักดันกฎหมายฉบับนี้ต้องการสยายปีกอำนาจของตนออกไป เล่นกันแรงถึงขนาดใช้กลยุทธ์ใต้เข็มขัด ลากปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ไพจิตร์ วราชิต ในฐานะคนกลางคอยไกล่เกลี่ยเข้าไปพัวพันกับกรณีคลิปฉาว

นอกจากแนวบู๊ก็ยังมีแนวบุ๋น ทั้งสองฝ่ายนำเสนอข้อมูลสู่สังคมผ่านบทความตามสื่อต่าง ๆ และเวทีสัมมนาที่จัดขึ้นอย่างกว้างขวาง โดยฝ่ายสนับสนุนพยายามชี้ให้เห็นถึงข้อดี ขณะที่ฝ่ายคัดค้านก็พยายามชี้ช่องโหว่ต่าง ๆ ในกฎหมาย และพยายามชี้ว่าหากกฎหมายนี้ถูกบังคับใช้แล้ว จะนำไปสู่ความล่มสลายของการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทย[2] รวมถึงรายละเอียดเล็ก ๆ น้อย ๆ อย่างชื่อของกฎหมายที่กลุ่มแพทย์เห็นว่ามีนัยในเชิงลบ

แม้จะมีความพยายามให้ทั้งสองฝ่ายพูดคุยเพื่อหาจุดร่วมหลายครั้ง แต่ก็ไม่เป็นผล ถึงที่สุดแล้ว ความเห็นต่างที่บานปลายเป็นความขัดแย้งนี้ ทำให้รัฐบาลไม่สามารถรักษาสัญญาที่ให้กับเครือข่ายผู้เสียหายฯ ที่ว่าจะดันเข้าเป็นวาระในที่ประชุมรัฐสภาได้ เป็นเหตุให้ ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ ยังคงค้างเติ่งอยู่นอกสภา และมีแนวโน้มว่าร่างนี้อาจลากยาวไปถึงหลังเลือกตั้ง ซึ่งก็จะขึ้นอยู่กับรัฐบาลใหม่ที่จะเกิดขึ้นประมาณหลังครึ่งปี 2554

ทำไมต้อง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ?

การขยายตัวของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพท่ามกลางสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่รุดหน้าอย่างรวดเร็วและทวีความสลับซับซ้อน ทำให้ปัจจุบันปัญหาการให้บริการด้านสาธารณสุข กลายเป็นใจกลางสำคัญของการศึกษาวิจัยระบบสาธารณสุขของสังคมไทย

ในทัศนะของฝ่ายกลุ่มแพทย์ที่คัดค้านร่าง พ.ร.บ.นี้ นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา และที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา กล่าวว่า ปัจจุบันมีแพทย์ประมาณ 2,700 คน ในโรงพยาบาลชุมชน 720 แห่ง ต้องดูแลประชาชนประมาณ 26 – 27 ล้านคน เป็นเหตุให้แพทย์ 1 คน ต้องตรวจคนไข้ประมาณวันละ 80 – 100 คน ภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง ซึ่งสุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดได้มาก[3]

หากพิจารณาจากสถิติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เกี่ยวกับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้นตามมาตรา 41 ตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ยืนยันว่าตัวเลขการจ่ายเงินมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2547 สปสช. จ่ายเงินช่วยเหลือ 4.9 ล้านบาท แต่ในปีงบประมาณ 2552 ตัวเลขพุ่งขึ้นไปถึง 73.2 ล้านบาท (ตาราง 1) **แต่ตัวเลขคำร้องเพิ่มขึ้นนี้ มิได้สะท้อนว่ามีความเสียหายเพิ่มขึ้น แต่สะท้อนว่าเป็นเพราะประชาชนรู้ถึงสิทธิของตนมากขึ้นต่างหาก**

ดังคำอธิบายของนายแพทย์วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ รองเลขาธิการ สปสช. ที่ว่า มีการร้องเรียนเพื่อขอความช่วยเหลือตามมาตรา 41 เป็นจำนวนมาก วงเงินที่ใช้ไม่มากอย่างที่หลายฝ่ายคาดการณ์ คือ 6 ปีที่ผ่านมาใช้เงินไปทั้งสิ้น 200 กว่าล้านบาท เท่านั้น สรุปได้ว่ามาตรา 41 ไม่ได้ก่อให้เกิดการเรียกร้องค่าเสียหายเพิ่มขึ้นอย่างที่หลายฝ่ายกลัว และในจำนวนที่มีการร้องเรียนจำนวนมากนี้ นำไปสู่การฟ้องร้องน้อยมากไม่ถึง 1% เท่านั้น *“จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นว่า หลังจากที่เกิดความเสียหายจะมีการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้น โดยมีคณะกรรมการซึ่งทุกฝ่ายให้ความเชื่อถือในการเข้ามาช่วยพิจารณาข้อเท็จจริง ทำให้ทุกอย่างเกิดความเข้าใจกันได้ ซึ่งจะทำให้ไม่มีการฟ้องร้องเกิดขึ้น”*[4]

ตาราง 1 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินชดเชยกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย ปี 2547 – 2552

ปี	รวมคำร้อง	ไม่เข้าเกณฑ์	เข้าเกณฑ์	ประเภทความเสียหาย			อุทธรณ์	ผลรวมการพิจารณาจ่าย (บาท)
				เสียชีวิต	พิการ	บาดเจ็บ		
2547	99	26	73	49	11	13	12	4,865,000
2548	221	43	178	113	29	36	32	12,815,000
2549	443	72	371	215	71	85	60	36,653,500
2550	511	78	433	239	74	120	58	52,177,535
2551	658	108	550	303	73	174	74	64,858,148
2552	810	150	660	344	97	219	67	73,223,000
รวม	**2,742**	**477**	**2,265**	**1,263**	**355**	**647**	**303**	**244,592,183**

ที่มา : สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, พฤษภาคม 2553

ในส่วนการฟ้องร้องที่เกิดขึ้นจริงนั้น กระบวนการพิจารณาคดีกลับล่าช้ามาก แม้จะมี พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 แล้วก็ตาม นางสาวบุญยืน ศิริธรรม ตัวแทนเครือข่ายผู้บริโภคภาคตะวันตก รายงานว่า ปัญหาการฟ้องร้องอาญาแพทย์นั้น ข้อเท็จจริงไม่มีคนไข้อยากฟ้องแพทย์ เพราะในจำนวนผู้เสียหายที่เข้ามาปรึกษา 600 ราย มีไม่ถึง 10 ราย ที่ฟ้องคดีอาญา แต่สาเหตุมาจากการพิจารณาของแพทยสภาล่าช้าจนเกิดปัญหาอายุความแพ่งที่จะหมดลง จึงต้องยื่นฟ้องคดีอาญาเพื่อยืดอายุความคดีแพ่งออกไป นอกจากนี้ การฟ้องส่วนใหญ่ยังเป็นการฟ้องร้องโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช่การฟ้องแพทย์[5] สำหรับช่องทางการฟ้องร้องเมื่อเกิดความเดือดร้อนในการรับบริการด้านสาธารณสุข ก่อนที่จะมีการใช้มาตรา 41 นั้น มี 3 ช่องทาง คือ

(1) ฟ้องผ่านทางแพทยสภา หรือสภาวิชาชีพอื่น ซึ่งมีอำนาจเพียงการลงโทษแพทย์เท่านั้น แพทยสภามีหน้าที่ควบคุมคุณภาพของการประกอบวิชาชีพ เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งถือเป็นหน้าที่หลัก

(2) ฟ้องผ่านสื่อมวลชน แม้สื่อไม่มีอำนาจชี้ถูกผิดหรืออำนาจในการพิจารณาคำร้องเรียน แต่ด้วยสถานการณ์ปัจจุบันทำให้ประชาชนมีความเชื่อมั่นที่เปลี่ยนไป ดังนั้นเมื่อร้องเรียนผ่านสภาวิชาชีพได้ผลช้า จึงหันไปร้องเรียนผ่านสื่อมวลชนมากขึ้น ทำให้สังคมวงกว้างได้ร่วมเรียนรู้ข้อเท็จจริงด้วย แม้อาจส่งผลให้เกิดการเผชิญหน้ากันมากขึ้น แต่ก็ส่งผลให้วงการแพทย์ โดยเฉพาะแพทยสภาต้องกลับมาพิจารณาคำร้องอย่างจริงจังและรวดเร็วขึ้น

(3) ฟ้องศาล การฟ้องศาลทำให้เกิดจุดแตกหัก แพทย์เองก็เกิดความไม่สบายใจ และบั่นทอนจิตใจในการทำงาน ส่วนประชาชนก็ได้รับความเดือดร้อน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้องเป็นจำนวนมาก และต้องอาศัยเวลาค่อนข้างนาน และเป็นฝ่ายเสียเปรียบมาก

เพื่อแก้ปัญหาให้ลึกลงไป จำเป็นต้องใช้ประสบการณ์ของมาตรา 41 ขยายต่อไปให้กว้างขึ้น เพื่อคุ้มครองประชาชนที่ได้รับความเสียหาย และเพื่อแลกกับการไม่ฟ้องแพทย์ทางแพ่ง รวมถึงการทุเลาโทษทางอาญาในกรณีที่แพทย์ผิดจริง ทั้งหมดนี้จึงนำมาสู่แนวคิดว่าควรมีการจัดตั้งกองทุนขึ้น เพื่อเยียวยาความเสียหายอย่างรวดเร็วและลดการฟ้องร้องแพทย์ลง ด้วยการเสนอร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...

กลไกลดความขัดแย้งที่ยังเห็นไม่ตรงกัน

กลไกสำคัญประการหนึ่งที่จะเกิดขึ้นหากกฎหมายฉบับนี้ผ่านออกมา คือ การตั้งกองทุนชดเชยความเสียหายฯ โดยการเก็บเงินสมทบทั้งจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เพื่อเยียวยาเบื้องต้นตามหลักการการช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดและใครเป็นคนผิด (No – fault liability compensation) ซึ่งเป็นระบบที่มุ่งชดเชยความเสียหายมากกว่าการมุ่งหาตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษ[6] ด้วยเชื่อว่าระบบนี้นอกจากจะลดความไม่พอใจของผู้เสียหายและช่วยลดการฟ้องร้องลงแล้ว ก็น่าจะช่วยลดความสัมพันธ์อันตึงเครียดระหว่างแพทย์กับคนไข้ลงด้วย

กองทุนดังกล่าวจะดึงเอาเม็ดเงินจากกองทุนมาตรา 41 ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และเงินสมทบจากสถานพยาบาลเอกชนเป็นเบี้ยสมทบส่วนโรงพยาบาลของรัฐ กองทุนจะขอสมทบปีต่อปีจากรัฐบาล[7] และมีคณะกรรมการกองทุนเป็นผู้อนุมัติการใช้จ่าย โดยคณะกรรมการจะต้องประกอบด้วยบุคคลหลายฝ่ายที่ได้รับการยอมรับจากทั้งฝ่ายแพทย์และคนไข้ สรุปแล้ว ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองฯ มีสาระสำคัญ 5 ประการคือ[8]

1. การตั้งคณะกรรมการเพื่อประเมินให้เงินชดเชยคนไข้ที่ได้รับความเสียหาย
2. ผู้เสียหายมีสิทธิได้รับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นและเงินชดเชยเบื้องต้น จากกองทุนตามร่าง พ.ร.บ. โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิด
3. คนไข้หรือญาติต้องยื่นเรื่องภายใน 3 ปี นับจากวันที่รู้เรื่อง แต่ต้องไม่เกิน 10 ปี
4. คนไข้สามารถฟ้องคดีอาญาได้ แม้จะได้รับเงินชดเชยแล้ว
5. สถานพยาบาลทุกแห่งต้องจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนฯ เพื่อเตรียมไว้จ่ายชดเชย
6. หากฝ่าฝืนคำสั่งกรรมการ มีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 1 หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

สาระสำคัญข้อ 4 และข้อ 5 เป็นข้อที่กลุ่มแพทย์ยกมาใช้ต่อสู้คัดค้านมากที่สุด กลุ่มแพทย์เห็นว่าหากได้รับเงินชดเชยแล้ว จะต้องไม่มีการฟ้องร้องต่อทั้งทางแพ่งและทางอาญา มิฉะนั้นจะเท่ากับเปิดช่องให้คนไข้เรียกผลประโยชน์หลายต่อและจะไม่ช่วยให้การฟ้องแพทย์



ลดลงแต่อย่างใด ทั้งยังจะทำให้กำลังใจของแพทย์ในการทำงานตกต่ำลงอีกด้วย

ทางด้านผู้สนับสนุนแย้งว่า เป็นเพราะสิทธิในการฟ้องร้องถือเป็นสิทธิพื้นฐาน จึงไม่ควรริดรอนสิทธินี้ของคนไข้ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติมีความเป็นไปได้น้อยมากจนถึงศูนย์ที่คนไข้จะฟ้องร้องดำเนินคดีอีก เพราะเมื่อรับเงินชดเชยแล้วจะต้องทำสัญญาประนีประนอมยอมความตามมาตรา 33 และในมาตรา 34 ก็กำหนดไว้ว่าหากผู้เสียหายนำเรื่องไปฟ้องศาลก็จะไม่สามารถกลับมารับการเยียวยาตาม พ.ร.บ. นี้ได้อีก[9]

ด้าน นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา เห็นว่าประเทศไทยไม่เหมาะสมที่จะใช้กฎหมายนี้ โดยอ้างอิงรายงานวิชาการกว่า 50 ฉบับ ที่เกี่ยวกับประเทศที่ดำเนินการตามกฎหมายนี้ โดยยกตัวอย่างประเทศสวีเดนว่า ในปี ค.ศ.1975 มีผู้ร้องเรียนแพทย์เพียง 600 ราย แต่เพิ่มขึ้นเป็นหมื่นรายในปี ค.ศ. 2004[10] อีกทั้งการเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน (สาระสำคัญข้อ 5) จะทำให้ต้นทุนด้านสาธารณสุขและการรักษาเพิ่มสูงขึ้น งบประมาณที่นำมารักษาคนไข้อาจลดน้อยลง กลุ่มแพทย์จึงพยายามเสนอให้แหล่งที่มาของเงินสมทบกองทุนควรมาจากเงินคงค้างบัญชีจากมาตรา 41 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และให้จัดเก็บเงินสมทบเป็นรายปีจากงบประมาณร้อยละ 1 ของ สปสช., กรมบัญชีกลาง, สำนักงานประกันสังคม และเงินเบี้ยประกันโดยความสมัครใจจากสถานบริการเอกชน[11]

อีกเช่นกัน ข้อเสนอนี้ถูกโต้แย้งอย่างหนักจากผู้สนับสนุน ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองฯ ว่าเป็นความพยายามของแพทยสภาที่จะรักษาผลประโยชน์ของโรงพยาบาลเอกชน ทั้งที่โรงพยาบาลเอกชนควรจ่ายเงินสมทบตามหลักประกันความเสี่ยงร่วมกันทั้งระบบ แทนการรับภาระความเสี่ยงเป็นรายครั้งซึ่งมีมูลค่าสูงกว่า

นอกจากนี้ นางปรียานันท์ ล้อเสริมวัฒนา ประธานเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ยังเรียกร้องให้มีการนำโครงการ Patient for Patient Safety ซึ่งเป็นโครงการขององค์การอนามัยโลกด้านความปลอดภัยของคนไข้ โดยให้คนไข้มีส่วนร่วมในการสรุปบทเรียนความผิดพลาดจากการรักษา เพื่อเผยแพร่ให้แพทย์และประชาชนรับรู้มาใช้พัฒนาเป็นระบบป้องกันความเสียหาย[12]

‘ขอนแก่นโมเดล’ บทเรียนเพื่อความเข้าใจอันดี

ในโมงยามอันคุกรุ่นนั้น ชื่อ ‘โรงพยาบาลขอนแก่น’ กลับพุ่งทะลุความอึมครึม ปรากฏข่าวบนสื่อในรูปแบบที่อ่อนโยนกว่ามาก และถูกเรียกขานว่า ‘ขอนแก่นโมเดล’

ขณะที่ความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยขยายตัวครอบคลุมหลายปริมณฑลทางสังคม สิ่งเดียวที่ยังไม่ถูกพรากไปจากโรงพยาบาลขอนแก่นดังเช่นที่อื่นๆ ก็คือ สัมพันธภาพอันดีระหว่างแพทย์และคนไข้

เหตุการณ์เริ่มต้นในปลายปี 2552 เมื่อการผ่าตัดคนไข้ 11 ราย จากการผ่าตัดจำนวนมาก เกิดเหตุสุดวิสัยส่งผลให้คนไข้ 7 ราย สูญเสียการมองเห็น 3 ราย เลือนราง และมีเพียง 1 รายเท่านั้น ที่มองเห็นเป็นปกติ วัดจากความเสียหายแล้ว กรณีนี้สามารถเป็นมหากาพย์การฟ้องร้องระหว่างแพทย์กับคนไข้อีกเรื่องหนึ่งได้ไม่ยาก ทว่ากลับแปรเปลี่ยนเป็นกรณีศึกษาสุดโรแมนติกกรณีหนึ่งในการเยียวยาคนไข้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษา

"โรงพยาบาลต้องเสียอะไร อย่างมากก็เงินกับชื่อเสียง แต่ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะหรือชีวิต เป็นความทุกข์ที่ต่างกันมาก...ต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยอย่างเต็มที่" คือคำกล่าวของ นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น[13] ที่ดำเนินไปพร้อมๆ กับการปฏิบัติการที่ทันท่วงที มีการจัดการที่ดี โปร่งใส ต่อเนื่อง จริงใจ และมีการติดตามผล ทำให้ทุกอย่างจบลงด้วยดี ความสัมพันธ์ที่แหว่งวิ่นถูกถักทอขึ้นใหม่อย่างรวดเร็ว

"เริ่มต้นเยียวยา เราขอโทษก่อน แสดงตัวว่ายินดีรับผิดชอบความเสียหายที่เกิดขึ้น แต่อย่าเพิ่งพูดเรื่องเงิน เขาเจ็บป่วยอยู่ เราก็รักษาไม่ให้โรคมันลุกลามก่อน แสดงความรับผิดชอบด้วยการรักษาโรคที่เราถนัด ต่อไปก็ค่อยๆ เจรจาเรื่องความเสียหาย เรื่องเงินก็สำคัญอยู่ ถ้าเขายื่นเรื่องเอง ฟ้องร้องเอง เรื่องมันก็จะช้า เราก็ต้องใช้วิธีว่าหนักเป็นเบา ค่าใช้จ่ายพวกลูกไม่มีเงินไปโรงเรียน สามีขาดรายได้ ก็ต้องเยียวยาไปก่อน"[14]

ที่น่าสนใจคือ โรงพยาบาลขอนแก่นตัดสินใจตั้ง Peace Room หรือทีมเฉพาะกิจที่ตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ ประกอบด้วย 4 ทีมหลัก คือ ทีมรักษา ทีมเยียวยาช่วยเหลือ ทีมสอบสวนโรค และทีมประสานงาน โดยแต่ละทีมทำงานพร้อมกันตามบทบาทหน้าที่[15] การรับฟังอย่างอดทน การใช้กระบวนการไกล่เกลี่ย การเยียวยาผลกระทบจากหนักให้เป็นเบา การไม่ทอดทิ้งและดูแลผู้เสียหายทุกรายอย่างเท่าเทียม การเยี่ยมเยือนถึงบ้าน ฯลฯ ช่วยผ่อนอารมณ์โกรธแค้นให้จางคลาย ผู้เสียหายเข้าใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้น แม้จะเป็นความผิดพลาด แต่ก็ไม่ใช่เจตนาของแพทย์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยสูญเสีย สุดท้าย ไม่มีผู้เสียหายรายใดฟ้องร้อง ซ้ำยังให้พรแก่บุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น

นอกจากนี้ ทางโรงพยาบาลยังมีการตั้งรับสถานการณ์การตกเป็นข่าวอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีกระบวนการดังนี้[16]

1. วิเคราะห์ความต้องการของนักข่าว
2. ทำความจริงให้ปรากฏ ลดความน่าสนใจของเหตุการณ์
3. เร่งรัดกระบวนการเยียวยาผู้เสียหาย

เป็นเหตุให้โรงพยาบาลสามารถลดความเสียหายจากการตกเป็นข่าวได้อย่างดี ขอนแก่นโมเดลจึงเป็นหนึ่งตัวอย่างที่ดีในการจัดการเพื่อเยียวยาคนไข้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษา หากโรงพยาบาลทุกแห่งนำบทเรียนของโรงพยาบาลขอนแก่นไปปรับใช้ เชื่อว่าความขัดแย้งและการฟ้องร้องระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะลดลง โดย ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ จะเป็นกลไกหนึ่งที่ช่วยให้การเยียวยาความเสียหายเป็นไปอย่างรวดเร็วและทั่วถึงขึ้น

อย่างไรก็ตาม มิได้หมายความว่ารากเหง้าของปัญหาความขัดแย้งจะจบสิ้น ในเมื่อระบบสาธารณสุขยังมีปัญหาอีกหลายจุด ซึ่งแต่ละจุดต่างก็ยึดโยงถักทอไปยังอีกจุด ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่โรงเรียนแพทย์ยังไม่สามารถผลิตได้ทัน แพทย์ชนบทที่ถูกดูดดึงจากส่วนกลาง สภาวะแพทย์สมองไหลจากสถานพยาบาลของรัฐสู่สถานพยาบาลเอกชน ซ้ำมหาวิทยาลัยบางแห่งยังมีนโยบายจะเปิดหลักสูตรนานาชาติที่จะส่งผลกระทบให้ปริมาณแพทย์ลดลง การเรียนการสอนในโรงเรียนแพทย์ที่มักปลูกฝังวิธีคิดว่าคนไข้เป็นวัตถุในการรักษา เป็นผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ แทนที่จะเป็นแบบมนุษย์ต่อมนุษย์ ความก้าวร้าวของทุนนิยมที่ส่งเสริมให้การบริการสาธารณสุขกลายเป็นธุรกิจแบบเข้มข้น

โดยเฉพาะนโยบายผลักดันการเป็นศูนย์การแพทย์ระดับภูมิภาคของประเทศไทย ที่แม้จะสร้างผลประโยชน์ในรูปเม็ดเงินให้แก่ประเทศ แต่ก็ยังเป็นเรื่องน่าคลางแคลงต่อผลกระทบด้านอื่นๆ ที่จะตามมา นอกจากนี้ยังมีระบบกฎหมายสิทธิบัตรและทรัพย์สินทางปัญญาที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงยาอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม นี่ยังไม่ต้องลากไกลไปถึงนโยบายการเปิดเขตการค้าเสรี (เอฟทีเอ) กับตะวันตก ที่เรียกร้องให้ประเทศไทยปรับแก้กฎกติกาต่างๆ เพื่อเอื้อประโยชน์แก่บรรษัทยาข้ามชาติ และทำลายอุตสาหกรรมยาในประเทศ ฯลฯ

ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขไทยอย่างเป็นองค์รวมและขับเคลื่อนพร้อมกันทุกองคาพยพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งยั่งยืนทั้งระบบ ***กฎหมายเพื่อชดเชยเยียวยาความเสียหาย เป็นหนึ่งในหลายความจำเป็นที่ต้องเกิดขึ้นในสังคมไทย เพื่อผลประโยชน์ของประชาชน และเพื่อสร้างระบบปกป้องแพทย์ผู้ประกอบวิชาชีพที่มีความตั้งใจในการทำงาน แต่เกิดความผิดพลาดซึ่งเป็นธรรมดาของมนุษย์***

กฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ : ช่วยลดจำนวนการทำแท้ง และจำนวนนักเรียนออกจากโรงเรียนกลางคัน

"อนามัยการเจริญพันธุ์" คงจะยังเป็นคำที่สังคมไทยไม่คุ้นเคย หากไม่เกิดการจุดกระแสความสนใจโดยสื่อมวลชนเมื่อกลางปี พ.ศ. 2553 ที่ผ่านมา เมื่อหนังสือพิมพ์หลายฉบับพร้อมใจกันเปิดประเด็นว่ากระทรวงสาธารณสุขต้องการผลักดันร่างกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิการศึกษาของนักเรียนที่ตั้งครรภ์ พลันเกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางในสังคมว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ถูกจุดแล้วหรือไม่



http://www.sxc.hu/browse.phtml?f=download&id=1245131

เปิดตัวร่างกฎหมายใหม่ด้วยกระแสข่าว 'ท้องก็เรียนต่อได้'

กลางปี พ.ศ. 2553 สังคมไทยได้รู้จักร่างกฎหมายใหม่ที่มีชื่อเรียกแปลกหู "ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์" จากการเปิดประเด็นข่าวของสื่อมวลชนที่หยิบมาตรา 12 ของร่างกฎหมายนี้มาเป็นจุดขาย

"สธ. ดัน กม. คุ้มครองหญิงตั้งครรภ์" [1]

"สธ. เตรียมชง กม.ใหม่ 'ท้อง' ก็เรียนได้" [2]

"เข็นพ.ร.บ.เปิดทางท้องระหว่างเรียน" [3]

นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์ รัฐมนตรีสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานผู้เสนอร่างกฎหมายฉบับนี้ให้สัมภาษณ์กับหนังสือพิมพ์หลายฉบับว่า *"ส่วนตัวมองว่าต้องมีกฎหมายฉบับนี้ แต่จะต้องพูดให้ชัดด้วยว่าเราไม่ได้สนับสนุนให้วัยรุ่นตั้งครรภ์มากขึ้น แต่เป็นความจำเป็นที่ต้องคุ้มครองและดูแลสุขอนามัยคนเหล่านี้"* [4] ในขณะที่นายแพทย์กิติพงศ์ แซ่เจ็ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กล่าวว่า *"ปัจจุบันเรื่องหญิงตั้งครรภ์ในวัยเรียนจะไปเรียนได้หรือไม่ได้นั้น การปฏิบัติยังไม่แน่ชัด ขึ้นอยู่กับผู้บริหารโรงเรียน ครู หรือสมาคมผู้ปกครอง แต่หากมี พ.ร.บ. นี้ ทุกสถาบันการศึกษาจะต้องปฏิบัติตามกฎหมายเป็นมาตรฐานเดียวกัน คือให้เด็กที่ตั้งครรภ์เรียนได้ เว้นแต่ว่าเป็นความประสงค์ของเด็กเองที่จะไม่ไปเรียน"* [5]

หากมองย้อนไปถึงสถานการณ์สังคมที่ถูกจับตามองมาตั้งแต่ปี 2552 นั่นคือ การตั้งครรภ์ของผู้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งประเทศไทยมีอุบัติการณ์สูงสุดเป็นอันดับหนึ่งของกลุ่มประเทศในทวีปเอเชีย แต่รัฐบาลยังไม่มีนโยบายและมาตรการที่ชัดเจนว่าจะป้องกันและแก้ไขอย่างไร[6] ทำให้พอมองเห็นความเชื่อมโยงของประเด็นที่สื่อและผู้เสนอร่างกฎหมายนี้พยายามชี้แจงต่อสังคมให้เห็นความจำเป็นที่ต้องมีพระราชบัญญัติฉบับนี้ ซึ่งอาจจะพูดได้ว่าเป็นความพยายามที่มาได้ถูกทาง เพราะเสียงตอบรับมีมากกว่าเสียงคัดค้านอย่างเห็นได้ชัดจากพาดหัวข่าวนับแต่มีการนำเสนอเรื่องนี้ในสื่อหนังสือพิมพ์ อาทิเช่น *"เพื่อนหญิงหนุน 'อนุญาต นร.ท้อง'"*[7] *"หนุน พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์"*[8] *"วรากรณ์ หนุนร่าง พ.ร.บ.ท้องเรียนต่อ"* [9] ส่วนเสียงค้านที่มีอยู่บ้างประปรายนั้น มักเป็นความเห็นของคอลัมนิสต์ เช่น *"ศีลธรรมดีกว่า พ.ร.บ.อนามัยฯ"*[10] *"กฎหมายก็ช่วยไม่ได้ถ้าใจขาดธรรม"* [11] การเปิดตัวด้วยประเด็น "ท้องก็เรียนต่อได้" ยังกระตุ้นให้เกิดกระแสความคิดเห็นอื่นตามมา เช่น การจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน [12] การลงโทษฝ่ายชายที่มีส่วนทำให้เกิดการท้องโดยไม่พร้อม [13] นอกจากนี้ ฝ่ายการเมืองยังได้แสดงท่าทีเปิดรับอย่างเต็มที่เมื่อนายกรัฐมนตรีให้สัมภาษณ์ว่า พร้อมสนับสนุนร่างกฎหมายนี้ เพราะต้องการแก้ไขสถานการณ์วัยรุ่นตั้งครรภ์ของประเทศไทย[14]

จากจำนวนสถิติเด็กนักเรียนชายและหญิงทั่วประเทศของกระทรวงศึกษาธิการ ที่ลาออกจากโรงเรียนกลางคันเพราะแต่งงาน ในช่วง พ.ศ. 2548 – 2552 (ดูตาราง) พบว่าเป็นนักเรียนหญิงมากกว่านักเรียนชายถึง 8.7 เท่า หากสันนิษฐานว่า อย่างน้อยครึ่งหนึ่งของนักเรียนหญิงที่ลาออกนี้เป็นเพราะตั้งครรภ์ ก็จะได้ตัวเลขสูงถึง 9 พันคน ที่อนาคตการศึกษาในโรงเรียนต้องจบสิ้นลงเพราะท้องระหว่างเรียน ดังนั้น ถ้ากฎหมายฉบับนี้ประกาศใช้ ก็เท่ากับว่าสังคมไทยเปิดโอกาสให้นักเรียนหญิงที่ท้องเป็นจำนวนร่วมหมื่นคนยังมีที่ยืนอยู่ในโรงเรียนได้ หากเธอเหล่านั้นต้องการ

หลังจากสื่อมวลชนและประชาชนแสดงความสนใจในร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างกว้างขวาง กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเจ้าภาพของร่างกฎหมายฉบับนี้ได้ประกาศว่าจะจัดให้มีเวทีประชาพิจารณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนที่จะเสนอร่างกฎหมายเข้าสู่คณะกรรมการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติและคณะรัฐมนตรีในลำดับต่อไป โดยรัฐมนตรีสาธารณสุขให้สัมภาษณ์เน้นย้ำให้ที่ประชุมประชาพิจารณ์มีความรอบคอบในการพิจารณามาตรา 12 ที่กำหนดให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์สามารถเรียนต่อไปว่า *"...เพราะมีความเห็นที่หลากหลายต่อประเด็นนี้ ทั้งในส่วนที่เกรงจะเป็นการส่งเสริมค่านิยมให้เด็กในวัยเรียนตั้งครรภ์ ขณะที่อีกส่วนหนึ่งเห็นว่าเป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนต่อ เพราะหากตัดโอกาสการเรียนเท่ากับเป็นการซ้ำเติมอนาคตเด็ก"*[15] เช่นเดียวกับท่าทีของรัฐมนตรีศึกษาธิการ นายชินวรณ์ บุณยเกียรติ ที่ได้ให้สัมภาษณ์ว่า ต้องการรอดูผลประชาพิจารณ์อย่างละเอียด และอยากจะเน้นเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ของเด็กวัยเรียนโดยการจัดทำหลักสูตรเพศศึกษาที่เหมาะสม[16]

ผลประชาพิจารณ์พบทุกภาคส่วนร่วมสนับสนุน

"ประชาพิจารณ์หนุน พ.ร.บ.เจริญพันธุ์ 80% เห็นด้วย นร. ท้องลาคลอด – เรียนต่อได้" [17]

"ร่าง ก.ม.คุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์ฉลุย จ่อคิวเข้า ครม.เดือน ก.ย. อธิบดีกรมอนามัยชี้ช่วยลดอัตราทำ แท้ง" [18]

"ประชาพิจารณ์ 'ก.ม.เจริญพันธุ์' ผ่านฉลุย ภาคสังคมเห็นด้วยตั้งครรภ์ระหว่างศึกษา – จัดมาตรการช่วยเหลืออย่างมีคุณภาพ" [19]

ภายหลังกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) จัดเวทีประชาพิจารณ์ ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ขึ้น เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2553 โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมกว่า 250 คน จากเครือข่ายผู้ปกครอง สถาบันการศึกษา ตัวแทนกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และเครือข่ายทำงานด้านสิทธิสตรี เด็กและเยาวชน

ผลการประชาพิจารณ์พบว่า ภาคส่วนต่างๆ เห็นด้วยกับร่างกฎหมายฉบับนี้โดยไม่มีผู้ใดคัดค้าน นายแพทย์สมยศ ดีรัศมี อธิบดีกรมอนามัย เปิดเผยว่า *"ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยทุกมาตรา ไม่ได้มีการเสนอให้ถอนมาตราใด และเห็นด้วยกับมาตรา 12 ที่เปิดโอกาสให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์สามารถเรียนต่อได้ แต่เสนอให้เพิ่มเติมและปรับปรุงแก้ไขในรายละเอียดของกฎหมาย"*[20] โดย นางสาวณัฐยา บุญภักดี ผู้ประสานงานมูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) กล่าวถึงมติที่ประชุมที่มีต่อมาตรา 12 ว่า *"ควรเพิ่มวรรคท้ายว่า สถาบันการศึกษา*

ตารางแสดงจำนวนนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 ทั่วประเทศ ออกจากโรงเรียนเพราะแต่งงาน พ.ศ. 2548 – 2552

ปีการศึกษา	นักเรียนชาย	นักเรียนหญิง	อัตราส่วน นร.หญิง:นร.ชาย
2548	325	3,435	10.6
2549	612	3,999	6.5
2550	389	4,640	11.9
2551	374	4,368	11.7
2552	391	2,736	10.0
รวม	**2,091**	**18,178**	**8.7**

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2554. 'จุดเปลี่ยนเรื่องเพศประเทศไทย'. ใน จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย. สุรีย์พร พันพึง และมาลี สันภูวรรณ์ (บรรณาธิการ). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ)

ควรจัดมาตรการช่วยเหลือให้หญิงมีครรภ์ศึกษาต่อได้อย่างมีคุณภาพด้วย" [21] นอกจากนี้ ผลประชาพิจารณ์ยังชี้ว่าในมาตรา 15 ซึ่งระบุเรื่องให้มีคณะกรรมการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ หรือ กอช. นั้น ควรจะมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานเพราะเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับหลายกระทรวง[22]

ผลจากการประชาพิจารณ์ทั้งหมดนี้ ถูกนำเข้าสู่การประชุมของคณะอนุกรรมการพัฒนาร่าง พ.ร.บ. เพื่อแก้ไขปรับปรุงในเดือนสิงหาคมและนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีในเวลาต่อมา

แรงสนับสนุนยิ่งเข้มแข็งหลังกระแสข่าว พบ 2,002 ซากตัวอ่อนมนุษย์ ที่วัดไผ่เงินโชตนาราม

เดือนพฤศจิกายน 2553 ข่าวพบซากตัวอ่อนมนุษย์จำนวนนับพันที่วัดไผ่เงินโชตนารามใจกลางกรุงเทพมหานคร สร้างกระแสความตระหนกในสถานการณ์การทำแท้งไปทั่วประเทศไทย (อ่านรายละเอียดในสถานการณ์เด่นที่ 2 หน้า 45) ส่งผลให้ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์มีการหยิบขึ้นมาพูดถึงอีกครั้งหลังหายไปจากกระแสข่าวร่วมสองเดือน[23] นายนิพิฏฐ์ อินทรสมบัติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวัฒนธรรม ให้สัมภาษณ์ถึงจุดยืนของพรรคประชาธิปัตย์ต่อการออกกฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ว่า *"พรรคประชาธิปัตย์ได้มีการประชุมหารือในเรื่องนี้แล้วและเห็นด้วยที่จะสนับสนุนกฎหมายอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เสนอโดยกระทรวงสาธารณสุข...และเชื่อว่าหากกฎหมายนี้มีผลบังคับใช้ จะสามารถแก้ปัญหาไม่รู้จบอย่างที่เป็นอยู่ได้ ...ถึงเวลาที่เราต้องมีกฎหมายเฉพาะเพื่อป้องกันวิกฤตทางเพศของสังคมเสียที ไม่มองว่าเรื่องเพศเป็นปัญหาของใครคนใดคนหนึ่ง รัฐต้องเข้ามาคุ้มครอง..."* [24]

วันที่ 14 ธันวาคม 2553 หนังสือพิมพ์หลายฉบับรายงานข่าวว่าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีมีมติรับหลักการของร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ และจะดำเนินการส่งเรื่องให้คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาแล้วส่งกลับมาให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาอีกครั้งก่อนส่งเรื่องไปยังสภาผู้แทนราษฎรต่อไป[25] โดย นายแพทย์มารุต มัสยวาณิช รองโฆษกประจำสำนักนายกรัฐมนตรีแถลงผลการประชุม ครม. ในตอนหนึ่งว่า *"เนื่องจากสังคมไทยประสบปัญหาจากกรณีที่พบซากทารก 2,002 ซาก จึงต้องมีการเสนอร่าง พ.ร.บ. นี้ขึ้นมา ซึ่งกระทรวงต่าง ๆ อาทิ ต่างประเทศ พม. แรงงาน ก.พ. ศึกษาธิการ ต่างแสดงความเห็นด้วยกับกฎหมายดังกล่าว"*[26]

กฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศอื่น

กฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นกฎหมายแนวคิดใหม่ที่ประกาศใช้แล้วในบางประเทศและอีกหลายประเทศทั่วโลกกำลังยกร่างกฎหมายนี้ กำเนิดของแนวคิดในการออกกฎหมายด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ มีที่มาจากการร่วมลงนามในแผนปฏิบัติการว่าด้วยเรื่องประชากรและการพัฒนา หรือ ICPD 1994 ของรัฐบาลจำนวน 168 ประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ภายหลังการลงนามหลายประเทศเริ่มดำเนินงานให้ประชาชนของตนได้รับการคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ บ้างก็แก้ไขกฎหมายปลีกย่อยต่างๆ บ้างก็กำหนดนโยบายใหม่ขึ้นแทนที่นโยบายประชากรเดิม และบางประเทศได้ยกร่างกฎหมายขึ้นใหม่ทั้งฉบับเพื่อให้ความคุ้มครองประชาชนในเรื่องสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์โดยตรง

เฉพาะประเทศที่ยกร่างกฎหมายขึ้นใหม่ทั้งฉบับ (เรียกว่า comprehensive reproductive health law) และมีผลบังคับใช้แล้ว ได้แก่ สาธารณรัฐแอลบาเนีย ประเทศเบนิน สาธารณรัฐชาด และสาธารณรัฐมาลี สาระสำคัญโดยย่อของกฎหมายอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศเหล่านี้ ประกอบด้วย[27]

- การนำความหมายของอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศตามที่ระบุในแผนปฏิบัติการ ICPD มาปรับใช้ เช่น ระบุในกฎหมายอย่างชัดเจนว่า "หญิงและชายทุกคนมีสิทธิเลือกวิธีวางแผนครอบครัว มีสิทธิเข้าถึงวิธีคุมกำเนิดที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สามารถซื้อหาได้ และเป็นวิธีที่ยอมรับโดยทั่วไป ผู้หญิงมีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์และคลอดบุตรโดยเป็นบริการที่มุ่งดูแลสุขภาพของทั้งผู้หญิงและทารก" เป็นต้น
- ระบุหลักประกันถ้วนหน้าในเรื่อง สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น ความเสมอภาคระหว่างหญิงและชาย ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ • การตัดสินใจเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ • การแต่งงานโดยสมัครใจ • การเข้าถึงข้อมูลและการให้การศึกษาเรื่องบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ • การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้ • การไม่ถูกเลือกปฏิบัติในการเข้าถึงบริการสุขภาพ • การรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้รับบริการ

- ในเรื่องของการบังคับใช้กฎหมาย ระบุความรับผิดชอบของหน่วยงานรัฐทั้งส่วนกลางและท้องถิ่น รวมถึงให้มีตัวแทนภาคประชาชนมาร่วมรับผิดชอบด้วย
- ระบุถึงการจัดทำระบบบริการสุขภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และระบบบริการอนามัยการเจริญพันธุ์เฉพาะสำหรับวัยรุ่น
- ในประเด็นการทำแท้ง กฎหมายถูกเขียนไว้อย่างชัดเจนว่า จะอนุญาตให้มีการบริการทำแท้งที่ปลอดภัยและถูกกฎหมายในกรณีใดบ้าง เช่น กรณีที่การตั้งครรภ์เป็นอันตรายต่อสุขภาพหรือชีวิตของผู้หญิง กรณีถูกข่มขืน กรณีถูกข่มขืนโดยบุคคลสายเลือดเดียวกัน และกรณีตัวอ่อนในครรภ์มีความผิดปกติร้ายแรง
- ในประเด็นเอชไอวี/เอดส์ ระบุว่าต้องให้บริการพิเศษสำหรับผู้เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยให้หลักประกันว่าต้องไม่ถูกเลือกปฏิบัติ บุคคลที่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง จะต้องได้รับการดูแลสภาพจิตใจ การให้การปรึกษาและบริการอื่นๆ รวมทั้งได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม
- กฎหมายอนามัยการเจริญพันธุ์ของบางประเทศกำหนดไว้ด้วยว่า การกระทำต่อไปนี้เป็นอาชญากรรม เช่น การละเมิดทางเพศทุกรูปแบบต่อผู้หญิงและเด็ก • การขริบอวัยวะเพศหญิง • การร่วมเพศกับเด็ก • การจงใจแพร่เชื้อเอชไอวีสู่ผู้อื่น • การแสวงประโยชน์ทางเพศและบังคับค้าประเวณี • การบังคับแต่งงาน เป็นต้น

เมื่อพิจารณาถึงความครอบคลุมของกฎหมายอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ประกาศใช้แล้วในประเทศอื่นๆ จะเห็นว่ามีความครอบคลุมประเด็นปลีกย่อยในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์มากกว่าร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยอยู่มากทีเดียว อย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศย่อมมีบริบททางสังคมและกลไกการออกกฎหมายที่เฉพาะตัว หากประเทศไทยสามารถบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับที่กำลังอยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกานี้ได้จริง ก็นับได้ว่าเป็นความก้าวหน้าทางนโยบายที่สำคัญ และเอาจริงเอาจังกับการป้องกันไม่ให้เด็กนักเรียนต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน เพราะตั้งครรภ์ ซึ่งอาจช่วยลดจำนวนการทำแท้งลงได้บ้าง

สำหรับการแก้ปัญหาท้องไม่พร้อมของวัยรุ่นได้และแก้ไขปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย กฎหมายฉบับนี้คงยังไม่ใช่ยาวิเศษที่จะแก้ปัญหาเหล่านี้โดยตรง แต่สามารถใช้เป็นฐานผลักดันการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาที่รอบด้าน ให้เกิดมรรคผลอย่างจริงจังได้ ซึ่งน่าจะเป็นลูกเด้งต่อการคลี่คลายปัญหาท้องไม่พร้อมของนักรักในวัยเรียนลงได้ รวมทั้งการเลือกที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมากขึ้นด้วย

สาระหลักของร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ พ.ศ. ....

1. สิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ รับรองสิทธิที่จะตัดสินใจและรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนมีบุตร ซึ่งต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง รอบด้าน รวมทั้งรับรองว่าคนทุกคนมีสิทธิเลือกวิถีทางเพศของตนและสัมพันธภาพทางเพศต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ ปลอดภัย เคารพซึ่งกันและกันและมีความรับผิดชอบ

2. การจัดการศึกษา กำหนดให้สถานศึกษาจัดการสอนเพศศึกษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัยของผู้เรียน และพัฒนาบุคลากรให้สอนเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การจัดบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ กำหนดให้สถานบริการด้านสาธารณสุขให้การปรึกษาและบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอที่ผู้รับบริการจะสามารถตัดสินใจเลือกได้อย่างอิสระและการบริการต้องละเอียดอ่อนต่อคนทุกเพศทุกวัย รักษาความลับ เคารพความเป็นส่วนตัว ไม่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกอับอาย

4. การคุ้มครองผู้หญิงตั้งครรภ์ กำหนดให้สถานศึกษา หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ให้การคุ้มครองนักเรียนนักศึกษาที่ตั้งครรภ์และประสงค์จะศึกษาต่อให้สามารถศึกษาต่อได้ หรือลาพักและกลับมาเรียนต่อได้ และสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชนต้องไม่ขัดขวางการลาคลอดตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด ส่งเสริมการให้นมบุตรอย่างต่อเนื่อง และให้ความช่วยเหลือดูแลลูกจ้างที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมและประสบปัญหาในการดูแลบุตร

5. การป้องกันปัญหาการคุกคามทางเพศในที่ทำงาน กำหนดว่าหน่วยงานรัฐและเอกชนต้องป้องกันไม่ให้มีการคุกคามหรือก่อความเดือดร้อนทางเพศในที่ทำงาน

6. กลไกระดับชาติ กำหนดให้มีคณะกรรมการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (กอช.) โดยนายกรัฐมนตรีเป็นประธานโดยตำแหน่ง มีบทบาทดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์

8 ความ (ไม่) มั่นคงทางอาหาร จากโลก...ถึงไทย



www.sxc.hu/browse.phtml?f=download&id=1274003

โลกกำลังเผชิญวิกฤตการณ์ด้านอาหารอย่างน่าหวาดหวั่น โดยเฉพาะในช่วงเวลาไม่ถึง 5 ปี เกิดขึ้นติดๆ กันถึง 2 ครั้ง ประเทศไทยเองกำลังตกอยู่ในสภาวการณ์สุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะความไม่มั่นคงทางอาหาร เพราะสาเหตุหลายประการ ไม่ว่าจะเป็น ชาวนาไทยใกล้สูญพันธุ์ เกษตรกรขายที่ทิ้ง และปัญหาเชิงโครงสร้างต่างๆ ที่ยังแก้ไม่ได้สะเด็ดน้ำ เช่น ปัญหาโครงสร้างของที่ดินทำกินและสิทธิในการเข้าถึงทรัพยากร ปัญหาความเสื่อมโทรมของฐานทรัพยากรอาหาร และปัญหาของระบบการผลิตอาหารที่ไม่ยั่งยืน

โลกที่หิวโหย

สถานการณ์เริ่มขึ้นในช่วงต้นทศวรรษ 2550 คือ ปี 2550 – 2551 ทั้งโลกต้องตกตะลึงกับราคาพืชผลการเกษตรที่พุ่งสูงเป็นประวัติการณ์ในรอบ 30 ปี ซึ่งเป็นผลมาจากความต้องการบริโภคที่เพิ่มขึ้น แต่อาหารกลับขาดแคลนเพราะถูกภัยธรรมชาติถล่ม ซ้ำเติมด้วยการเก็งกำไรในตลาดสินค้าโภคภัณฑ์ของกองทุนเก็งกำไรหรือ “เฮดจ์ฟันด์” เสริมด้วยการเปลี่ยนรสนิยมด้านอาหารของชนชั้นกลางในเอเชีย ที่มีรายได้สูงขึ้นโดยเฉพาะในจีนและอินเดีย รวมไปถึงการนำพืชอาหารไปผลิตพลังงานทดแทนน้ำมันมากขึ้น[1]

ในครั้งนั้นเกิดจลาจลแย่งชิงอาหารใน 32 ประเทศ มี 2 รัฐบาล ถูกพลังความหิวโหยของประชาชนโค่นล้ม คือ เฮติและมาดากัสการ์

พอปลายปี 2553 วิกฤตการณ์รอบใหม่เริ่มก่อตัว ทำให้องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture Organization of the United Nations – FAO) ต้องเรียกประชุมฉุกเฉิน เมื่อวันที่ 24 กันยายน 2553 ก่อนจะเปิดเผยว่าดัชนีราคาอาหารโลกทั้งข้าวเจ้า ข้าวสาลี ข้าวโพด ธัญพืชอื่นๆ น้ำตาล และเนื้อสัตว์ พุ่งสูงทุบสถิติที่ 214.7 ซึ่งสูงกว่าตัวเลขเดิมที่ 213.5 ในเดือนมิถุนายน 2551 ที่เกิดวิกฤตอาหารครั้งก่อนนั่นเอง และในช่วงรับปีใหม่ 2554 ยังได้เตือนให้โลกระวัง “ภาวะช็อกราคาอาหาร” (Food Price Shock) ที่จะเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ เนื่องจากราคาอาหารโลกได้ก้าวเข้าสู่ “เขตอันตราย” อีกครั้ง

ปัจจัยที่ทำให้เกิดวิกฤตรอบใหม่ ยังคงเป็นปัจจัยเดิมๆ แม้กระแสเรื่องพลังงานทดแทนจากพืชอาจจะเบาบางลงบ้าง แต่ภัยพิบัติทางธรรมชาติกลับรุนแรงขึ้น ทั้งน้ำท่วม แผ่นดินไหว ภัยแล้ง คลื่นความร้อน ไฟป่า หิมะตกหนัก ภูเขาไฟระเบิด ฯลฯ คาดการณ์ว่าประเทศที่จะได้รับผลกระทบจากราคาสินค้าที่ถีบตัวสูงขึ้นและภาวะเงินเฟ้อรุนแรง คือ กลุ่มประเทศตลาดเกิดใหม่ ที่ประกอบด้วย บราซิล รัสเซีย อินเดีย และจีน (BRIC) รวมถึงประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจนในเอเชียและแอฟริกา

การประท้วงและจลาจลก่อตัวขึ้นในหลายประเทศ อาทิ ในประเทศโมซัมบิก มีผู้เสียชีวิต 7 ราย บาดเจ็บหลายร้อยราย จากเหตุประท้วงรัฐบาลที่ขึ้นราคาขนมปังร้อยละ 30 กลุ่มวัยรุ่นในประเทศแอลจีเรีย ก่อการจลาจลจุดไฟเผาสถานที่ราชการและทำลายสาธารณสมบัติหลังจากนม น้ำตาล แป้ง ขึ้นราคา

ที่น่าจับตามากที่สุดคือ เหตุประท้วงขับไล่รัฐบาลหลายประเทศในตะวันออกกลาง อาทิ เยเมน แอลจีเรีย โมร็อกโก จอร์แดน ตูนิเซีย และอียิปต์ สองประเทศหลังนี้ผู้นำประเทศยอมลาออกจากตำแหน่ง ลามไปถึงประเทศลิเบีย ในตอนปลายเดือนกุมภาพันธ์ ที่ดูเหมือนว่าอาจเกิดสงครามกลางเมืองในที่สุด เพราะกลุ่มต่อต้าน พันเอกกัดดาฟี่ สามารถยึดกุมเมืองทางตะวันออกได้แล้วในต้นเดือนมีนาคม 2554 มีแนวโน้มว่าที่อิหร่านและโมร็อกโกมีการประท้วงรัฐบาลในเร็ว ๆ นี้

หากวิกฤตในอาหรับยังลามไม่หยุด หลายฝ่ายเชื่อว่า ปี 2554 จะเป็นปีที่เห็นราคาน้ำมันดิบทะยานพุ่งสูงทะลุ 100 เหรียญสหรัฐอเมริกาต่อบาร์เรล ราคาทองคำจะทะลุ 1,500 เหรียญสหรัฐต่อออนซ์[2] แน่นอนว่าราคาสินค้าทุกหมวดก็พาเหรดขึ้นราคาตามด้วย โดยในหลายประเทศถูกซ้ำเติมด้วยปัญหาสินค้าขาดแคลน อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้น คนยากจนทุกข์ยากมากขึ้น

จากสภาพการณ์ดังกล่าว ทำให้คำว่า “ความมั่นคงของอาหาร” มีการพูดถึงกันมากขึ้น เพราะได้พิสูจน์ชัดว่า **เมื่อไม่มีความมั่นคงทางอาหารแล้ว การเมือง เศรษฐกิจ สังคมย่อมไม่มั่นคงตามไปด้วย**

ความมั่นคงทางอาหาร คือ...อะไร

องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติได้ให้ความหมายของความมั่นคงทางอาหารว่าหมายถึงสภาวะที่ *“...คนทุกคนและทุกขณะเวลามีความสามารถทั้งทางกายภาพและทางเศรษฐกิจที่สามารถเข้าถึงอาหารที่เพียงพอ ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจด้านอาหาร เพื่อให้เกิดชีวิตที่มีพลังและมีสุขภาพ...โดยมี 4 องค์ประกอบสำคัญคือ ความพอเพียง การเข้าถึง การใช้ประโยชน์ และเสถียรภาพ”*[3] รวมถึงระบบการจัดการผลผลิตที่ส่งเสริมสนับสนุนการผลิตอย่างยั่งยืน อาทิ การปฏิรูปที่ดิน การจัดการแหล่งน้ำ และปัจจัยการผลิตต่าง ๆ การกระจายผลผลิตและผลประโยชน์ที่เป็นธรรมแก่เกษตรกร ชุมชน ประเทศชาติ[4]

ถ้าเปรียบความมั่นคงของอาหารกับภูเขาน้ำแข็ง ราคาอาหารแพง ขาดแคลนมากขึ้น เป็นเพียง “ยอด” ที่โผล่พ้นน้ำเท่านั้น เพราะเป็นสิ่งที่เห็นง่าย เห็นชัด แต่ฐานมหึมาที่จมอยู่ใต้น้ำนั้น ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความมั่นคงทางอาหารทั้งสิ้น แถมยังเกี่ยวพันโยงใยส่งผลซึ่งกันและกัน ดังตัวอย่างที่มีการรวบรวม “10 มูลเหตุของความไม่มั่นคงทางอาหาร” ในกรณีของประเทศไทยว่าประกอบด้วย[5]

1. ปัญหาความเสื่อมโทรมของฐานทรัพยากรอาหาร ได้แก่ การลดลงของพื้นที่ป่าไม้ การเสื่อมโทรมของดิน และปัญหาทรัพยากรน้ำ
2. ปัญหาของระบบการผลิตอาหารที่ไม่ยั่งยืน ได้แก่ ปัญหาพันธุกรรมในการผลิตอาหาร การพึ่งพาปุ๋ยและสารเคมีการเกษตร การลดลงของเกษตรกรรายย่อย และการขยายตัวของธุรกิจการเกษตรขนาดใหญ่
3. ปัญหาโครงสร้างของที่ดินทำกินและสิทธิในการเข้าถึงทรัพยากร
4. บทบาทของค้าปลีกขนาดใหญ่และโมเดิร์นเทรดที่มีบทบาทมากขึ้นในระบบการกระจายอาหาร
5. การเปลี่ยนแปลงของภูมิอากาศโลกและผลกระทบต่อการผลิตอาหาร
6. ผลกระทบจากการเปิดเสรีการค้าและความตกลงระหว่างประเทศต่อระบบอาหาร
7. ปัญหาสุขภาวะที่เกิดจากระบบอาหาร คือ กรณีสารเคมีตกค้างทั้งในตัวเกษตรกรและอาหาร
8. การแผ่ขยายของอาณานิคมทางอาหาร คือ การไล่ล่าหาที่ดินของบรรดาประเทศยักษ์ใหญ่
9. วัฒนธรรมอาหารต่างชาติครอบงำอาหารท้องถิ่น อาทิ ความนิยมอาหารฟาสต์ฟู้ด อาหารญี่ปุ่น
10. การขาดนโยบายเกี่ยวกับความมั่นคงทางอาหารระดับประเทศ

ไทย...กับความ (ไม่) มั่นคงทางอาหาร

จากข้อมูลข้างต้น หลายกรณีเป็นปัญหาที่สั่งสมเรื้อรังมานาน บางกรณีเป็นประเด็นใหม่ที่เกิดขึ้นไม่นานนัก โดยมีความเคลื่อนไหวในช่วง ปี 2553 และช่วงเวลาใกล้เคียงกันที่น่าสนใจ ดังนี้

แล้งก็แพง...ท่วมก็แพง ภัยแล้งที่ครอบคลุม 60 จังหวัด ทำลายพื้นที่การเกษตรไปเกือบ 2 ล้านไร่ มูลค่าความเสียหายประมาณ 6,000 ล้านบาท ส่วนอุทกภัยที่กลืนกิน 51 จังหวัด ถล่มไร่นาไปเกือบ 8 ล้านไร่

มูลค่าความเสียหายอยู่ระหว่าง 32,000-54,000 ล้านบาท ทั้งภัยแล้งและภัยน้ำท่วมทำให้ผลผลิตมีน้อยไม่พอกับความต้องการ ราคาจึงพุ่งสูงลิ่ว เห็นได้จากพาดหัวข่าวในสื่อต่าง ๆ เช่น

"ภัยแล้ง! ทำราคาผักแพงถึงปลายมิ.ย."[6]

"น้ำท่วมทำผักแพงหูฉี่ ผักชีกิโลฯ ละ 300"[7]

ที่เป็นเรื่องใหญ่คือ ภัยแล้ง แมลงลง ทำให้ผลผลิตปาล์มน้ำมันมีน้อย จนน้ำมันปาล์มที่หายไปจากท้องตลาดเพราะการกักตุน ราคาแพงขึ้น จนรัฐบาลตัดสินใจให้นำเข้า ผลสุดท้ายกับข้าวกับปลาก็ต้องขึ้นราคาตาม ลามไปถึงไข่ไก่ ที่รัฐบาลออกมาตรการขายไข่แบบ "ชั่งกิโลฯ" จนถูกวิพากษ์วิจารณ์ไปทั้งบ้านทั้งเมืองในตอนต้นปี 2554

ขายที่ทิ้ง-ศัตรูพืชระบาด ปี 2553 "เพลี้ยกระโดดสีน้ำตาล" ศัตรูตัวฉกาจของนาข้าวระบาดหนัก กัดกินข้าวเสียหายไปเกือบ 8 แสนไร่ หนักสุดที่สุพรรณบุรีกว่า 4 แสนไร่ สาเหตุสำคัญนอกจากความร้อน ความแล้งที่เอื้ออำนวยต่อการระบาดแล้ว ก็ยังคงเป็นปัญหาเดิม ๆ คือ เกษตรกรใช้สารเคมีปราบศัตรูพืชอย่างไม่ถูกต้อง ทำให้ระบบนิเวศของนาข้าวเสียสมดุลในการควบคุมเพลี้ยตามธรรมชาติ[8]

ปลายปี 2553 เกิดภาวะ "มะพร้าวแพง" จากราคาประมาณกิโลกรัมละ 35 บาท ขึ้นไปเป็นประมาณ 65 บาท ทั้งเหตุเฉพาะหน้าคือ ภัยแล้ง น้ำท่วม แมลงศัตรูพืชระบาด และเหตุเรื้อรังคือ ชาวสวนมะพร้าวขายที่ให้นายทุนธุรกิจโรงแรม รีสอร์ท หรือหันไปปลูกพืชที่ได้ราคาดีกว่า คือ ยางพาราและปาล์มน้ำมัน โดยเฉพาะที่เกาะสมุยซึ่งเคยมีมะพร้าวเต็มเกาะ ปัจจุบันเหลือเพียง 84,310 ไร่ ถูกโค่นทิ้งเฉลี่ยปีละ 1,000 ต้น โดยไม่มีการปลูกทดแทน ขณะที่ชาวสวนมะพร้าวจังหวัดชุมพรที่เคยมีอยู่ 20,878 ครอบครัว ในปี 2551 ลดเหลือ 19,500 ครอบครัว ในปี 2553[9] ปัญหามะพร้าวแพง-ขาดแคลนยังเกิดขึ้นในหลายประเทศ อาทิ ฟิลิปปินส์ ศรีลังกา

แผ่นดินทองของใคร? เป็นเรื่องใหญ่ระดับโลก กล่าวคือ หลังจากที่เกิดวิกฤตอาหารช่วงปี 2550 – 2551 รายงานของเจ้าหน้าที่สหประชาชาติระบุว่า กลุ่มประเทศอุตสาหกรรมและประเทศเศรษฐีน้ำมัน ได้ย่องเข้าไปถือครองที่ดินเพาะปลูกในประเทศยากจนทั่วโลกอย่างเงียบ ๆ รวมแล้วกว่า 10 ล้านเฮกตาร์ หรือ 62.5 ล้านไร่ ตัวอย่าง เช่น เกาหลีใต้กว้านซื้อที่ 7 แสนเฮกตาร์ในซูดาน ซาอุดิอาระเบียซื้อที่ดิน 5 แสนเฮกตาร์ในแทนซาเนีย กลุ่มประเทศแอฟริกาใต้ที่ร่ำรวยกว่าบุกซื้อที่ดินของคองโก ญี่ปุ่นและจีน มหาอำนาจแห่งเอเชียกว้านซื้อที่ดินโดยอ้างว่าเป็นการร่วมลงทุนในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และแอฟริกา ฯลฯ[10]

สำหรับประเทศไทย ข่าวคราวทำนองนี้เป็นข่าวใหญ่ในปี 2552 สืบเนื่องจากกลุ่มทุนจากประเทศเศรษฐีน้ำมันตะวันออกกลาง พยายามเจาะช่องเข้ามาหาพื้นที่เพื่อใช้ในการผลิตอาหาร เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคงทางอาหารของตน เช่น เดินทางเข้ามาพร้อมกับอดีตนายกรัฐมนตรีไทยเพื่อขอเช่านาและรับจัดการผลผลิตข้าวของไทย กลุ่มประเทศคณะมนตรีความมั่นคงอ่าวอาหรับ (จีซีซี) 6 ประเทศ ทำหนังสือถึงทางการไทยแสดงความสนใจเข้าทำฟาร์มเลี้ยงสัตว์และทำนาปลูกข้าว กลุ่มทุนบาห์เรน ร่วมมือกับบริษัทยักษ์ใหญ่การเกษตรของไทยจัดทำโครงการเลี้ยงสัตว์ในพื้นที่ภาคใต้ เป็นต้น[11]

ในช่วงปี 2552 สื่อมวลชนและทางการไทยตามเปิดโปงการเข้ามากว้านซื้อที่ดินของชาวต่างชาติ จนปรากฏพาดหัวข่าว อาทิ "คุ้ยเขตชลประทาน ตามหาอาหรับ"[12] และ "DSI ลุยสอบข้อมูลชาวนานอมินี"[13] ต่อเรื่องนี้ นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ยืนยันถึงจุดยืนของรัฐบาลไทยที่ไม่อนุญาตให้ดำเนินการได้ และไม่มีนโยบายเปลี่ยนแปลงกฎหมาย สิ่งที่ทำได้คือการเข้ามาร่วมทุนในกิจการตามกฎหมาย โดยฝ่ายไทยต้องมีหุ้นข้างมาก[14]

และแล้วเรื่องดังกล่าวก็ค่อนข้างเงียบหายไปในช่วงปี 2553 แต่ก็มีการเกรงกันว่าอาจเป็นไปในลักษณะ "หลบซ่อน" โดยต่างชาติออกทุนให้คนไทยถือหุ้นแทนที่เรียกกันว่า "นอมินี" (nominee) ซึ่งมีกรรมวิธีในการหลบเลี่ยงกฎหมายในหลายรูปแบบ ผศ.ดร.อัทธ์ พิศาลวานิช ผู้อำนวยการศึกษาการค้าระหว่างประเทศ เสนอมาตรการ "ล้อมคอกก่อนวัวหาย" โดยเร่งให้รัฐบาลออกกฎหมายป้องกันการเข้ามาซื้อที่ดินของชาวต่างชาติ หรือถือหุ้นโดยนอมินี เช่น การตรวจสอบเส้นทางการเงินที่นำมาลงทุน ตรวจสอบบริษัทที่จดทะเบียนในไทยว่าทำธุรกิจถูกต้องหรือไม่[15]

ชาวนาไทยใกล้สูญพันธุ์ เกษตรกรรายย่อยมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ อายุเฉลี่ยของเกษตรกรอยู่ที่ 45-51 ปี ลูกหลานชาวไร่ชาวนาไม่ต้องการทำนาอีกต่อไป[16] ขณะที่การทำไร่ทำนาแบบพันธสัญญา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นสัญญาที่ไม่ชอบธรรมและชาวนาเป็นเพียงลูกจ้างกลับเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มว่ากลุ่มธุรกิจการเกษตรขนาดใหญ่ และ

กลุ่มธุรกิจอื่น เช่น กลุ่มธุรกิจผู้ผลิตสุรารายใหญ่ได้เข้ามาลงทุนในภาคเกษตรมากขึ้นนับจากปี 2551 เป็นต้นมา[17]

นักวิชาการการเกษตรขาดแคลน ท่ามกลางปัญหาวิกฤตอาหารโลก ยังมีแนวโน้มที่น่ากังวลว่า ไทยจะขาดแคลนนักวิชาการการเกษตรอีกด้วย เพราะผลการสำรวจของ “แม่โจ้โพล” มหาวิทยาลัยแม่โจ้ จ.เชียงใหม่ พบว่า เยาวชนส่วนใหญ่รู้ว่าอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลักของคนไทย และเห็นว่าภาคเกษตรกรรมเป็นรายได้หลักของประเทศ แต่นักเรียนกว่าร้อยละ 80 กลับไม่ต้องการเรียนเกษตรเพราะคิดว่าเป็นอาชีพที่ลำบากและรายได้น้อย[18]

สำหรับมูลเหตุแห่งความไม่มั่นคงทางอาหารอื่นๆ ยังเป็นเรื่องที่ต้องจับตากันอย่างใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง “ความปลอดภัยของอาหาร” ทั้งในส่วนสินค้านำเข้าที่ตรวจพบการปนเปื้อนของสารเคมีเกินมาตรฐานความปลอดภัย เช่น พบยาฆ่าแมลงตกค้างในผักผลไม้ สารกันบูดในเนื้อสัตว์ต่างๆ การปนเปื้อนของสารโลหะหนักและน้ำยาดองศพปริมาณสูงในอาหารทะเลสด[19] ในส่วนสินค้าส่งออกนั้น ตลอดปี 2553 สหภาพยุโรป ซึ่งเป็นตลาดใหญ่ของไทยแจ้งเตือนการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารตกค้างในผักผลไม้กว่า 70 ครั้ง ส่งผลกระทบต่อมูลค่าการส่งออกราว 700 ล้านบาทต่อปี และกระทบต่อภาพพจน์ของ “ผัดกะเพรา” เมนูยอดฮิตของชาวต่างชาติ[20] รวมถึงการรณรงค์ความปลอดภัยของอาหารที่ซื้อขายในประเทศ อาทิ น้ำมันทอดซ้ำ ความสะอาดของตลาดสด สารเร่งเนื้อแดงในสุกร เป็นต้น

มีการพูดถึงอาหารดัดแปลงพันธุกรรม (GMO) กันมากขึ้นว่า จะเป็นทางออกสำหรับวิกฤตอาหารโลก[21] เช่น รายงานที่จัดทำโดยรัฐบาลอังกฤษ เรื่อง “อาหารโลกและอนาคตการเกษตร” ซึ่งไทยควรมีการ “ตั้งรับ” อย่างรอบคอบ เพราะมีโอกาสที่จะ “ถูกรุก” ผ่านข้อตกลงเขตการค้าเสรี ทั้งพหุภาคีและทวิภาคีที่จ่อคิวมีผลบังคับใช้และที่จะเจรจาเพิ่มเติมในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ซึ่งจะส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อภาคเกษตรกรรม ตั้งแต่ระดับเกษตรกรรายย่อยที่ยังคงกระอักอยู่กับ “ผลพิษ” ของ FTA ที่ไทยทำกับนานาประเทศ[22] ความปลอดภัยของผู้บริโภค ภาพพจน์-การยอมรับต่อสินค้าส่งออกไทย ไปจนถึงความหลากหลายทางชีวภาพที่ไทยได้ชื่อว่าอุดมสมบูรณ์ติดอันดับต้นๆ ของโลก

ทางรอด

ท่ามกลางปัญหาวิกฤตอาหารที่รุมเร้าโลกอย่างรุนแรงและไม่มีทีท่าเบาบางลง เพราะปัจจัยหลักๆ คือ คนเพิ่มขึ้น แย่งกันกินกันใช้มากขึ้น ความต้องการพลังงานทดแทนจากพืชอาหาร ภัยพิบัติทางธรรมชาตินานาชนิด ที่ยังรักษาระดับความรุนแรงในการทำลายล้างพื้นที่เกษตรกรรมในหลายประเทศ...ยังอยู่ครบถ้วน

ความมั่นคงทางอาหาร จึงกลายเป็น “ระเบียบวาระแห่งชาติ” ของแทบทุกประเทศ เพราะมันได้รับการพิสูจน์แล้วว่า ราคาอาหารที่แพงขึ้น สามารถ “จุดชนวน” ให้เกิดความไม่มั่นคงทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมตามมาได้ ทั้งนี้คงเป็นไปตามคำกล่าวของนักเขียนนิรนามที่ว่า **“ท้องที่หิว ไม่รู้จักกฎหมาย”**

สำหรับ ประเทศไทยของเรา ธรรมชาติได้มอบความอุดมสมบูรณ์ให้มากกว่าหลายประเทศในโลก จนได้รับการขนานนามว่า “แผ่นดินทอง” “ครัวโลก” “อู่ข้าวอู่น้ำของโลก” แต่จุดเด่นของประเทศไทยที่เป็นผู้ผลิตอาหารสำคัญของโลก ไม่ได้อยู่ที่มีบริษัทยักษ์ใหญ่ที่ครอบงำอุตสาหกรรมการเกษตรในประเทศ 2-3 เจ้า แต่เพราะมีเกษตรกรรายย่อยจำนวนมากต่างหาก **การผลิตของเกษตรกรรายย่อยมีหลักประกันที่ทุกคนสามารถเข้าถึงอาหารได้ เพราะผลิตเองกินเอง เหลือก็กระจายไปสู่สังคม ไม่มีใครผูกขาดได้**[23] ดังนั้น ทางรอดสำคัญทางหนึ่งก็คือ นโยบายการดูแลและสนับสนุนเกษตรกรรายย่อยที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ

โดยรวมแล้ว ปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหารที่ประเทศไทยกำลังประสบอยู่ คือภาพสะท้อนของปัญหาเชิงโครงสร้าง หรือปัญหาระบบอาหารของประเทศไทยเอง ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับปัญหาและองค์ประกอบต่างๆ หลายประการ ทั้งจากภายในและภายนอกประเทศ ทั้งจากปัจจัยที่ควบคุมได้ แต่ละเลยจนเกิดผลเสียมหาศาล และจากปัจจัยที่ควบคุมได้ยากหรือควบคุมไม่ได้เลยที่นับวันจะรุมเร้ารุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เช่น ความแปรปรวนของสภาพอากาศ หรือการขาดแคลนพลังงานน้ำมัน หรือผลกระทบของวิกฤตการเงิน เศรษฐกิจในระดับโลก

การสร้างความมั่นคงทางอาหารให้เกิดขึ้นจึงต้องเกี่ยวข้องกับการแก้ไข ปรับปรุงและแสวงหาทางออกทั้งระบบ ตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงทางนโยบาย ตั้งแต่ประเด็นการฟื้นฟูฐานทรัพยากรไปจนถึงมิติทางวัฒนธรรมของระบบอาหาร[24]

โฆษณาสุขภาพเกินจริง ไร้การควบคุม



www.sxc.hu/browse.phtml?f=download&id=1262463

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมานี้ กระแสรักสุขภาพกำลังมาแรงพร้อมๆ กับกระแสโฆษณาสุขภาพเกินจริงกำลังเบ่งบานบนสื่อนานาชนิด โดยการนำเสนอ 'สินค้าสร้างสุขภาพดี' ผ่านผลิตภัณฑ์และบริการหลากรูปแบบที่มีมูลค่าการตลาดหลายหมื่นล้านบาท ผู้ผลิตสินค้าพร้อมจะสุ่มเสี่ยงต่อโทษทัณฑ์ เพราะเมื่อหักกลบแล้ว กำไรหอมหวนกว่าต้นทุนความผิด เห็นได้จากอุตสาหกรรมอาหารเสริมที่อวดอ้างสรรพคุณเกินจริง ไม่ได้มาตรฐาน และไม่ได้ขอรับอนุญาตการโฆษณาจากทาง อย. ที่ทวีจำนวนสูงขึ้น โดยมีผู้บริโภคเป็นผู้รับเคราะห์ ดังตัวอย่างข่าว "มหันตภัยยาลดอ้วน น.ร.สาว ม.6 สังเวยชีวิต ตะลึงซื้อ – ขายว่อนเน็ต"

โอ้พระเจ้า จอร์จ! มันยอดมาก

คำอุทานต่อความเลอเลิศจากรายการขายสินค้ายามดึก ซึ่งส่วนใหญ่มักสร้างความอัศจรรย์ใจแก่ผู้ที่อยากผอมด้วยการใช้เวลาเพียง 3 นาทีต่อวัน ถูกนำมาใช้เป็นคำแสลงติดปาก ...อย่างน้อยคงแสดงให้เห็นได้ว่าสื่อโฆษณาแผ่รัศมีไกลแค่ไหน

กระแสความใส่ใจในสุขภาพกอปรกับโรคภัยต่างๆ ที่ดูเหมือนจะถึงเนื้อถึงตัวผู้คนตามข้อมูลสุขภาพจำนวนมากที่ถูกเผยแพร่ เปิดช่องทางให้ธุรกิจนำเสนอ 'สุขภาพดี' ผ่านผลิตภัณฑ์และบริการหลากรูปแบบ ไม่ว่าจะอาหารเสริม ยาลดความอ้วน กาแฟลดน้ำหนัก ครีมเสริมทรวงอก ยาสมุนไพรรักษาสารพัดโรค ยาปลุกเซ็กส์ เครื่องสำอางชะลอวัย เครื่องกรองน้ำมหัศจรรย์ น้ำแร่นาโน อุปกรณ์ไฟฟ้าสถิตลดความอ้วน หรือสินค้าบรรจุพลังแม่เหล็กที่ไม่ใช่แค่ช่วยให้สุขภาพดี แต่ยังแถมความโชคดีให้เป็นโปรโมชั่น ฯลฯ

เป็นเรื่องยาก ถ้าจะให้เคาะตัวเลขกลมๆ ว่าธุรกิจประเภทนี้มีมูลค่าตลาดเท่าไหร่ แต่น่าจะประมาณการได้ว่าหลายหมื่นล้านหรืออาจจะมากกว่า ตัวเลขการจับกุมดำเนินคดีอาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2552 – 30 กันยายน 2553 ระบุว่ามีการดำเนินคดีไปแล้ว 1,145 ราย จำนวนของกลาง 3,248 รายการ มีการจับกุมที่มีมูลค่าสูงกว่า 20 ล้านบาท 15 ครั้ง นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฏ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า *"ขณะเดียวกันประชาชนได้ให้ความร่วมมือโดยโทรศัพท์แจ้งและร้องเรียนผ่านสายด่วน อย. 1556 จำนวน 1,124 เรื่อง แบ่งเป็นเกี่ยวกับอาหารร้อยละ 55.5 ส่วนใหญ่เป็นเรื่องโฆษณาไม่ได้รับอนุญาต หลอกลวง อาหารไม่ได้มาตรฐาน ฉลากไม่ถูกต้อง และอาหารปลอม ยาร้อยละ 23 เครื่องสำอางร้อยละ 10.7 เครื่องมือแพทย์ร้อยละ 4.5 วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร้อยละ 1 และอื่นๆ ร้อยละ 5.3"*[1]

โดยเฉพาะการกระทำผิดในกลุ่มธุรกิจขายตรงนับว่าสูงจนน่าหวั่นใจ นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี เลขาธิการ อย. กล่าวว่า กว่าร้อยละ 80 ของการจับกุมการกระทำผิดธุรกิจขายตรงในปัจจุบัน สาเหตุมาจากการโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณเกินความจริง โดยแต่ละบริษัทที่ถูก

ดำเนินคดีไม่จำกัดว่าเป็นบริษัทเล็กหรือใหญ่เพียงใด เพราะก็ยังมีการกระทำความผิดอย่างต่อเนื่อง[2]

ไม่ใช่แค่ผลิตภัณฑ์ที่มีการโฆษณาเกินจริง การบริการทางการแพทย์ก็พบว่ามีปัญหาการโฆษณาเกินจริงเช่นกัน แพทยสภาโชว์ตัวเลขการกระทำความผิดที่ค้างอยู่ที่แพทยสภาประมาณ 400 คดี โดยในปี 2552 มี 198 คดี โดยส่วนใหญ่ไม่ใช่คดีที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานพยาบาล แต่เป็นการโฆษณาเกินจริงเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะคลินิกที่ให้บริการเกี่ยวกับความสวยความงาม[3]

อะไรคือเมล็ดพันธุ์แห่งความเบ่งบานของโฆษณาสุขภาพเกินจริง...

เพราะทุกคนอยากสุขภาพดี?

เป็นธรรมชาติปกติของสังคมที่เมื่อสิ่งใดหรือระบบความเชื่อ – ความคิดใดดำรงอยู่มาสักระยะหนึ่ง แนวทางใหม่ๆ มักจะปรากฏขึ้นเพื่อต่อรอง คัดง้าง และปะทะสังสรรค์กับสิ่งเดิม ก่อนปี 2540 ทุนนิยมเบ่งบานและพองโตอันเป็นผลสะสมจากแนวทางการพัฒนาประเทศตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 1 ทว่าวิกฤตต้มยำกุ้งปี 2540 ได้กระชากผู้คนทั้งสังคมลงจากวิมานเพ้อฝัน และตั้งคำถามอย่างถอนรากถอนโคนต่อแนวทางการพัฒนาประเทศ กระแสทางเลือกต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนา การเมือง เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ซึ่งถูกฟูมฟักจนอิ่มตัวได้เสนอตัวเองสู่การรับรู้จำกัดกรอบเฉพาะกระแสกรีนๆ ความเขียวค่อยๆ เขย่าความคิด – ความเชื่อเรื่องสุขภาพของชนชั้นกลางอย่างมีนัยสำคัญ

กระแสการดูแลสุขภาพแบบทางเลือกเริ่มปรากฏกายและได้รับการตอบรับอย่างอุ่นหนาฝาคั่ง แต่เมื่อวิกฤตปี 2540 ผ่านพ้น ระบบเศรษฐกิจแบบตลาดเริ่มตั้งตัวติด พลังอำนาจของมันสามารถดึงกระแสทางเลือกมาใช้สร้างกำรี้กำไร บนกระแส ‘ความมีสุขภาพดี’ กลายเป็นสินค้าหลักประเภทหนึ่งในท้องตลาด

ขณะเดียวกัน ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพก็ทวีจำนวนและเข้าถึงได้ง่ายดาย ความผอม ความขาว การมีกล้ามเนื้อและอีกหลายๆ อย่าง ด้วยตรรกะอันชวนงุนงง สิ่งที่ว่ามานี้ ถูกลากจูงคลุกเคล้าให้เป็นสัญลักษณ์ของการมีสุขภาพดี ความมีวินัยในร่างกาย และความมีรสนิยมในการใช้ชีวิต แล้วทุกอย่างก็เป็นไปตามหลักพื้นฐานของเศรษฐศาสตร์คลาสสิก เมื่อมีความต้องการและกำลังซื้อย่อมต้องมีผู้ตอบสนอง แต่ผู้ประกอบธุรกิจใช่ว่าจะมีจรรยาบรรณทุกราย ขณะที่ผู้บริโภคจำนวนไม่น้อยก็ใจร้อนเกินไป

ข้อมูลน่าสนใจจากปากคำ นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี ที่ระบุว่า ปัจจุบันประชาชนให้ความสำคัญกับการควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจ เบาหวาน และโรคเรื้อรังต่างๆ ทำให้มีการโฆษณาเพื่อขายผลิตภัณฑ์หรืออาหารเสริมเพื่อลดน้ำหนักอย่างมาก แม้ทาง อย. จะควบคุมในส่วนยาประเภทวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 2 ให้มีการบริโภคลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 40 ล้านเม็ด ในปี 2545 เหลือ 9.9 ล้านเม็ด ในปี 2552 และมีมูลค่าการใช้ยาลดลงจาก 33,420,523 ล้านบาท ในปี 2550 เหลือ 26,372,892 ล้านบาท ในปี 2552 แต่กลับกลายเป็นว่า อุตสาหกรรมอาหารเสริมที่อวดอ้างสรรพคุณเกินจริง ไม่ได้มาตรฐาน และไม่ได้ขอรับอนุญาตการโฆษณาจากทาง อย. กลับมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะการจำหน่ายอาหารเสริมผ่านทางไปรษณีย์และทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งพบว่ามีการตรวจจับคดีโฆษณาสรรพคุณเกินจริงจากเดิม 160 คดี ในปี 2551 เพิ่มเป็น 237 คดี ในปี 2552[4]

แน่นอนว่าคำโฆษณาเหล่านี้จะไม่สามารถเข้าถึงประชาชนได้เลย หากไม่มีสื่อกลาง ‘สื่อ’ คือตัวต่อสำคัญของสมการ ไม่นับสื่อหลักๆ ที่รู้จักกันมาแต่โบราณกาลแล้ว การเติบโตของอินเทอร์เน็ต เคเบิ้ลทีวี ทีวีดาวเทียม และวิทยุชุมชน คือ พลังทะลุทะลวงอันน่าทึ่งและน่ากลัว ทุกวันนี้ไม่ต้องมีเงินมากก็สามารถเปิดเว็บไซต์ สถานีโทรทัศน์ หรือสถานีวิทยุเพื่อขายของได้ นี่จึงเป็นช่องทางหนึ่งที่ทำให้การโฆษณาสินค้าและบริการสุขภาพเกินจริงแพร่ระบาดง่ายดายและรวดเร็ว

อีกมุมหนึ่งที่จำเป็นต้องพูดถึง โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของสินค้าประเภทยามหัศจรรย์ที่รักษาได้ตั้งแต่ยุงกัด ถึง มะเร็งต่อมลูกหมาก ดังกรณีน้ำหมักมหัศจรรย์ของ ‘ป้าเช็ง’ หรือ นางสาวศรวรรณ ศิริสุนทรินท์ แน่นอนว่าการหากินบนความเจ็บไข้ควรรับโทษ แต่สืบสาวรากเหง้ากันดีๆ ใช่หรือไม่ว่า มันกำลังสะท้อนความล้มเหลวบางประการของระบบการศึกษาที่ทำให้คนเชื่อง่ายและขาดวิจารณญาณ รวมถึงวิชาการแพทย์สมัยใหม่ที่ผูกขาดความรู้ ไม่ยอมเปิดพื้นที่ให้การรักษาเชิงวัฒนธรรมที่ชาวบ้านอีกไม่น้อยยังให้การยอมรับ และวิชาการแพทย์สมัยใหม่เองที่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการรักษาโรคเรื้อรังต่างๆ

พลังของสื่อใหม่ ไร้การควบคุม

การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของ นางสาวโชติมา จินตนาผล วัย 18 ปี นักเรียนชั้น ม.6 ที่สั่งซื้อยาลดความอ้วนจากเว็บไซต์มารับประทาน เมื่อกลางปี 2553 ถือเป็นอุทาหรณ์เตือนใจถึงอันตรายจากการหลงเชื่อโฆษณาเกินจริงและความหย่อนยานของระบบ ทั้งที่ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวถูกทางการจับไปแล้ว แต่กลับยังมีการขายตามอินเทอร์เน็ต จากการตรวจสอบของ อย. พบว่า ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวใส่ยาอันตรายนาม ไซบูทามีน ซึ่งออกฤทธิ์เร่งการเผาผลาญของร่างกาย ก่อผลข้างเคียงคือ ปากแห้ง คอแห้ง ใจสั่น นอนไม่หลับ ทำให้ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซักถามผู้ปกครองของ นางสาวโชติมา พบว่า เธอมีอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลดถึง 10 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน[5]

กรณีของนางสาวโชติมาไม่ใช่กรณีแรกและแน่นอนว่าจะไม่ใช่กรณีสุดท้าย น่าแปลกที่ผู้บริโภคยังคงหลงเชื่อสรรพคุณอวดอ้าง แม้ทาง อย. จะกล่าวเตือนอย่างสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะเป็นกาแฟลดความอ้วนหลายยี่ห้อที่มักโฆษณาประสิทธิผลการลดน้ำหนักอันน่าทึ่ง ซึ่งก็พบสารไซบูทามีนเช่นกัน ไล่เรียงถึงน้ำหมักมหัศจรรย์ของป้าเช็งที่มีผู้นำไปหยอดตาและสูญเสียการมองเห็นไปในที่สุด

ต้องยอมรับว่า เทคโนโลยีนับเป็นตัวเร่งสำคัญ มิหนำซ้ำยังควบคุมได้ยาก จากสถิติการจับกุมยาที่โฆษณาเกินจริงทาง ***อินเทอร์เน็ต*** ตั้งแต่เดือนมกราคม 2552 ถึงกรกฎาคม 2553 อย. ได้ปิดเว็บไซต์ที่มีโฆษณาเกินจริง 62 เว็บไซต์ รวม 719 URL และปิดเว็บบอร์ด ฟรีเว็บ 155 เว็บไซต์ รวม 349 URL แต่จำนวนที่กล่าวมานี้ก็เป็นเพียงส่วนน้อยของส่วนมากที่มีการเปิดใหม่ทุกวัน ขณะที่กระบวนการติดตามจับกุมและบังคับใช้กฎหมายกลับใช้เวลาเนิ่นนาน เนื่องจาก อย. ไม่มีอำนาจปิดเว็บไซต์ ขณะที่ใครก็ได้สามารถใช้เวลาแค่ 10 นาที ในการเปิดเว็บไซต์ใหม่[6]

ในฟากฝั่งของ ***เคเบิลทีวี*** ซึ่งเป็นช่องทางสำคัญอีกช่องทางหนึ่งที่มีการโฆษณาเกินจริงอย่างกว้างขวาง แต่กลับตรวจสอบได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากยังไม่มีการจำกัดเวลาในการโฆษณา ทั้งยังเกี่ยวโยงกับการที่ยังไม่สามารถจัดตั้ง *คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)* ขึ้นมาเพื่อดูแลควบคุม

นายเกษม อินทร์แก้ว นายกสมาคมเคเบิลทีวีแห่งประเทศไทย กล่าวไว้ว่า ผู้ประกอบการเคเบิลทีวีที่เป็นสมาชิกของสมาคมมีอยู่ทั้งสิ้น 250 บริษัท ครอบคลุมเครือข่ายทั่วประเทศรวม 500 สถานี และยอมรับด้วยว่าสมาชิกยังไม่มีความรู้เรื่องกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณามากพอ[7]

ส่วน ***ธุรกิจทีวีดาวเทียม*** ก็เติบโตพรวดพราดไม่น้อยหน้า มียอดขายจานดาวเทียมเพิ่มขึ้น 10 เปอร์เซ็นต์ต่อเดือน ขณะที่งบโฆษณาที่เทผ่านโทรทัศน์ดาวเทียมก็สูงขึ้นต่อเนื่อง จากปี 2551 อยู่ที่ 100 ล้านบาท เป็น 500 – 800 ล้านบาท ในปี 2552 และเพิ่มขึ้นเป็น 2,500 ล้านบาท ในปี 2553[8]

ที่กล่าวมานี้ยังไม่นับรวมช่องทาง โซเชียล เน็ตเวิร์ค สื่อใหม่ที่ได้รับความนิยมสูงมากในช่วง 2 – 3 ปีที่ผ่านมา ทั้งเฟซบุ๊ค และทวิตเตอร์ ที่ปัจจุบันเริ่มเห็นการโฆษณาเกินจริงบ้างแล้ว พูดกันตามข้อเท็จริงแล้ว โฆษณาสินค้าและบริการสุขภาพที่เผยแพร่อย่างถูกต้องตาม ***ฟรีทีวี*** ก็ใช่ว่าจะไม่มีการอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง แต่จะด้วยเหตุใดก็ตาม ดูเหมือนจะไม่มีใครสนใจนัก หรือเพราะเราอยู่กับความเกินจริง – เหนือจริง กันจนเคยชิน...ไปแล้ว

ออกจากโลกเหนือจริง

การจับกุมสินค้าโฆษณาเกินจริงปรากฏเป็นข่าวเสมอและมีทีท่าว่าจะไม่มีวันจบสิ้น ซึ่งเอาเข้าจริง ๆ ก็เป็นเพียงการแก้ปมที่ปลายเหตุ แรงบีบรัดแห่งกฎหมายก็ไม่พอจะบีบคั้นให้พ่อค้าเจ้าเล่ห์ยำเกรง โดยในปัจจุบันการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ อาหาร ยา และเครื่องมือแพทย์ จะต้องได้รับการอนุญาตจาก อย. ก่อนทำการเผยแพร่ โดยโทษของผู้ที่ฝ่าฝืนมีดังนี้[9]

1. โฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารโดยไม่ได้รับอนุญาต มีโทษปรับไม่เกิน 5,000 บาท กรณีโฆษณาอาหารเป็นเท็จหรือเกินความจริง มีโทษจำคุกไม่เกิน 3 ปี หรือปรับไม่เกิน 3 หมื่นบาท หรือทั้งจำ ทั้งปรับ

2. โฆษณาผลิตภัณฑ์ยาโดยไม่ได้รับอนุญาต และโฆษณาเป็นเท็จหรือหลอกลวง มีโทษปรับไม่เกิน 1 แสนบาท

3. โฆษณาผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์โดยไม่ได้รับอนุญาต มีโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 5 หมื่นบาท หรือทั้งจำ ทั้งปรับ กรณีโฆษณาเครื่องมือแพทย์เป็นเท็จหรือเกินความจริง มีโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 1 แสนบาท หรือทั้งจำ ทั้งปรับ

4. *โฆษณาเครื่องสำอาง* แม้ไม่ต้องขออนุญาต แต่ต้องโฆษณาให้ถูกต้องตามกฎหมาย ไม่โอ้อวดสรรพคุณทางยาหรือโฆษณาเกินจริง หากฝ่าฝืน มีโทษจำคุกไม่เกิน 3 เดือน หรือปรับไม่เกิน 2 หมื่นบาท หรือทั้งจำ ทั้งปรับ

นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี ยอมรับว่ากฎหมายยังไม่หนักพอจะกำราบ อย. จึงมีความพยายามผลักดันให้มีการปรับเปลี่ยนบทลงโทษให้รุนแรงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนกฎหมายต้องผ่านความเห็นจากหลายฝ่าย และต้องใช้เวลาในการแก้ไขมากพอสมควร[10] แต่นอกจากการเพิ่มโทษแล้ว เนื้อหาสาระของกฎหมายก็ควรอย่างยิ่งที่จะต้องปรับปรุงให้เท่าทันต่อกระแสโลกที่เปลี่ยนไปด้วย

สิ่งที่ทำได้ดีที่สุดขณะนี้จึงเป็นกวดขันจับกุม การใช้มาตรการเชิงรุก โดยสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) วางแนวทางดำเนินการในปี 2554 ได้จัดตั้งสายลับตรวจจับโฆษณาที่หลอกลวงผู้บริโภค โดยร่วมมือกับเครือข่ายผู้บริโภค นักเรียน นักศึกษา และอาสาสมัครทั่วประเทศ จัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังและพิสูจน์สินค้าที่ไม่ปลอดภัย เพื่อตรวจสอบสินค้าที่ไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน และจัดตั้งชุดป้องปรามการละเมิดสิทธิผู้บริโภคขึ้นทำงานร่วมกับตำรวจกองบังคับการปราบปรามการกระทำผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (ปคบ.) เพื่อให้เรื่องที่ถูกร้องเรียนมายัง สคบ. ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว[11]

อย่างไรก็ตาม ต่อให้ สคบ. และ อย. สนธิกำลังและขยันขันแข็งเพียงใดก็ยังเหลือกำลัง เพราะปริมณฑลของปัญหาใหญ่โตและยุ่งขิงกับหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงไอซีทีที่ต้องคอยสอดส่องเว็บไซต์หลอกลวงต่าง ๆ การแต่งตั้ง กสทช. ที่หมักดองมานานเกินไป ควรจะต้องทำคลอดเสียที เพื่อเป็นผู้กำกับดูแลการโฆษณาของช่องทีวีดาวเทียมและวิทยุชุมชนต่าง ๆ งานทั้งหมดนี้จึงจำเป็นต้องมีเจ้าภาพหลักประสานงาน เป็นต้น

สิ่งที่ต้องทำไปพร้อม ๆ กัน คือ การจัดกิจกรรมและเผยแพร่ความรู้ – ความเข้าใจแก่ผู้บริโภคให้มีภูมิคุ้มกัน ซึ่งส่วนที่ยากที่สุดก็คือ การรื้อถอนความเชื่อผิด ๆ และสร้างทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง โดยต้องเท่าทันถึงผลกระทบที่ซ่อนเร้นด้วย เช่น การรณรงค์เรื่องโรคอ้วนที่สร้างการตระหนักรู้ถึงพิษภัยของความอ้วนได้ดี แต่มันก็เพาะความเกลียดกลัวความอ้วน ช่วยผลิตซ้ำความงาม – ร่างกายในอุดมคติ ผลักไสให้ผู้คนกระเสือกกระสนดัดแปลงตัวเองเพื่อให้มีที่ยืนในสังคม สุดท้ายแล้ว สังคมเองก็น่าจะสร้างสรรค์กระบวนการในการแย่งชิงพื้นที่การนิยามความหมายของคำว่า “สุขภาพดี” จากมือนักการตลาดเสียบ้าง

ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่ อย.ระบุว่าโฆษณาเกินจริง มีความผิดตามกฎหมาย

โฆษณาผ่านเคเบิลทีวี : ผลิตภัณฑ์ที่ยังคงฝ่าฝืนลักลอบโฆษณาทางสื่อเคเบิลทีวีอยู่ หลังถูก อย.สั่งระงับโฆษณาทุกสื่อแล้ว ได้แก่ (1) ผลิตภัณฑ์ “จิ๋วเจิ้งปู่เซินเจียวหนัง” อวดอ้างสรรพคุณฟื้นฟูตับไต ลดอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ แก้ปวดเมื่อย ฯลฯ (2) ผลิตภัณฑ์ “ชาขาว White Nature” อวดอ้างสรรพคุณเหมือนอินซูลินธรรมชาติ ทำให้ผนังหลอดเลือดไม่ตีบ ระบบการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ฯลฯ (3) ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร “Magic Iris” อวดอ้างสรรพคุณฟื้นฟูกระตุ้นการสร้างฮอร์โมนเพศชาย ขับนิ่ว บำรุงไต ลดภาวะต่อมลูกหมากโต ฯลฯ (4) ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร “เอโดซี่ (ADOXY)” อวดอ้างสรรพคุณเหมาะกับผู้มีปัญหาเรื่องสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นแผลเบาหวาน แผลติดเชื้อ แผลที่เกิดจากโรคมะเร็ง ฯลฯ และ (5) ยาน้ำสมุนไพร “หลง หลง” อวดอ้างสรรพคุณบรรเทาอาการปวดเมื่อย ปวดประจำเดือน ไมเกรน เกาต์ ฯลฯ (ผู้จัดการออนไลน์ 6 มิถุนายน 2553)

โฆษณาผ่านอินเทอร์เน็ต : ผลิตภัณฑ์แผ่นแปะเท้า อวดอ้างสรรพคุณว่าสามารถขจัดของเสียในเสียร่างกาย กระตุ้นจุดต่าง ๆ ใต้ฝ่าเท้ากว่า 60 จุด และส่งเสริมให้ระบบการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น โดยอาศัยพลังงานธรรมชาติของสาร wood vinegar (กรุงเทพธุรกิจ 26 กุมภาพันธ์ 2552)

โฆษณาผ่านสื่อหนังสือพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง ป้ายโฆษณาบนถนน ทั้งในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด : เครื่องดื่มผสมกาเฟอีนตราคาราบาวแดง โฆษณาว่ามีวิตามิน บี 12 ช่วยในการทำงานของระบบประสาทและสมอง ดังข้อความที่แสดงป้ายว่า “คาราบาวแดง มีวิตามิน บี 12 เพิ่มความคิด เพิ่มคุณค่าชีวิต” (กรุงเทพธุรกิจ 2 กันยายน 2553)

ผู้บริโภคสามารถแจ้งเรื่องการโฆษณาโอ้อวดเกินจริงได้ที่ สายด่วน อย.1556
หรือ E – mail: 1556@fda.moph.go.th หรือ ตู้ ปณ.1556 ปณฝ.กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 11000

โรคอ้วนในสังคมบริโภค

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยเป็นประเทศที่อุบัติการณ์โรคอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในโลก และในปี 2553 ที่ผ่านมา เรื่องราวผู้ที่มีภาวะโรคอ้วนรุนแรง ขนาดต้องใช้เครื่องจักรขนย้ายร่างกายออกจากที่พักอาศัยเพื่อนำส่งโรงพยาบาล ถูกจุดกระแสอยู่ชั่วครู่หนึ่งก่อนจางหาย นับเป็นหนึ่งในข่าวคราวมหันตภัยจากความอ้วนล้นเกินที่แพร่กระจายอยู่ในสังคม กระนั้น โรคอ้วนกลับไม่มีทีท่าหยุดแพร่ระบาด หากแต่ทวีความรุนแรงจากแรงโหมกระตุ้นการบริโภคด้วยพลังทางการตลาด ขณะเดียวกันปฏิกิริยาสะท้อนกลับของการรณรงค์กลับเพาะความเกลียด ความกลัวความอ้วน และอาการโหยหาร่างกายที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งกระตุ้นการบริโภคในอีกรูปแบบหนึ่ง



อ้วนระดับโลกถึงอ้วนระดับชาติ

ผลสำรวจของศูนย์วิจัยธุรกิจ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (เอแบคโพลล์) เรื่อง “ธุรกิจรุ่ง ธุรกิจร่วง ในปี 54” โดยสำรวจความเห็นจากตัวอย่างผู้บริหารและเจ้าของธุรกิจทั่วประเทศ 1,437 ราย ในช่วง 20 ธันวาคม 2553 – 6 มกราคม 2554 พบว่าร้อยละ 24 เห็นว่าธุรกิจร้านสะดวกซื้อ สินค้าที่ต้องกินต้องใช้ จะเป็นธุรกิจที่รุ่งที่สุดในปี 2554[1]

ไม่ใช่เพียงความรุ่งโรจน์ของธุรกิจที่สื่อผ่านงานสำรวจชิ้นนี้ หากลองตีความนัยแห่งตัวเลขอาจหมายถึงความต้องการ ‘กิน’ ที่ทวีความเข้มข้นขึ้นเรื่อย ๆ ในสังคมไทยที่มีอาหารล้นเหลือเฟือฟาย ซึ่งการบริโภคล้นเกินดูจะเป็นแนวโน้มของโลกมากกว่าจะจำกัดอยู่เฉพาะในไทย เมื่อข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ประชากรโลกราว 1.6 ล้านคน มีน้ำหนักตัวเกินหรือเป็นโรคอ้วน อันเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตมากถึงปีละ 2.5 ล้านคน[2] และผู้เป็นโรคอ้วน 1 ใน 4 อาศัยอยู่ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ที่ชวนอกสั่นขวัญแขวนก็คือ **ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยเป็นประเทศที่อุบัติการณ์โรคอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในโลก**[3]

ลึกลงไปในรายละเอียดของข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 พบว่า จำนวนคนไทยที่กำลังเผชิญโรคอ้วนมีสูงถึง 10.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35 ของจำนวนประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในเขตเมืองถึงเกือบหนึ่งในสาม ขณะที่เด็กไทยก็กำลังเผชิญภาวะโรคอ้วนเช่นกัน คาดว่าในอีก 6 ปีข้างหน้า เด็กที่มีน้ำหนักเกินจะมีเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 ของเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งจะทำให้มีเด็กที่มีน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20[4] โดยในรอบ 5 – 6 ปีที่ผ่านมา ผู้ชายไทยเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 36 ผู้หญิงเพิ่มขึ้นร้อยละ 47 โดยช่วงวัยทำงานอายุ 20 – 29 ปี มีอัตราการเพิ่มของโรคอ้วนสูงที่สุด[5]

แม้สถิติทำนองนี้ถูกเสนอผ่านสื่อเป็นระยะ ๆ แต่ในสังคมเสรีที่ลัทธิบริโภคนิยมเฟื่องฟู ผู้คนมักถูกทำให้เชื่อว่าตัวเรา คือ หน่วยหนึ่งของสังคมที่แยกขาดจากหน่วยอื่น ๆ เป็นไปได้ที่จะมีคำถามว่า 'อ้วนแล้วทำไม?' เมื่อความอ้วนเป็นสิ่งที่ผูกติดกับบุคคล และนั่นทำให้ดูเป็นปัญหาเฉพาะบุคคลมากกว่าเป็นภาระที่สังคมต้องร่วมแบ่งเบา ทั้งการรณรงค์ส่วนมากก็มักพุ่งเป้าไปยังสุขภาพของแต่ละบุคคล ทว่าความอ้วนก็เหมือนปัญหาอื่น ๆ ในสังคมที่สลับซับซ้อน เงื่อนปมหลายจุดเชื่อมต่อยุ่งเหยิงและส่งผลถึงกันทั้งเกลียวเชือก

หากมองผ่านแว่นทุนนิยมที่ทรัพยากรบุคคลถือเป็นสิ่งมีค่า การที่คนคนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพย่อมไม่ใช่สิ่งพึงปรารถนา ในด้านตัวบุคคล ความอ้วนส่งผลชัดเจนต่อทั้งสุขภาพใจและกาย นำมาซึ่งโรคเรื้อรังเป็นกุรุส เช่น ข้อเข่าเสื่อม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคซึมเศร้า เป็นต้น ราคาที่ต้องจ่ายของโรคกลุ่มนี้ไม่ใช่น้อย ๆ นั่นหมายถึง ภาระงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐจะต้องทวีคูณ มีข้อมูลว่าค่าใช้จ่ายต่อปัญหาสุขภาพในคนยุคปัจจุบันกว่าร้อยละ 2 – 8 เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลกระทบจากโรคอ้วน[6]

อ้วนนี้มีสาเหตุ

ความอ้วนรุกรานชีวิตมนุษย์ได้อย่างไร ประเด็นนี้มีคำตอบอยู่ 2 ปัจจัยหลัก ๆ คือ *สาเหตุจากปัจจัยด้านพันธุกรรม* มีการศึกษาพบว่า ถ้าทั้งพ่อและแม่มีน้ำหนักมาก ลูกจะมีโอกาสอ้วนถึงร้อยละ 80 ถ้าคนใดคนหนึ่งอ้วน โอกาสที่ลูกจะอ้วนจะลดลงเหลือร้อยละ 40 แต่ถ้าทั้งพ่อและแม่ผอม ลูกจะมีโอกาสอ้วนเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น[7]

ส่วนสาเหตุที่ 2 คือ *ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม* ซึ่งอาจถือเป็นปัจจัยที่ใหญ่โตกว่าข้อแรก เพราะมันว่ายเวียนอยู่รอบตัวเรา เชื้อชวนเรา ครอบงำเรา และยั่วยวนเราให้ตกหลุมพรางได้ง่ายกว่า

ปฏิเสธไม่ได้ว่าเราอยู่ในยุคแห่งการบริโภค ถ้าไม่นับตอนนอนหลับ เราถูกกระตุ้นให้บริโภคเกือบตลอดเวลา และความเจ้าเล่ห์ของวัฒนธรรมการบริโภคยุคปัจจุบันก็คือ มันจับเอาการบริโภคและอัตลักษณ์ของผู้บริโภคมาผูกติดกันอย่างแนบเนียน การบริโภคจึงมิใช่เพียงเพื่อตอบสนองความต้องการสามัญของร่างกาย แต่ยังหมายถึงการตอบสนองอารมณ์ ความรู้สึก รสนิยม ไลฟ์สไตล์ เพื่อประกาศให้โลกรู้ว่า 'ฉันเป็นใคร'

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในด้านโภชนาการของคนไทย พบว่า เมื่อ 48 ปีมาแล้ว หรือเมื่อ พ.ศ. 2505 คนไทยกินอาหารประเภทไขมันเพียง 18 กรัมต่อวัน ซึ่งเท่ากับร้อยละ 8.9 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดต่อวัน แต่ผลจากการรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการพัฒนาคุณภาพและส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างต่อเนื่อง ทำให้เมื่อสำรวจข้อมูลใหม่ในปี 2529 และปี 2542 พบว่า คนไทยกินอาหารประเภทไขมันเพิ่มขึ้นเป็น 42 – 45 กรัมต่อวัน ซึ่งเท่ากับร้อยละ 22 – 26 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดต่อวัน โดยที่อาหารประเภทโปรตีนและพลังงานรวมประมาณ 1,800 – 2,000 แคลอรีต่อวัน ไม่ได้เพิ่มจากปี 2505 เลย[8]

การทำงานแบบที่เรียกว่ามนุษย์เงินเดือน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และสารพัดความบันเทิงที่ถูกประดิษฐ์ขึ้น ดูจะวิวัฒนาการให้มนุษย์กลายเป็นสิ่งมีชีวิตประเภทนั่ง – นอน คอยเฝ้าคอมพิวเตอร์ เกม โทรทัศน์ โทรศัพท์มือถือ ประหนึ่งเครื่องรางศักดิ์สิทธิ์ ตัวอย่างเช่น การชมภาพยนตร์ตามโรงภาพยนตร์กับป๊อปคอร์นรสหวานถุงใหญ่ ยังไม่รวมน้ำอัดลม ก็เท่ากับการอัดพลังงาน 1,800 แคลอรี เข้าสู่ร่างกาย[9] ทั้งเป็นเรื่องจริงว่า ชีวิตประจำวันหน้าจอทีวีหรือคอมพิวเตอร์มักจะมีขนมกับน้ำอัดลมวางใกล้ ๆ เป็นเครื่องเคียงความบันเทิงเสมอ โดยเฉพาะเด็ก ๆ และเยาวชน

โฆษณา คือปัจจัยเร่งสำคัญตัวหนึ่งที่กระตุ้นให้เด็ก ๆ บริโภค เมื่อปี 2550 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ศึกษาความถี่ในการออกอากาศของโฆษณาอาหารว่างกรุบกรอบและน้ำอัดลมที่ตั้งเป้าดึงดูดเด็กเล็ก พบว่า มีโฆษณาถี่ถึง 49 ครั้งต่อชั่วโมง ในช่วงที่รายการเด็กออกอากาศในเวลาเช้าวันสุดสัปดาห์ และถ้าเด็กและเยาวชนไทยอายุ 5 – 24 ปี จำนวน 21 ล้านคน ซึ่งมีเงินค่าขนมเฉลี่ยต่อเดือนที่ 800 บาท คำนวณแล้วพบว่าเด็กไทยจะใช้เงินสูงถึง 202,000 ล้านบาทต่อปี สำหรับค่าขนมและน้ำอัดลม[10] ไหนจะน้ำอัดลมซึ่งเต็มไปด้วยน้ำตาลที่เด็กไทยร้อยละ 97 ชื่นชอบ[11] และการเลี้ยงดูลูก ๆ แบบเทิดทูน คือ การที่พ่อแม่มักซื้ออาหารกักตุนไว้ให้เด็ก ๆ[12]

ต้องยอมรับว่า เราไม่มีทางเลือกในการบริโภคให้เด็กมากนัก ขนมถุงละห้าบาท สิบบาท จึงเป็นความสุขราคาถูกและสะดวกที่พ่อแม่สามารถหยิบยื่นให้ลูก ๆ โดยไม่รู้ว่ามันตามมาด้วยค่าใช้จ่ายราคาแพงในภายหลัง สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล เคยทำการสำรวจขนมประมาณ 400 ชนิด ในท้องตลาด โดยดูจากเกณฑ์ว่าในการบริโภค 1 ครั้ง ต้องได้รับน้ำมันไม่เกิน 2.5 กรัม น้ำตาลไม่เกิน 12 กรัม และโซเดียมไม่เกิน 100 มิลลิกรัม จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ ผลปรากฏว่ามีไม่ถึงร้อยละ 10 ที่ผ่านเกณฑ์[13] สิ่งเหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดโรคอ้วน

'อ้วน' กลายเป็นระเบียบวาระแห่งชาติที่ต้องจัดการ

ข้อมูลข้างต้นบ่งบอกถึงภัยคุกคามจากความอ้วนที่พร้อมจะเข้าถึงตัวเรา หรือคนในใกล้ชิด หากเราเปิดประตูให้ โรคอ้วนจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่ได้รับการใส่ใจอย่างมากจากหลายภาคส่วน มีการรณรงค์ต่อเนื่องและนำเสนอมาตรการต่าง ๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ข้อมูลจากเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน พบว่า การทำงานอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดหลายมาตรการที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคน้ำตาลของเด็กได้จริง เช่น การออกประกาศของกระทรวงสาธารณสุขที่ 305 เรื่องการแสดงฉลากของอาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภคทันทีบางชนิด โดยกำหนดให้ขนม 5 กลุ่ม ต้องแสดงฉลากอาหารและแสดงข้อความคำเตือน 'บริโภคแต่น้อยและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ' ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2550 การประเมินผลในปี 2552 พบว่า ขนมขบเคี้ยวมีการแสดงฉลากโภชนาการร้อยละ 91.5 และแสดงคำแนะนำนี้ร้อยละ 74 โดยผู้บริโภคร้อยละ 68 สังเกตเห็นฉลากโภชนาการ และร้อยละ 57 ใช้ข้อมูลบนฉลากในการตัดสินใจซื้อ ทั้งนี้ ผู้บริโภคร้อยละ 81 เห็นด้วยกับการแสดงฉลากโภชนาการและคำเตือน[14]

ไม่เชื่อก็ต้องเชื่อว่า วันนี้การกินดีอยู่ดีเกินไปจน 'อ้วน' จะกลายเป็นระเบียบวาระแห่งชาติ จากการผลักดันของหลาย ๆ ฝ่าย โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้รับรองยุทธศาสตร์เพื่อจัดการปัญหานี้ โดยให้หน่วยงานต่าง ๆ จัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ 5 ด้าน คือ

1. ยกร่างแผนปฏิบัติการที่ระบุหน้าที่รับผิดชอบชัดเจนภายใน 1 ปี
2. ใช้มาตรการลักษณะสีสัญญาณพร้อมคำเตือนในอาหารที่มีไขมัน หรือน้ำตาล หรือโซเดียม
3. ใช้มาตรการทางภาษีและราคาอาหาร เพื่อจัดการกับปัญหาภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน
4. จัดทำระเบียบว่าด้วยการตลาดเกี่ยวกับอาหารที่มุ่งเป้าหมายไปยังเด็ก และมีผลต่อความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
5. ติดตามความคืบหน้าในการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยเฉพาะการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ฯ รวมถึงความเหมาะสมระยะเวลา และกลไกในการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ฯ อย่างมีส่วนร่วม

คณะอนุกรรมการยังได้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 5 ชุด ใน 5 ประเด็น[15] ได้แก่

1. ประเด็นการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การผลิตและจำหน่ายอาหารชูสุขภาพ ขนมชูสุขภาพ เครื่องดื่มน้ำตาลต่ำ และผักผลไม้เพื่อเป็นทางเลือกทดแทนอาหารพลังงานสูง
2. ประเด็นการควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และสินค้าอาหารประเภทไขมัน หรือน้ำตาล หรือโซเดียมสูง
3. ประเด็นการรณรงค์สาธารณะ การให้ข้อมูลสร้างความรู้ และความตระหนักถึงปัญหาผลกระทบจากปัญหาโรคอ้วนอย่างต่อเนื่อง
4. ประเด็นส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอเหมาะสมต่อเนื่องสม่ำเสมอ
5. ประเด็นพัฒนาและสนับสนุนความเข้มแข็งของระบบการจัดบริการดูแลรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงผลกระทบทางสุขภาพ

นอกจากนี้ ยังมีความเห็นจากนักวิชาการบางคน เช่น นายแพทย์อุกฤษฎ์ มิลินทางกูร เลขาธิการมูลนิธิหมอชาวบ้าน ที่บอกว่า การที่สังคมจะรับมือกับการตลาดอันหนักหน่วงของธุรกิจขนมและน้ำอัดลมได้ ภาคสังคมเองจำเป็นต้องอาศัยนักการสื่อสารเพื่อสุขภาพมืออาชีพและมีความสามารถเฉกเช่นเดียวนักโฆษณาของภาคธุรกิจ

ส่วน ดร.สำอาง สืบสมาน ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการชุมชน จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาโรคอ้วนมีความซับซ้อนกว่าที่จะมานั่งแก้ทีละส่วน ดังนั้น หนทางหนึ่งที่จะต่อกรกับภาคธุรกิจได้ คือ ชุมชนต้องเป็นฐานในการแก้ปัญหา โดยเปิดพื้นที่ให้คนในชุมชนทำงานร่วมกันกับครอบครัวในการดูแลเด็กและเยาวชน รวมถึงการสร้างองค์ความรู้แก่ผู้คนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านการบริโภคด้วย[16]

การกลัวและเกลียดความอ้วน : ผลสะท้อนมุมกลับ

ข้อพึงตระหนักประการหนึ่งที่แม้จะไม่ใช่เจตนาของผู้รณรงค์ แต่ก็ปฏิเสธไม่ได้ว่าส่งผลด้านกลับต่อทัศนคติของคนในสังคมต่อความอ้วน ด้วยวาทกรรมทางการแพทย์และวาทกรรมเกี่ยวกับความงามและเรือนร่างที่สมบูรณ์แบบ ผสมโรงด้วยพลังแห่งการตลาด ความอ้วนได้กลายเป็นสัญลักษณ์ของความป่วยไข้ ความไม่รู้จักยับยั้งชั่งใจ ความไม่มีวินัยในตนเอง การขาดการศึกษา วาทกรรมเหล่านี้ผลักให้คนอ้วนเป็นคนชายขอบจำพวกหนึ่ง และดันให้คนที่ไม่อ้วนหนีห่างจากความอ้วน พร้อมๆ กับการดิ้นรนไปให้ถึงร่างกายในอุดมคติทุกวิถีทางเท่าที่อำนาจเงินในกระเป๋าจะอนุญาต

สินค้าและบริการเกี่ยวกับสุขภาพจึงเกิดขึ้นจำนวนมากเพื่อตอบสนอง เหมือนหนึ่งการบริโภคแบบหนึ่งมาปะการบริโภคอีกแบบหนึ่ง ซึ่งอัปลักษณ์ไม่ต่างกัน แถมยังต่อเนื่องไปสู่ปัญหาการโฆษณาสินค้าและบริการสุขภาพเกินจริง

นี่คือ ความย้อนแย้งแห่งยุคสมัยที่สร้างเขาวงกตอันเวียนหัวนี้ขึ้น และดูจะยังไม่มีงานศึกษาค้นคว้าในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างการรณรงค์และความเกลียดกลัวความอ้วนมากพอที่จะแปรเป็นการปฏิบัติ เพื่อสร้างความสมดุลและพาเราออกไปจากเขาวงกตแห่งนี้

8 นิสัย ไกลโรคอ้วน

นโยบายและมาตรการต่างๆ คือ การแก้ไขในระดับโครงสร้าง แล้วในฐานะปัจเจกบุคคลคนหนึ่งในสังคม เราจะดูแลตัวเองและลูกหลานให้พ้นจากโรคอ้วนได้อย่างไร นี่คือคำแนะนำ

1 ไม่กินจุบกินจิบ การกินจุบกินจิบระหว่างมื้อจะทำให้ได้รับสารอาหารเกินความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน นำไปสู่การสะสมในรูปไขมันซึ่งทำให้อ้วน

2 ไม่สะสมขนม นม อาหารไว้ในบ้าน หากไม่มีวินัยในการกินมากพอ การสะสมสิ่งเหล่านี้ไว้ในบ้านย่อมเท่ากับเชิญชวนให้กินทางอ้อม และถือเป็นข้อพิจารณาสำคัญสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองหรือใครก็ตามที่ชอบซื้อของลดราคาเป็นแพ็กเกจจากห้างสรรพสินค้ามาเก็บไว้

3 กินผัก ผลไม้ ให้เป็นนิสัย

4 มีวินัยในการกิน

5 ไม่กินอาหารรสจัดเกินไป โดยเฉพาะรสหวาน เพราะจะเป็นการเพาะนิสัยติดหวานและส่งผลเสียต่อสุขภาพของเด็ก

6 ดื่มนมแต่พอดี การดื่มนมที่ดีต่อสุขภาพคือดื่มแต่พอดี ไม่ใช่การดื่มพร่ำเพรื่อ เด็กวัยเกิน 1 ขวบ ให้เลิกดื่มนมเป็นมื้อกลางคืน และเด็กอนุบาลควรให้ดื่มนมเพียงวันละ 2–3 มื้อ เด็กประถมควรดื่มวันละ 2 แก้ว

7 ลดกิจกรรมที่ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย มีการศึกษาพบว่าการลดการอยู่เฉยๆ สามารถลดน้ำหนักได้ผลว่าการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตาม วิธีนี้มันจะได้ผลเฉพาะการลดน้ำหนักในระยะสั้นเท่านั้น

8 สร้างนิสัยการออกกำลังกายเป็นประจำ

ที่มา : กฤษฎา ศุภวรรธนะกุล. 2009. *หลุมดำ UNCENSORED 2*. กรุงเทพฯ: พิมพ์บูรพา. หน้า 192 – 193

4 ผลงานดีๆ เพื่อ

คนไร้สัญชาติในประเทศไทย ได้คืนสิทธิประกันสุขภาพ : ท่าดีทีเหลว

ก่อนมีการประกาศนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใน พ.ศ. 2545 คนไร้สัญชาติที่มีเลขประจำตัวสิบสามหลักที่ขึ้นต้นด้วยเลข 6 และ 7 มีสิทธิใน 'โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล สำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล' (สปร.) หรือไม่ก็มีสิทธิที่จะซื้อบัตรสุขภาพจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ใน ราคา 300 – 500 บาทต่อครอบครัว (รัฐสมทบ 500 และ 1,000 บาท) สามารถใช้สิทธิรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่เมื่อเกิดโครงการบัตรทอง (หรือชื่อเดิมคือ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) สิทธิดังกล่าวให้เฉพาะบุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ดังนั้น คนไร้สัญชาติจึงถูกริบสิทธิที่เคยมีอยู่เดิมไป

นับตั้งแต่มีการระงับสิทธิรักษาพยาบาลของคนไร้สัญชาติ ก็มีความพยายามรณรงค์ให้รัฐบาลคืนสิทธินี้ โดยการผลักดันจากภาคประชาสังคมที่ทำงานกับผู้มีปัญหาสถานะบุคคล จนมาประสบความสำเร็จในต้นปี พ.ศ. 2553 ที่รัฐบาลประกาศนโยบายคืนสิทธิด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ที่ยังมีปัญหาเรื่องสถานะ จำนวน 457,409 คน ที่กระจายอยู่ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลชายแดน 172 แห่ง ใน 15 จังหวัดทั่วประเทศ นับตั้งแต่เดือนเมษายน 2553 เป็นต้นไป โดยจัดสรรเป็นเงินกองทุนพิเศษประมาณ 400 ล้านบาท สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในครึ่งปีงบประมาณ 2553 และให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารกองทุนพิเศษนี้แทน แต่มีข้อโต้แย้งจากภาคประชาสังคมว่าทำให้เกิดปัญหาเรื่องการตั้งงบบริหารจัดการเบื้องต้นของกองทุนสูงมาก ถึงปีละ 24 ล้านบาท เท่ากับว่าผู้ที่จะได้รับสิทธิจะหายไปจากจำนวนที่ได้รับการอนุมัติงบประมาณกว่า 11,000 คน และการให้บริการจริงในหลายพื้นที่ก็ยังขลุกขลักอยู่มาก ควรย้ำว่ากองทุนดังกล่าวนี้ยังไม่ครอบคลุมคนไร้รัฐ คนไร้สัญชาติ ที่ไม่เข้าข่ายตามมติคณะรัฐมนตรีแม้จะถูกนับจดในทะเบียนบุคคลแล้วก็ตาม และยังไม่มีทีท่าว่าจะแก้ปัญหาได้ เพราะยึดการตีความกฎหมายแบบเถรตรง โดยไม่คำนึงถึงข้อเท็จจริงและหลักมนุษยธรรม

1

จากสถานีอนามัย สู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จุดเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข

สถานีอนามัยที่กระจายอยู่ทุกชุมชนชนบททั่วประเทศเป็นสถานพยาบาลเล็กๆ ที่มีเครื่องมือรักษาเพียงไม่กี่ชิ้น และมีบุคลากรเพียงไม่กี่คน ที่นอกจากจะต้องดูแลคนในชุมชนทุกคนแล้ว ยังมีบทบาทเป็นผู้นำความคิดในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนมากว่าห้าทศวรรษ มาวันนี้ สถานีอนามัยหลายๆ แห่ง กำลังเติบโตและได้รับการพัฒนาให้เป็น "โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล" ที่ไม่เพียงแค่เปลี่ยนโฉมอาคารสถานที่ มีเครื่องมือแพทย์ใหม่ๆ และรถพยาบาลส่งต่อมาไว้ประจำเท่านั้น แต่ยังได้นำระบบการสื่อสารที่ทันสมัยผ่านระบบอินเทอร์เน็ตมาช่วยใช้ในการตรวจวินิจฉัยโรคได้ทันท่วงที ผู้ป่วยและหมออนามัยสามารถปรึกษาอาการของโรคกับหมอใหญ่ในอำเภอหรือจังหวัด โดยไม่ต้องเดินทางไปพบ แค่เห็นหน้าพูดคุยสื่อสารกันผ่านจอคอมพิวเตอร์ สถานีอนามัยรูปแบบใหม่ที่กลายมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้น ไม่ใช่แค่สถานที่รักษาโรคอย่างเดียวเท่านั้น ยังตั้งใจให้เป็นศูนย์กลางการที่ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพช่วยดูแลคนในชุมชนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตด้วย

ผู้รับประโยชน์เต็มๆ จากการเปลี่ยนโฉมหน้าสถานีอนามัย คือ บุคลากรสาธารณสุข ประชาชน และชุมชน บุคลากรสาธารณสุขมีเครื่องมือแพทย์ดีๆ ไว้ใช้ มีโอกาสศึกษาหาความรู้ทางเทคโนโลยีการแพทย์ใหม่และจากเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ผู้ป่วยได้ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และไม่ต้องมาเสียเวลารอคิวเข้าตรวจจากโรงพยาบาลใหญ่ๆ ผู้ป่วยหนักที่จำเป็นต้องส่งโรงพยาบาลได้ ก็มีแผนส่งรถพยาบาลไปรับที่บ้าน ส่วนคนในชุมชนก็ยังได้ถือโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วม ดูแลโรงพยาบาลของพวกเขาเองได้มากขึ้น

อย่างไรก็ดี จะต้องมีการติดตามกันต่อไปว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นี้ จะเป็นจุดเปลี่ยนที่แท้จริงและยั่งยืนของระบบบริการสาธารณสุขในชนบทที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพและบริการเชิงรุก หรือเป็นเพียงการขึ้นป้ายสวยๆ เพื่อหาเสียงและยังคงหมกมุ่นกับการบริการรักษาพยาบาลในที่ตั้งแบบเดิม

2

สุขภาพคนไทย ปี 2554

หลักประกันสุขภาพของไทย ความสำเร็จที่นานาชาติยอมรับ

ปี 2554 ย่างเข้าสู่ปี 10 ที่ประชาชนคนไทยทุกคนได้เข้าถึงสวัสดิการสุขภาพได้ทั่วถึง และถือเป็นปีที่ประเทศไทยพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพจนประสบผลสำเร็จอย่างสูง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ที่เป็นจุดเริ่มโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค จนมาถึงปัจจุบันประชาชนไทยได้รับการรักษาฟรีทุกโรค โดยไม่เสีย 30 บาท คนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและร้ายแรง เช่น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถรักษาตัวได้โดยเสียค่าใช้จ่ายไม่มาก ประชาชนคนไร้สัญชาติ (รอพิสูจน์สถานะ) ในประเทศไทยได้รับสิทธิประกันสุขภาพ จนตัวเลขจำนวนผู้ได้รับสิทธิประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจนเกือบครบร้อยเปอร์เซ็นต์ ขณะเดียวกันยังได้เกิดกิจกรรมเล็กๆ แต่ได้ผลดี ในการดูแลประชาชน เช่น จัดการออกกำลังกาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งมองการณ์ไกลดึงชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างระบบสาธารณสุข ด้วยการสนับสนุนทุนให้เรียนหมอเรียนพยาบาลเพื่อกลับมารับใช้ชุมชน เปลี่ยนสถานีอนามัยเป็นโรงพยาบาลเล็กๆ ในชุมชน จัดตั้งกองทุนสุขภาพในระดับท้องถิ่น เป็นต้น

ผลงานที่ผ่านมานั้น ถือเป็นการพัฒนาการของวงการสาธารณสุขไทยจนเป็นที่ยอมรับในสายตาขององค์กรระดับโลก ได้รับคำชื่นชมจากองค์กรระหว่างประเทศหลายหน่วยงาน ทั้งธนาคารโลก มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ มูลนิธิบิลล์เมลินดาเกตต์ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ ว่าไทยเป็นตัวอย่างที่ดีของประเทศที่ประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพและมีความหลากหลาย สามารถฝ่าวิกฤตเศรษฐกิจด้วยการจัดการบริหารการเงินได้เป็นอย่างดี ในระดับครัวเรือนมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังลดลง นอกจากนี้แล้ว หลายๆ ประเทศในกลุ่มอาเซียนต่างให้การยอมรับและสนใจเข้ามาศึกษาดูงาน และสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางความรู้ด้านประกันสุขภาพหรือต้นแบบ เป็นที่ศึกษาดูงานและฝึกอบรมของนานาชาติ

สร้างเด็กไทยยุคใหม่ สูงใหญ่ เก่งเกินวัย ด้วยโครงการดูแลการบริโภคอาหาร

เด็กไทยไม่แพ้ใครในเวทีโลก ดูจะกลายเป็นความหวังที่เลื่อนลอย เมื่อผลวิจัยของกรมอนามัยที่เก็บข้อมูลยาวนานถึง 12 ปี พบว่า เด็กไทยมีพัฒนาการไม่สมวัย และไอคิวต่ำตัวเลขชัดๆ ที่เห็นแล้วน่าตกใจ จากเดิมเด็กไทยเมื่อสิบปีก่อนมีไอคิว 91 (เกณฑ์ปกติที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้อยู่ที่ 90 – 110) ตอนนี้ลดเหลือแค่ 88 ในขณะที่เด็กทั่วไปในประเทศที่พัฒนาแล้วอยู่ประมาณ 104

เหตุวิกฤตสติปัญญาเด็กไทยถูกบั่นทอนลงเรื่อยๆ เพราะพฤติกรรม “ขาด” และ “เกิน” ในการบริโภคอาหารของเด็กๆ อีกทั้งผลข้างเคียงทางสรีระ ผอม – อ้วน – เตี้ย ทำให้สุขภาพเด็กไทยกำลังมีปัญหาไม่น้อยไปกว่ากัน ภาวะโภชนาการบกพร่องที่เด็กไทยกำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ ปัญหาหลักๆ คือ กินไม่เป็น และ กินไม่หยุด เด็กไทยกินผักไม่เป็นเฉลี่ยแล้ววันๆ หนึ่งเด็กกินผักวันละ 1.5 ช้อนโต๊ะ ทั้งๆ ที่ควรจะกินวันละ 12 ช้อนโต๊ะ เด็กไทยจำนวนไม่น้อยอมผอม เตี้ย ร่างกายพัฒนาไม่สมวัย ในขณะที่เด็กไทยอีกกลุ่มกินไม่เลือกกินแต่ของที่หาได้ง่ายแต่ไร้ประโยชน์ ทั้งขนมถุง ขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน น้ำอัดลม จนเกิดภาวะน้ำหนักอ้วนเกินพิกัด เสี่ยงที่จะเกิดโรคเรื้อรังรุมเร้าเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่

ในสถานการณ์เด็กไทยในภาวะถดถอยเช่นนี้ ผู้ใหญ่หลายหน่วยงานจึงจับมือกันจัด “โครงการพัฒนาระบบกลไกเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย” โดยหน่วยงานแม่ 6 หน่วยงาน คือ 1) สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย 2) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 3) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย 4) สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) 5) กรุงเทพมหานคร และ 6) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.)มีส่วนส่งเสริมและสนับสนุนให้เด็กทารก เด็กก่อนวัยเรียนและเด็กวัยเรียน ได้รับอาหารดีมีประโยชน์ โดยพุ่งเป้าไปที่ผู้ใหญ่ คือ พ่อแม่ผู้ปกครอง ครู และชุมชน จัดเตรียมอาหารที่มีส่วนเสริมสร้างการเจริญเติบโตและพัฒนาสติปัญญา โครงการนี้มีแผนนำร่อง 10 จังหวัดทั่วประเทศ คือ เชียงใหม่ ลำปาง อุดรธานี ขอนแก่น เพชรบุรี สมุทรปราการ นนทบุรี สงขลา ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร และพัฒนาในระยะเวลา 3 ปี ให้ประสบผลสำเร็จ เพื่อผลักดันให้เป็นนโยบายทั้งระดับท้องถิ่นและระดับชาติ





เอชไอเอ

กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะ

เพื่อชีวิตและสุขภาพ

สองด้านของการพัฒนา

นักสังเกตการณ์ทางสังคมบางท่านบอกว่า ทุกวันนี้เราอยู่ในสังคมแห่งความเสี่ยง และความเสี่ยงที่สำคัญนั้นมาจากการกระทำของมนุษย์เอง ในนามของโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนารูปแบบต่างๆ

"ความเสี่ยงจากการพัฒนา" ถ้าพูดวลีนี้เมื่อ 50 ปีที่แล้ว ตอนที่ประเทศไทยเพิ่งเริ่มยุคสมัยแห่งการพัฒนาใหม่ๆ คงจะหาคนเชื่อได้ยาก เพราะภาพของการพัฒนาในยุคนั้นคือการทำให้อะไรๆ ดีขึ้น ให้เกิดความเจริญรุ่งเรืองในบ้านเมือง ให้คนมีกินมีใช้และมีชีวิตที่สะดวกสบายมากขึ้น ซึ่งก็ไม่ได้เป็นความเชื่อที่ผิด

ประเทศไทย "เจริญขึ้น" จริง เศรษฐกิจเติบโต รายได้โดยเฉลี่ยของประชาชนสูงขึ้น คนส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงขึ้น มีอยู่มีกินมากขึ้น โครงสร้างพื้นฐานด้านการคมนาคมและการขนส่งดีขึ้น ชีวิตสะดวกสบายมากขึ้น ฯลฯ

แต่นี่เป็นเพียงความจริงด้านเดียวเท่านั้น ความจริงอีกด้านหนึ่งที่หลายคนไม่ได้ตระหนัก คือทุกอย่างที่เราได้มาจากการพัฒนานั้นต้องแลกด้วยอะไรบางอย่างเสมอ และสิ่งที่เราเสียไปนั้นก็ไม่ได้มีความสำคัญต่อชีวิตของเราน้อยไปกว่าสิ่งที่เราได้มาเลย ตัวอย่างมีให้เห็นอยู่ทั่วไป

การเปิดพื้นที่พัฒนาอุตสาหกรรมหนักที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง และแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี ภายใต้แผนพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออก ระยะที่ 1 (พ.ศ. 2524 – 2537) และระยะที่ 2 (พ.ศ. 2538 – 2548) ทำให้มีเงินไหลเข้าจากนักลงทุนต่างประเทศและจากการส่งออกสินค้าอุตสาหกรรมที่ผลิตจากแหล่งนี้ รวมแล้วหลายแสนล้านบาท นี่ยังไม่รวมรายได้ที่เกิดจากการจ้างงานทั้งทางตรงและทางอ้อมอีกหลายแสนตำแหน่งในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งคิดเป็นมูลค่ามหาศาล ทำให้จังหวัดระยองในวันนี้เป็นจังหวัดที่มีผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวสูงที่สุด และรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือนสูงที่สุดในประเทศ ถ้าดูในแง่นี้ ผลของการพัฒนาก็เป็นที่น่าประทับใจ

แต่กว่ายี่สิบปีหลังจากเริ่มแผนพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งตะวันออก ประชาชนชาวระยองส่วนหนึ่งกำลังประสบปัญหาหลายด้าน ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ คนระยองที่อยู่ใกล้นิคมอุตสาหกรรมต้องทนทุกข์อยู่กับมลพิษทางอากาศ ทางน้ำ สารเคมีและกากของเสียจากภาคอุตสาหกรรม มีปัญหาการแย่งน้ำกินน้ำใช้ระหว่างชุมชนกับภาคอุตสาหกรรม ทรัพยากรชายฝั่งเสียหายจนอาชีพประมงชายฝั่งใกล้ล่มสลาย ความหลากหลายทางชีวภาพถูกคุกคาม เศรษฐกิจที่เคยมั่นคงเพราะมีความสมดุลของภาคเกษตร อุตสาหกรรม การค้าและบริการ (เศรษฐกิจสามขา) กลายเป็นเศรษฐกิจขาเดียวคืออุตสาหกรรม (ราวร้อยละ 80 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในจังหวัดมาจากภาคอุตสาหกรรม) ซึ่งหมายถึงว่าคนระยองจำนวนไม่น้อยมีความเสี่ยงสูงที่จะขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

ดัชนีทางสังคมหลายเรื่องของจังหวัดระยองก็อยู่ในระดับที่แย่ไม่น้อยไปกว่ากัน ทั้งๆ ที่มีมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวมต่อหัวสูงที่สุดในประเทศ ตัวเลขเมื่อสิบปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2543 – 2552) บอกว่า สถิติในเรื่องต่อไปนี้ของจังหวัดระยองอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกับหลายจังหวัดที่มีโรงงานอุตสาหกรรมหนาแน่น คือ อัตราการฆ่าตัวตาย อัตราเด็กและวัยรุ่นพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ อัตราเด็กวัยรุ่นที่ถูกส่งเข้าสถานพินิจ คดีประทุษร้ายที่ตำรวจรับแจ้ง และคดียาเสพติดที่ถูกจับกุม



ทั้ง ๆ ที่ระยองเป็นจังหวัดที่เศรษฐกิจดี แต่คนระยองก็ประสบปัญหาความเจ็บป่วยจากโรคบางชนิดสูงอย่างผิดสังเกต โดยเฉพาะโรคเกี่ยวทางเดินหายใจ โรคภูมิแพ้ และโรคมะเร็ง สถิติระหว่างปี 2545 – 2552 แสดงว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น บางโรค เช่น มะเร็ง มีอัตราป่วยสูงที่สุดในประเทศ

ทั้งหมดนี้อาจเป็นเพียงส่วนยอดของภูเขาน้ำแข็งที่โผล่ให้เห็นอยู่เหนือน้ำ เท่านั้น

ข้อเท็จจริงเหล่านี้บอกให้ทราบว่า การพัฒนาที่ผ่านมาไม่ได้นำแต่ความเจริญมาให้เท่านั้น แต่ยังมี “อาการข้างเคียง” หลายอย่างเป็นของแถมมาด้วย อาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วไป ในแทบทุกสังคมที่นโยบายการพัฒนาให้ความสำคัญกับความเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นหลัก

บทสรุปคือ การพัฒนาที่มองเห็นแต่เม็ดเงิน ทำให้ประชาชนตกอยู่ในความเสี่ยง และต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ มากมาย ไม่เฉพาะแต่เรื่องสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงปัญหาเศรษฐกิจ วิถีชีวิตในชุมชน และความมั่นคงทางสังคมด้วย

นี่คือเหตุผลสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้โลกในปัจจุบันเริ่มตระหนักและหันมาคิดใหม่ เพื่อค้นหาแนวทางที่จะทำให้การพัฒนาเอื้อต่อสุขภาวะของคนและชุมชน เป็นการพัฒนาที่ยั่งยืนเพื่อประโยชน์สุขของชีวิตมนุษย์อย่างแท้จริง

ในระดับสากล องค์การอนามัยโลกส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกกำหนดเอามิติทางสุขภาพเป็นส่วนสำคัญอันหนึ่งของนโยบายสาธารณะและโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนา โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” (healthy public policy)

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ หรือเอชไอเอ (Health Impact Assessment – HIA) เป็นนวัตกรรมทางสังคมอย่างหนึ่งที่ออกแบบมาเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นโดยเฉพาะ

นโยบายสาธารณะ และนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณะ หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่าควรจะดำเนินการไปในทิศทางนั้น รวมถึงนโยบายที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่กำหนดมาจากรัฐด้วย นโยบายสาธารณะจะปรากฏในรูปของแนวทางปฏิบัติ แผน กิจกรรม โครงการ หรือการเลือกตัดสินใจของรัฐบาลหรือองค์การบริหารระดับชาติหรือระดับท้องถิ่น เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตัวอย่างของนโยบายสาธารณะ เช่น นโยบายการพัฒนาอุตสาหกรรม นโยบายด้านพลังงาน นโยบายการเกษตร นโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อมและฐานทรัพยากร นโยบายด้านการคมนาคมและขนส่ง และนโยบายด้านการศึกษา

นโยบายสาธารณะที่ดี ต้องมีจุดมุ่งหมายชัดเจนเพื่อมุ่งประโยชน์สุขของส่วนรวม มีกระบวนการจัดทำที่โปร่งใส ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดและตรวจสอบ มีระบบบริหารที่เป็นธรรมาภิบาล มีความเป็นธรรมกับประชาชนผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่ม ไม่ก่อให้เกิดวามเหลื่อมล้ำในสังคม และใส่ใจในสุขภาวะของประชาชนและชุมชน กล่าวสั้นๆ คือ เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy – HPP) เป็นแนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อผลักดันให้การตัดสินใจหรือการดำเนินนโยบายหรือโครงการของภาครัฐ เอกชน หรือของชุมชนท้องถิ่น แสดงความห่วงใยและความรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน ขณะเดียวกันก็มุ่งสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางธรรมชาติ เศรษฐกิจ สังคม และการเมืองให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และมุ่งให้ประชาชนมีทางเลือกที่จะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีได้

ภายใต้ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมีกลไกสำคัญ 4 ประการ คือ (1) การจัดทำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ (2) การจัดสมัชชาสุขภาพ เพื่อพัฒนากระบวนการนโยบายในระดับชาติ ชุมชน และท้องถิ่น (3) การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (HIA) เป็นกลไกที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ทุกฝ่ายร่วมกันพิจารณาและเข้าประเมินผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น จากการดำเนินนโยบายการพัฒนาในด้านต่างๆ และ (4) การดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

ที่มา: (1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552
(2) เอกสารเผยแพร่ทาง เว็บไซต์ ของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สืบค้นจาก http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=47%3Ahpp&catid=40%3A-hia&Itemid=106 เมื่อ 12 มกราคม 2554

เอชไอเอ คืออะไร

เครื่องมือคัดกรองบนฐานแห่งการเรียนรู้

เอชไอเอ หรือ *การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ* คือกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกฝ่าย ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในนโยบายสาธารณะและโครงการพัฒนาในทุกระดับของสังคม กระบวนการเรียนรู้นี้ประยุกต์ใช้เครื่องมือและข้อมูลหลากหลาย โดยให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ หน่วยงานภาครัฐ นักวิชาการ เอกชนผู้ดำเนินโครงการ รวมถึงภาคประชาสังคม มีส่วนร่วมกันพิจารณาหรือคาดการณ์ว่า นโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรมการพัฒนาอย่างใดอย่างหนึ่งอาจมีผลกระทบ หรือมีผลกระทบที่ได้เกิดขึ้นแล้ว แก่ประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอย่างไร ผลกระทบนั้นจะป้องกันหรือบรรเทาได้อย่างไร และทางเลือกอื่นที่เหมาะสมกว่ามีหรือไม่ ทั้งหมดนี้เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่ยึดเอาการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มในสังคมเป็นที่ตั้ง นั่นคือเพื่อส่งเสริมผลกระทบด้านบวก และลดผลกระทบด้านลบ

เป้าหมายสูงสุดของเอชไอเอ คือ การมีนโยบายสาธารณะ รวมถึงโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่ใส่ใจสุขภาพของประชาชน

"สุขภาพ" ในที่นี้มีความหมายกว้างกว่าเรื่องของการแพทย์และการสาธารณสุข แต่หมายถึงความอยู่ดีมีสุข *เป็นภาวะที่มนุษย์มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม* ดังที่กำหนดเรียกว่า "สุขภาวะ" ซึ่งครอบคลุมทุกด้านที่เกี่ยวกับวิถีชีวิตของประชาชนและชุมชน

เอชไอเอเป็นเครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อใช้กับนโยบายสาธารณะทุกประเภทและในทุกระดับ เช่น การออกกฎหมายในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาภาค การทำข้อตกลงการค้าเสรีกับต่างประเทศ การพัฒนาผังเมือง การอนุมัติโครงการทางเศรษฐกิจ สังคม การสื่อสารและการคมนาคม และการกำหนดนโยบายหรือโครงการพัฒนาในระดับท้องถิ่น

"สุขภาพ" ในที่นี้มีความหมาย กว้างกว่าเรื่องของการแพทย์ และการสาธารณสุข แต่หมายถึง ความอยู่ดีมีสุข *เป็นภาวะที่มนุษย์ มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม* ดังที่กำหนด เรียกว่า "สุขภาวะ"





http://www.sxc.hu/browse.phtml?f=download&id=1106535

สุขภาพองค์รวม

ทุกวันนี้ทั่วโลกเข้าใจคำว่าสุขภาพ ในความหมายที่กว้างกว่าเรื่องของการปราศจากความเจ็บป่วยและความพิการ แต่หมายถึง ภาวะที่มนุษย์มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม ดังที่กำหนดเรียกว่า “สุขภาวะ” ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

สุขภาพทางกาย คือ การไม่มีความเจ็บป่วยหรือพิการ รวมถึงไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยด้วย ทำให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานตามหน้าที่ได้ตามปกติ

สุขภาพทางจิตใจ หมายถึง การมีจิตใจที่สงบมั่นคง ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งที่มากระทบไม่ว่าในทางดีหรือร้าย รวมถึงสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปได้ และสามารถรับมือกับความกดดันที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันได้

สุขภาพทางปัญญา หมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุและผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และมีโทษของสิ่งที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิต ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตใจที่ดีงาม หลุดพ้นจากความเห็นแก่ตัว มองเห็นคุณค่าการมีชีวิตแม้อยู่ในภาวะที่ยังพร่อง ยึดมั่นในคุณค่าแห่งศาสนธรรมและหลักความดีงาม อย่างไม่งมงาย

สุขภาพทางสังคม หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้างตลอดจนชุมชนและสังคม และสามารถรักษาความสัมพันธ์นั้นไว้ได้ยั่งยืน ด้วยการเอื้อเฟื้อ ไม่หวาดระแวง และมีส่วนร่วมกับผู้อื่นและกับชุมชน นั่นคือเป็นคน “มีสังคม มีเพื่อน” หรือมีสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตที่ดี

สุขภาพหรือสุขภาวะ จึงเป็นองค์รวมของความสมบูรณ์ทุกด้านในชีวิตของเรา เพราะฉะนั้นจึงมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง หรือมาเป็นตัวกำหนด ไม่ว่าจะเป็นในทางบวกหรือทางลบก็ตาม ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพนั้นมีอย่างน้อย 3 ด้าน คือ

(1) ตัวเราเอง ซึ่งมีหลายอย่างประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นลักษณะทางพันธุกรรม พฤติกรรมส่วนตัว วิถีชีวิต หรือแม้แต่ความเชื่อ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความอยู่ดีมีสุขของเรามาก ตัวอย่าง เช่น เรื่องพฤติกรรมการกิน ถ้าเรากินสิ่งที่ไม่ค่อยมีประโยชน์ต่อร่างกาย หรือกินสิ่งที่มีประโยชน์ แต่กินมากเกินไป และไม่ออกกำลังกาย ไม่ช้าสุขภาพกายของเราก็จะมีปัญหา เพราะตัวเราก็คือผลผลิตของสิ่งที่เรากิน สุขภาพจะดีหรือไม่ดีจึงอยู่ที่ตัวเราเป็นเบื้องต้น

(2) สภาพแวดล้อม เป็นเรื่องของสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคม เช่น คุณภาพของอากาศ น้ำ ที่อยู่อาศัย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ระบบการขนส่ง การสื่อสาร ระบบเศรษฐกิจ ทุนทางสังคม รวมไปถึงนโยบายสาธารณะด้านต่างๆ ด้วย ไม่ว่าจะเป็นการวางผังเมือง การพัฒนาอุตสาหกรรม และนโยบายทางสังคมด้านต่างๆ

(3) ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยการจัดบริการสาธารณสุข เช่น จำนวนและคุณภาพของสถานบริการทางสุขภาพ จำนวนบุคลากรทางสุขภาพ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพทั้ง 3 ด้านที่กล่าวมา มีความเชื่อมโยงกันอย่างใกล้ชิด และแต่ละด้านก็เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่กำหนดสุขภาพทางอ้อมอื่นๆ อีกมากมาย เช่น บรรยากาศทางการเมือง ระบบการศึกษา ความมั่นคงทางอาหาร ความขัดแย้งในสังคม การจ้างงาน และสิทธิมนุษยชน สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือความอยู่ดีมีสุขของเราได้ โดยผ่านทางปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ที่กล่าวข้างต้น

เอชไอเอสองแนวทาง

การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (เอชไอเอ) ในสังคมไทยปัจจุบันอาจแบ่งได้เป็น 2 แนวทาง ตามลักษณะของการนำไปใช้ แต่ทั้งสองแนวทางนี้ก็มีจุดมุ่งหมายอันเดียวกัน คือเพื่อให้นโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่จะเกิดขึ้นใส่ใจในสุขภาวะของคนและชุมชน กระบวนการทำเอชไอเอทั้งสองแนวทางเน้นการมีส่วนร่วมและการเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายเหมือนกัน

1) เอชไอเอในฐานะเครื่องมือเพื่ออนุมัติอนุญาต : เป็นเอชไอเอที่บูรณาการเข้ากับอีไอเอ (การประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม) สำหรับประเมินก่อนการอนุมัติอนุญาตนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชุมชน ทั้งในด้านสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ ซึ่งตามประกาศของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (31 สิงหาคม 2553) กำหนดไว้ทั้งหมด 11 ประเภท (จะกล่าวถึงต่อไป) เราจะเรียกเอชไอเอแนวทางนี้ว่า “เอชไอเอภาคบังคับ” ก็ได้ เพราะต้องทำตามอำนาจบังคับของมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 และทำควบคู่ไปกับอีไอเอซึ่งเป็นการประเมินภาคบังคับอยู่แล้ว

2) เอชไอเอในฐานะกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม : เอชไอเอแนวทางนี้เป็นเครื่องมือหรือเป็นกระบวนการ ที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายในสังคม ทั้งในระดับท้องถิ่นและชุมชน มาเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อหาทางทำให้โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น เป็นประโยชน์ต่อสุขภาวะของคนและชุมชนให้มากที่สุด โดยลดผลกระทบทางลบที่อาจมีต่อความอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชนให้เหลือน้อยที่สุด เอชไอเอแนวทางนี้ใช้กับนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาอะไรก็ได้ ไม่จำกัดเฉพาะนโยบาย หรือโครงการหรือกิจกรรมที่กฎหมายกำหนดไว้เท่านั้น เราอาจเรียกเอชไอเอแบบนี้ว่า “เอชไอเอแบบสมัครใจ” เจตนารมณ์ที่แท้จริงในการสร้างเอชไอเอขึ้นมาก็เพื่อให้สังคมในทุกระดับนำเอากระบวนการเรียนรู้อันนี้ไปใช้ในวงกว้าง จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการพัฒนา โดยไม่ต้องอิงอยู่กับอำนาจทางกฎหมาย

เอชไอเอสองแนวทาง



ดร.เดชรัต สุขกำเนิด
คณะเศรษฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เอชไอเอในต่างประเทศอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มแรกใช้เอชไอเอเป็นเสมือนส่วนเพิ่มหรือส่วนเติมของอีไอเอ เช่น ที่แคนาดาและนิวซีแลนด์ อีกกลุ่มหนึ่งแยกเอชไอเอออกมาต่างหากเลยแล้วก็มุ่งใช้เอชไอเอเพื่อเป็นกระบวนการในการผลักดันนโยบายที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ อย่างเช่นอังกฤษ และเนเธอร์แลนด์

พอเราศึกษาดูทั้ง 4 ประเทศนี้แล้ว ปลายปี พ.ศ. 2544 เราก็เลยเชิญผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ประเทศ เข้ามาประชุมในเมืองไทย แล้วก็คุยกันว่าเมืองไทยควรจะพัฒนาไปในทางไหน ก็มีอยู่ 2 กระแส กระแสแรกก็คือ ต้องการเอาเอชไอเอไปเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการอนุมัติหรือขออนุญาตก่อนดำเนินโครงการ ส่วนอีกกระแสหนึ่งเห็นว่า น่าจะทำเป็นเชิงกระบวนการเรียนรู้ในการผลักดันโยบายมากกว่า

ตอนนั้นก็ถกเถียงกันเรื่องข้อดีข้อเสีย แต่โดยสรุปแล้วก็เห็นว่าถ้ามันเป็นลักษณะแบบเดียวกับอีไอเอ มันก็จะถูกใช้ไปในทางที่ผิดเหมือนกับอีไอเอได้ จากประสบการณ์ของประเทศอื่นที่ศึกษามา พบว่า ถ้าเอชไอเอเป็นเครื่องมือในการขออนุมัติโครงการมากเกินไป มันอาจจะถูกใช้ไปคนละทางได้

ที่มา: จากคำให้สัมภาษณ์ 4 ตุลาคม 2553

อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมแล้วเอชไอเอแนวทางนี้ก็มีส่วนเกี่ยวกับการอนุมัติอนุญาตอยู่เหมือนกัน แม้ว่าการอนุมัติอนุญาตจะไม่ใช่เหตุผลและเป้าหมายหลักของการประเมินก็ตาม ทั้งนี้เพราะเมื่อทำรายงานการประเมินเอชไอเอเสร็จแล้ว ผลการเมินก็จะถูกนำไปประกอบเพื่อกำหนดทางเลือก หรือเพื่อตัดสินใจว่า นโยบายหรือโครงการที่ถูกประเมินนั้นควรจะได้รับการอนุมัติอนุญาตให้ดำเนินการหรือไม่ หรือควรจะปรับปรุงอย่างไรจึงจะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนและชุมชนมากที่สุด เพียงแต่ว่าเอชไอเอแนวทางนี้ไม่ได้บังคับว่าต้องทำ หากแต่ใช้วิธีจูงใจหรือสร้างความตระหนักให้ผู้เกี่ยวข้องอยากทำมากกว่า

จากประสบการณ์ที่ผ่านมา สังคมไทยได้ประจักษ์ว่า นโยบายสาธารณะหรือโครงการตลอดจนการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาไม่ได้ก่อให้เกิดเฉพาะผลในทางบวกเท่านั้น แต่ในหลายกรณีได้ทำให้เกิดผลทางลบต่อสุขภาพและวิถีชีวิตของประชาชนและชุมชนด้วย จนในบางครั้งมีการตั้งคำถามว่า ระหว่างผลได้กับผลเสียจากการพัฒนาอย่างไหนมีมากกว่ากัน และอย่างไหนควรจะมาก่อน

จริงอยู่ นโยบายและโครงการทั้งหลายที่สร้างขึ้นไม่ได้มุ่งที่จะให้มีผลกระทบทางลบ แต่ในกระบวนการดำเนินการก็มีอยู่บ่อยครั้งที่ผู้มีส่วนรับผิดชอบมักจะละเลยหละหลวม หรือไม่ก็ไม่ได้คำนึงถึงมิติทางสุขภาพในความหมายที่กว้างและครอบคลุมเท่าที่ควร จึงปรากฏว่าเมื่อเวลาผ่านไป เกิดมีผลกระทบ ทั้งในรูปของความเจ็บป่วย ความขัดแย้ง ความรุนแรง รวมถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจชุมชน

ปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นครั้งแล้วครั้งเล่า ในหลายพื้นที่ที่มีการพัฒนาอุตสาหกรรม เช่น กรณีชุมชนในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียง จังหวัดระยอง ที่ได้รับผลกระทบทางมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก กรณีชุมชนในอำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ได้รับผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมจากโรงงานถลุงเหล็กจนนำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรง และกรณีชุมชนในอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ที่ได้รับความเดือนร้อนจากสารพิษที่เกิดจากการดำเนินงานของเหมืองทองคำ

การพัฒนานั้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสังคมปัจจุบันแน่นอน แต่เราก็จะปล่อยให้การพัฒนาสร้างประโยชน์แก่คนจำนวนหนึ่งโดยทิ้งคนอีกจำนวนหนึ่งให้จมอยู่กับปัญหาและความทุกข์ยากไม่ได้ การพัฒนาจะต้องสนองความอยู่ดีมีสุขของคนและชุมชน ขณะเดียวกันคนและชุมชนก็จะต้องทำให้การพัฒนาเอื้อต่อสุขภาวะที่สูงขึ้น ในอุดมคติเช่นนี้ กลไกสำคัญที่จะทำให้โครงการพัฒนากับสุขภาวะของคนและชุมชนจับมือเดินไปด้วยกันได้อย่างยั่งยืน ก็คือการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ หรือ เอชไอเอ

กว่าจะเป็นเอชไอเอ

เอชไอเอในระดับสากล

วาทกรรม “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” (healthy public policy) ได้จุดประกายขึ้น ในการประชุมนานาชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 เมื่อ พ.ศ. 2529 ที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา โดยมีองค์การอนามัยโลกเป็นผู้สนับสนุนหลัก แนวคิดนี้ปรากฏใน “กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ” หรือที่เรียกสั้นๆ ว่า กฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) กฎบัตรดังกล่าวเรียกร้องให้สร้างสิ่งที่เรียกว่า “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” โดยให้ถือว่าสุขภาพเป็นศูนย์กลางของการตัดสินใจเกี่ยวกับนโยบายในทุกเรื่อง ทุกภาคส่วน และทุกระดับ ผู้ตัดสินใจนโยบายจะต้องคำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาพที่จะตามมา จากโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาทุกเรื่อง

ตามความหมายที่ให้ไว้ในกฎบัตรออตตาวา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือ *“นโยบายที่ถือว่าสุขภาพของประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ ในทุกภาคส่วนและทุกระดับนโยบายและโครงการต่างๆ ที่กำหนดขึ้นตระหนักถึงผลกระทบที่อาจจะตามมา นั่นคือ เป็นนโยบายที่รับผิดชอบต่อสุขภาพ”*

ถ้าว่าตามที่นักวิชาการไทยได้ขยายความไว้ในเวลาต่อมา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ก็คือ *“นโยบาย*

สาธารณะที่แสดงความห่วงใยต่อภาวะความอยู่ดีมีสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของประชาชนทุกกลุ่มอย่างชัดเจน และพร้อมจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพอันอาจเกิดจากนโยบายนั้น ๆ เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ทางเศรษฐกิจและทางสังคม ที่เอื้อต่อสุขภาพทำให้พลเมืองมีทางเลือกและสามารถเข้าถึงทางเลือกที่สร้างเสริมสุขภาพ"

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นการปฏิวัติวิธีคิดหรือเปลี่ยนกระบวนทัศน์ เกี่ยวกับสุขภาพครั้งสำคัญ ก่อนหน้านั้น สังคมโลกมีวิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพว่า เป็นเรื่องของความปราศจากโรคและความไม่สมประกอบทางร่างกายและจิตใจเป็นหลัก จุดเน้นจึงอยู่ที่การป้องกันและการรักษาโรคเป็นสำคัญ วิธีคิดเช่นนี้สะท้อนให้เห็นชัดในกระแสระดับโลกที่ผ่านมา เช่น ในแนวคิดเรื่อง "สุขภาพดีถ้วนหน้า" และแนวคิด "สาธารณสุขมูลฐาน" แต่หลังจากนำแนวคิดทั้งสองนี้ไปปฏิบัติจนเวลาผ่านไปพอสมควร ปัญหาทางสุขภาพก็ยังไม่ได้ลดลงอย่างน่าพอใจ ทำให้โลกหันมาคิดใหม่ และชูประเด็นเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในเวลาต่อมา โดยมีองค์การอนามัยโลกเป็นแกนนำสำคัญในการขับเคลื่อน ซึ่งได้เสนอให้ใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment – HIA) เป็นเครื่องมือสำคัญในการผลักดันเพื่อให้เกิดสิ่งที่เรียกว่า "นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ"

หลายประเทศในภาคพื้นยุโรปได้นำเอาทั้งการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ และการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม หรืออีไอเอ (Environment Impact Assessment – EIA) มาใช้ เพื่อเป็นเครื่องมือที่จะนำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ปัจจุบันประเทศในกลุ่มประชาคมยุโรปได้วางเป้าหมายร่วมกันว่า ภายใน พ.ศ. 2563 ประเทศสมาชิกทุกประเทศจะต้องจัดวางกลไกสำหรับประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ เพื่อให้ทุกภาคส่วนสามารถชี้แจงได้ว่า การตัดสินใจและการดำเนินการเชิงนโยบายของทุกเรื่องได้คำนึงถึงผลที่อาจจะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของบุคคล ชุมชน และสังคมอย่างรอบคอบ

เอชไอเอในประเทศไทย

แนวคิดและการขับเคลื่อน ที่นำมาสู่เอชไอเอในประเทศไทยได้รับการบ่มเพาะ และมีพัฒนาการมานานกว่า 10 ปี ก่อนที่กลไกนี้จะเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการ รูปธรรมชัดเจนของแนวคิดและการดำเนินงานในเรื่องนี้เริ่มขึ้นในราว พ.ศ. 2540 ในปีนั้นมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับใหม่ ซึ่งเปิดมิติประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางเป็นครั้งแรก แม้จะไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ก็เปิดทางให้การขับเคลื่อนกิจการที่มุ่งผลลัพธ์ทางสังคมมีหลักพิงที่มั่นคง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งให้ความสำคัญแก่การปฏิรูประบบสุขภาพอยู่แล้ว จึงได้เริ่มงานเรื่องนี้อย่างจริงจังมากขึ้น จนกระทั่งคณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภา ได้จัดทำเอกสาร "ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ 2540" ซึ่งหมวดที่ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคในรายงานนั้น ได้กำหนดไว้ว่า *"รัฐจะต้องจัดให้มีกลไก ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ ที่จะสามารถดำเนินการกับบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้รับผิดชอบและจัดการลดผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพ"*

ในปี 2543 มีการออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ (คปรส.) ขึ้น เพื่อทำหน้าที่ผลักดันการปฏิรูประบบสุขภาพทั้งระบบ โดยเน้นยุทธศาสตร์เชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพดี นำหน้าการตั้งรับหรือการซ่อมสุขภาพ (นโยบายสร้างนำซ่อม) เป้าหมายสำคัญคือ การออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิรูปสุขภาพในระยะยาว จากนั้นได้มีการตั้ง สำนักงานปฏิรูปสุขภาพแห่งชาติ (สปรส.) ขึ้นเพื่อเป็นหน่วยงานเลขานุการในเรื่องนี้

ผลสืบเนื่องสำคัญจากการนี้คือ มีการจัดเวทีสัมมนาเพื่อระดมความคิดทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ ทำให้ได้ข้อเสนอ "ระบบสุขภาพที่คนไทยต้องการ" มีการประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันว่า *"การพัฒนาต้องมุ่งสร้างสุขภาวะของประชาชนควบคู่ไปกับความเติบโตทางเศรษฐกิจ..."* นอกจากนี้ยังเรียกร้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำนโยบายสาธารณะ และให้มีระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

ในปีต่อมา (พ.ศ. 2544) มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพสาธิตขึ้นในงาน "ตลาดนัดปฏิรูประบบสุขภาพ" ซึ่งมีการเสนอให้ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพขึ้น โดยให้นำเอาการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (เอชไอเอ) มาเป็นเครื่องมือ ขณะเดียวกัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ก็ได้จัดตั้ง "แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบการ

ประเมินผลกระทบทางสุขภาพ” ขึ้น เพื่อขับเคลื่อนงานทางวิชาการ และประสานความร่วมมือกับเครือข่ายต่าง ๆ แผนงานนี้ได้วิวัฒนาการมาเป็น “แผนงานวิจัยและพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ” (แผนงาน HPP – HIA) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการทำเอชไอเอ ในหลายโครงการ เพื่อสร้างการเรียนรู้ เช่น โครงการพัฒนาชายฝั่งทะเลตะวันออก กรณีศึกษานิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด การใช้สารเคมีในภาคการเกษตรกรณีสวนส้มฝาง การใช้สารเคมีในการเกษตรระบบพันธสัญญา การก่อสร้างอาคารสูงในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ เหมืองถ่านหินที่เวียงแหง และโครงการเหมืองแร่โปแตชที่จังหวัดอุดรธานี

อีกก้าวย่างที่สำคัญในปี 2544 คือการยกร่าง พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งบรรจุประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ไว้หลายเรื่อง

ในการปรับโครงสร้างการบริหารราชการระหว่าง พ.ศ. 2545 – 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้ง กองสุขาภิบาลชุมชน และประเมินผลกระทบต่อสุขภาพขึ้น ขณะที่กรมควบคุมโรคเริ่มดำเนินการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยมีแนวทางการศึกษาวิเคราะห์ในหลายกรณี อีกด้านหนึ่งได้มีการเสนอให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเพิ่มมิติทางสุขภาพและสังคมเข้าไปในแนวทางการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมด้วย ซึ่งก็ได้รับการตอบสนองเป็นอย่างดีในเวลาต่อมา

มาถึง พ.ศ. 2548 – 2549 ความพยายามผลักดันการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ได้ก้าวเดินมาอย่างรัดกุม ก็ได้รับความสนใจจากสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งได้จัดทำเป็นข้อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี และได้มอบหมายให้คณะทำงานเกี่ยวกับสุขภาพติดตามและสนับสนุนการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ปี พ.ศ. 2550 อาจถือว่าเป็นว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาเอชไอเอในประเทศไทย ประการแรก ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเริ่มบ่มเพาะมาตั้งแต่ต้นปี 2544 และผ่านสถานการณ์และบรรยากาศที่บางครั้ง “อึมครึมและพร่ามัว” มาแล้ว ก็ได้รับการตราเป็นกฎหมายในเดือนมีนาคม 2550 มาตรา 11 ของ พ.ร.บ. นี้ได้ให้การรับรองสิทธิของประชาชน เกี่ยวกับเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไว้ว่า:

> “บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมิน และมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ
>
> “บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับคำชี้แจง ข้อมูล และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาต หรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว”

อีก 5 เดือนหลังจากนั้น (สิงหาคม 2550) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ก็ประกาศใช้ มาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญนี้กำหนดไว้ว่า :

“การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพของประชาชนในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน รวมทั้งได้ให้องค์กรอิสระซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อมหรือทรัพยากรธรรมชาติ หรือสุขภาพให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการดังกล่าว”

นอกจากนี้ ในปี 2552 ได้มีการประกาศใช้ *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552* ซึ่งคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติจัดทำขึ้น โดยอาศัยอำนาจตามที่บัญญัติในมาตรา 46 และ 47 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เพื่อใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ ในหมวด 5 (ข้อ 38) ของธรรมนูญฯ นี้ ได้กล่าวถึงเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้วย และที่สำคัญคือได้เน้นเรื่องการส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ ในการกำหนดนโยบาย จัดทำ หรืออนุญาตให้มีการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบ

ด้านสุขภาพ และติดตามให้ผู้ดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการด้วยความรับผิดชอบ ธรรมนูญดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และมีผลผูกพันหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐแล้ว

ที่กล่าวมาจะเห็นว่า เอชไอเอในประเทศไทยมีพื้นฐานทางแนวคิดและการศึกษาวิจัย ควบคู่กับการทดลองปฏิบัติอย่างจริงจัง ก่อนที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเป็นทางการ ทั้งหมดนี้ทำให้เอชไอเอ ไม่เพียงแต่เป็นกลไกทางสังคมที่มีฐานความรู้และกฎหมายรองรับอย่างมั่นคงเท่านั้น แต่ยังเป็นการเปิดมิติใหม่แห่งการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งคาดหวังว่าจะมีผลในการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการพัฒนาประเทศในระยะยาวต่อไป

สถานะทางกฎหมายของเอชไอเอ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

มาตรา 67 วรรคสอง :

"การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพของประชาชนในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน รวมทั้งได้ให้องค์กรอิสระซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม หรือทรัพยากรธรรมชาติ หรือสุขภาพ ให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการดังกล่าว"

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550

มาตรา 5 :

"บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

"บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวรรคหนึ่ง"

มาตรา 11 :

"บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมิน และมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

"บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับคำชี้แจง ข้อมูล และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาต หรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว"

มาตรา 25 (5) :

"ให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

.....

"(5) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ"

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

หมวด 5 ข้อ 38 :

"ให้รัฐจัดให้มีกลไกทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

"ให้รัฐส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการกำหนดนโยบายจัดทำ หรืออนุญาตให้มีการดำเนินการโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และติดตามให้ผู้ดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินงานด้วยความรับผิดชอบ

"ส่งเสริมให้ประชาชนมีการรวมตัวกันและมีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อปกป้องสิทธิของชุมชนจากการดำเนินนโยบายสาธารณะ โครงการ หรือกิจกรรมที่จะดำเนินการในชุมชน และจัดให้มีกลไกการรับเรื่องราวร้องทุกข์จากประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที"

บททดสอบ

๒ ปรากฏการณ์ 2 อย่าง ที่เป็นเสมือนบททดสอบเอชไอเอซึ่งเพิ่งเกิดขึ้นใหม่ๆ ในสังคมไทย บททดสอบหนึ่งเป็นการใช้ประโยชน์จากพลังประชาชนและชุมชน อีกบททดสอบหนึ่งเป็นเรื่องของการใช้สิทธิตามกฎหมาย บททดสอบทั้งสองมีที่มาจากปัญหาเดียวกัน คือ ผลกระทบที่รุนแรงของอุตสาหกรรมหนักในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดและบริเวณใกล้เคียง และทั้งสองมุ่งไปสู่เป้าหมายเดียวกัน คือการใส่ใจในสุขภาพของคนและชุมชนจากภาคอุตสาหกรรม

พลังประชาชนและชุมชน

ไม่นานหลังจากประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550 เครือข่ายภาคประชาชนภาคตะวันออกได้ยื่นหนังสือต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2550 เพื่อขอใช้สิทธิตามมาตรา 5, 10, 11, และ 40 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นและให้ทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการพัฒนาอุตสาหกรรม บริเวณพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียงในจังหวัดระยอง เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวนี้ประชาชนได้รับผลกระทบทั้งทางสุขภาพและวิถีชีวิตจากโรงงานอุตสาหกรรม ต่อเนื่องมานานกว่า 20 ปี แต่ไม่ได้รับการแก้ไขเยียวยาเท่าที่ควร ทั้งที่ประชาชนเรียกร้องมาโดยตลอด

ผลของความพยายามนี้ทำให้เกิดข้อเสนอเชิงนโยบาย ซึ่งต่อมาคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ให้ความเห็นชอบเป็นมติเมื่อเดือนสิงหาคม 2551 และเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อรับทราบตามขั้นตอน มติดังกล่าวมีสาระสำคัญ 5 ประการ คือ

สมัชชาสุขภาพ

คือ กระบวนการนโยบายสาธารณะเพื่อผลักดันไปสู่สังคมที่มีสุขภาวะ โดยที่บุคคล กลุ่มบุคคล เครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในสังคมมาทำงานร่วมกัน เรียนรู้ซึ่งกันและกัน เพื่อกำหนดจุดหมาย ทิศทางและตัดสินใจร่วมกัน ตลอดจนกำหนดวิธีการทำงานและการติดตามประเมินผลร่วมกัน สมัชชาสุขภาพเป็นประเด็นที่กำหนดไว้ในหมวดที่ 4 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

การจัดสมัชชาสุขภาพมี 3 รูปแบบ คือ **(1) สมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่** หมายถึง กระบวนการทำสมัชชาสุขภาพที่ใช้อาณาบริเวณที่มีขอบเขตชัดเจนเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ ตัวอย่างเช่น สมัชชาสุขภาพในกรณีผลกระทบจากโรงงานอุตสาหกรรมในบริวณนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง **(2) สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น** หมายถึง กระบวนการทำสมัชชาสุขภาพที่ใช้ประเด็นสาธารณะเรื่องใดเรื่องหนึ่งเป็นตัวตั้งในการดำเนินการ ตัวอย่างเช่น ประเด็นนโยบายการเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ ประเด็นการทำความตกลงกับต่างประเทศภายใต้กรอบการค้าเสรี **(3) สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ** หมายถึง กระบวนการทำสมัชชาสุขภาพที่รวมเอาประเด็นสำคัญหลายประเด็นมาพิจารณา เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือความมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในระดับชาติ ซึ่งมีการดำเนินการปีละครั้ง ติดต่อกันมา 3 ครั้ง แล้ว (จนถึงเดือนธันวาคม 2553)

กระบวนการจัดสมัชชาสุขภาพทุกรูปแบบ ยึดหลักสำคัญ 6 ประการ (1) หลักพหุภาคี คือมีหลายภาคส่วนมาร่วมกัน ที่ขาดไม่ได้เลย ได้แก่ ภาควิชาการ ภาครัฐ และภาคประชาสังคม (2) หลักการทำงานอย่างเป็นระบบ (3) หลักการทำงานบนฐานความรู้ ผสมผสานกับฐานด้านจิตใจคือความสมัครสมานสามัคคี (4) หลักประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ (5) ต้องมีประเด็นที่ชัดเจนและพัฒนาเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ (6) มีการผลักดันไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมหลายช่องทาง

ที่มา : ปรับปรุงจาก เอกสารเผยแพร่ทางเว็บไซต์ ของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=68 และ http://www.samatcha.org/ สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2554

1. ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องเปิดเผยข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพจากอุตสาหกรรม โดยเฉพาะในพื้นที่มาบตาพุดและอำเภอบ้านฉาง
2. ให้หน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนและเกณฑ์การปฏิบัติสำหรับป้องกันและบรรเทาอุบัติภัยจากอุตสาหกรรม และการจัดทำแผนป้องกันและบรรเทาอุบัติภัยสารเคมี
3. ให้ คสช. พิจารณาสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพกลไกกลางในการดำเนินงาน และสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชน
4. ให้รัฐบาลทบทวนและปรับแนวทางการพัฒนาจังหวัดระยอง
5. ให้รัฐบาลชะลอการขยายและการก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่มาบตาพุดและบ้านฉาง

ข้อเสนอ 3 ข้อแรก คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ แต่ 2 ข้อหลัง ได้ส่งต่อให้คณะกรรมการพัฒนาพื้นที่บริเวณชายฝั่งตะวันออกรับไปพิจารณาทบทวนความเหมาะสมและให้นำเสนอ คณะรัฐมนตรีอีกครั้งหนึ่ง

กรณีนี้เป็นเสมือนบททดสอบประสิทธิผลของเอชไอเอ ซึ่งใช้แนวทางการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เครื่องมือที่เรียกกว่า “สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น” เป็นกลไกในการดำเนินงาน

การเรียกร้องผ่านกระบวนการยุติธรรม

ในเวลาไล่เลี่ยกันนั้นเอง ผู้แทนเครือข่ายประชาชนภาคตะวันออกจำนวน 27 คน ได้ยื่นฟ้องคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติต่อศาลปกครองจังหวัดระยอง ในความผิดฐานเป็นเจ้าพนักงานของรัฐละเลยต่อหน้าที่ เนื่องจากไม่ประกาศให้พื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียงเป็นเขตควบคุมมลพิษ ทั้งๆ ที่สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมในบริเวณดังกล่าวมีปัญหาในขั้นวิกฤต และประชาชนได้รับผลกระทบอย่างรุนแรงมานาน ในการนี้ ผู้ฟ้องได้แนบมติ 5 ข้อข้างต้นของ คสช. ประกอบคำฟ้องด้วย ผลปรากฏว่า ศาลปกครองจังหวัดระยองพิพากษาให้จำเลยมีความผิดตามฟ้อง และให้ประกาศพื้นที่มาบตาพุด



เสขสิริ ปิยะเวช
ผู้จัดการฝ่ายคุณภาพ ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์ และการกลั่น จำกัด

ตั้งแต่มีเอชไอเอเกิดขึ้น วงการอุตสาหกรรมห่วงกังวลเรื่องอะไรบ้าง

ในช่วงแรกเป็นเรื่องของความไม่ชัดเจน ว่าอะไรคือสิ่งที่เรียกว่า “ผลกระทบอย่างรุนแรง” ตามที่ระบุในมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญฯ ที่ผ่านมาภาคอุตสาหกรรมคุ้นเคยแต่กับการทำรายงานอีไอเอตามที่กำหนดใน พ.ร.บ. ส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 จะพูดถึงเรื่องสุขภาพก็เฉพาะในมิติที่เกี่ยวกับทางสิ่งแวดล้อม เช่น พูดถึงสารพิษ แหล่งกำเนิด และผู้ที่อาจได้รับผลกระทบ แต่พอมามีเรื่องเอชไอเอ แรกๆ ก็ไม่ชัดเจน แต่ตอนนี้เรื่องนี้ก็ชัดเจนขึ้นแล้ว

ความห่วงกังวลอย่างที่สอง คือ กระบวนการประเมินที่ต้องทำทั้งอีไอเอและเอชไอเอ สำหรับโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบอย่างรุนแรง ตามที่รัฐธรรมนูญกำหนดนั้น ใช้เวลานานเท่าที่ศึกษาดูเห็นว่า กระบวนการทำตั้งแต่ต้นจนจบต้องใช้เวลาประมาณ 10 เดือน ถึง 1 ปี แต่ถ้ามีปัญหาในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง หรือทำรายงานออกมาแล้วยังไม่ผ่าน ก็จะใช้เวลานานมากขึ้นกว่านี้ ความไม่แน่นอนและเวลาที่ยาวนานเช่นนี้ ทำให้เป็นที่กังวลของนักลงทุน ยิ่งถ้าเป็นบริษัทต่างชาติ เขาจะห่วงความไม่แน่นอน ไม่รู้ว่าส่งรายงานแล้วจะผ่านได้หรือไม่ เขาอาจจะอยากไปในที่ที่เขารู้แน่ว่าเมื่อไรจะได้คำตอบมากกว่า

ที่มา : จากคำให้สัมภาษณ์ 2 พฤศจิกายน 2553

และพื้นที่ใกล้เคียงเป็นเขตควบคุมมลพิษโดยไม่มีเงื่อนไข ในสำนวนคำพิพากษานั้นศาลได้อ้างถึง มาตรา 5 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และมติของ คสช. ข้างต้นด้วย คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติต้องดำเนินการตามคำสั่งของศาลในเดือนมีนาคม 2552 นับเป็นชัยชนะเบื้องต้นของกระบวนการประชาชน

การฟ้องที่สำคัญอีกคดีหนึ่ง คือ กรณีที่สมาคมต่อต้านสภาวะโลกร้อนและประชาชนชาวมาบตาพุดรวม 43 ราย ได้ยื่นฟ้อง 8 หน่วยงานรัฐ ซึ่งมีคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ เลขาธิการสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น เมื่อวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2552 ในข้อหาร่วมกันออกคำสั่งโดยไม่ถูกต้องตามขั้นตอนและวิธีการที่กำหนดไว้ในกฎหมาย ในการอนุมัติอนุญาตให้โรงงานอุตสาหกรรมซึ่งเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ ซึ่งเป็นการกระทำที่ขัดต่อบทบัญญัติมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

กลุ่มผู้ฟ้องขอให้ศาลมีคำสั่งระงับโครงการของโรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 76 โครงการ ที่ได้รับอนุมัติอนุญาตให้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลมาบตาพุด อำเภอบ้านฉาง และพื้นที่ใกล้เคียง ไว้เป็นการชั่วคราวก่อน

ก่อนที่จะพิพากษาคดี ศาลได้มีคำสั่งเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2552 ให้ผู้ถูกฟ้องสั่งระงับโครงการหรือกิจกรรมทั้ง 76 โครงการ ซึ่งผ่านการอนุมัติอนุญาตไปแล้วไว้เป็นการชั่วคราวก่อน จนกว่าศาลจะมีคำพิพากษาหรือมีคำสั่งเป็นอย่างอื่น

คำสั่งศาลนี้เป็นเหมือนระเบิดลูกใหญ่ที่สั่นสะเทือนวงการอุตสาหกรรมของไทยอย่างไม่เคยมีมาก่อน ทำให้รัฐบาลและนักลงทุนทั้งในประเทศและจากต่างประเทศวิตกกังวลกันเป็นอย่างมาก รัฐบาลวิตกว่าเรื่องนี้จะทำให้นักลงทุนย้ายฐานการลงทุนไปประเทศอื่น และประเทศจะเสียโอกาส เพราะโครงการที่ถูกสั่งระงับชั่วคราวทั้ง 76 โครงการนั้น มีมูลค่ารวมถึง 4 แสนล้านบาท ขณะที่เจ้าของโครงการอุตสาหกรรมทั้ง 76 โครงการ ก็กลัวว่าโครงการที่ได้เริ่มลงทุนไปแล้วจะสูญเปล่า หรือไม่ก็จะเกิดความล่าช้า อันจะมีผลกระทบด้านต้นทุนที่ตนจะต้องแบกรับเพิ่มขึ้น

ในระหว่างที่ศาลยังไม่ได้มีคำพิพากษาคดี และขณะที่ทั้ง 76 โครงการ ก็ยังอยู่ระหว่างถูกสั่งให้ระงับไว้ชั่วคราวนั้น ได้มีความพยายามที่จะทำให้เกิดความชัดเจนในประเด็นเกี่ยวกับ *โครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ* ที่บัญญัติในมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญ

ความจริง ในส่วนของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ก็ได้มีความพยายามที่จะดำเนินการเรื่องนี้มาตั้งแต่ พ.ศ. 2551 แต่ยังไม่มีข้อสรุป ก็มาประจวบเข้าพอดีกับการที่ศาลมีคำสั่งให้ระงับโครงการทั้ง 76 โครงการไว้ก่อน ทำให้ต้องยกระดับการดำเนินงานเพื่อให้ได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น นายกรัฐมนตรีจึงได้แต่งตั้ง *“คณะกรรมการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตามมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย”* หรือที่เรียกว่า *“คณะกรรมการสี่ฝ่าย”* ซึ่งมีนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นประธาน (13 พฤศจิกายน 2552) (เรียกว่า “กรรมการสี่ฝ่าย เพราะประกอบด้วยกรรมการซึ่งมาจากสี่ฝ่าย ได้แก่ ผู้แทนภาคประชาชน ภาครัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ประกอบการภาคเอกชน)

รายงานศึกษาของ *คณะกรรมการสี่ฝ่าย* เสนอให้กำหนดโครงการหรือกิจกรรม 18 ประเภท เป็นโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง (ซึ่งจะต้องผ่านการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมและการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพก่อนจึงจะเริ่มดำเนินการได้) อย่างไรก็ตาม เมื่อข้อเสนอของคณะกรรมการสี่ฝ่ายนี้เข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติได้ถูกปรับลดลงเหลือ 11 ประเภทโครงการ ซึ่งต่อมาคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ความเห็นชอบ และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมก็ได้ประกาศเป็นกฎกระทรวงในวันที่ 31 สิงหาคม 2553 ให้มีผลบังคับใช้ต่อไป

ต่อมาอีก 2 วัน (2 กันยายน 2553) ศาลปกครองกลางก็ได้ตัดสินคดีที่สมาคมต่อต้านสภาวะโลกร้อนและประชาชนชาวมาบตาพุดเป็นผู้ฟ้อง 8 หน่วยงานของรัฐ คำตัดสินของศาลมีผลทำให้โครงการที่ถูกคำสั่งให้ระงับไว้ชั่วคราวเกือบทั้งหมด (74 จาก 76 โครงการ) สามารถดำเนินการต่อไปได้ มีเพียง 2 โครงการเท่านั้นที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาต

11 ประเภทโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบรุนแรง ตามมาตรา 67 วรรคสอง ตามมติของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (กก.วล.)

คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ได้ปรับลดประเภทโครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบรุนแรงฯ 18 ประเภท ที่คณะกรรมการสี่ฝ่ายเสนอ เหลือ 11 ประเภท ก่อนที่จะประกาศใช้อย่างเป็นทางการ โครงการหรือกิจกรรมที่คงไว้ หลายโครงการหรือกิจกรรมมีการเปลี่ยนแปลงในสาระสำคัญ มากบ้างน้อยบ้าง ที่เสนอในที่นี้ไม่ได้ลงในรายละเอียดทั้งหมด และไม่ได้ให้รายละเอียดเกี่ยวกับหลักเกณฑ์ วิธีการ และระเบียบปฏิบัติในการขออนุมัติอนุญาต (รายละเอียดเหล่านี้ ดูได้ใน ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127 ตอนพิเศษ 104 ง 31 สิงหาคม 2553)

ลำดับที่	ประเภทโครงการ/ กิจการ	ขนาด
1	การถมทะเล หรือทะเลสาบ นอกแนวเขตชายฝั่งเดิม ยกเว้นการถมทะเลที่เป็นการฟื้นฟูสภาพชายหาด	ตั้งแต่ 300 ไร่ ขึ้นไป
2	การทำเหมืองแร่ตามกฎหมายว่าด้วยแร่ดังต่อไปนี้	
	2.1 เหมืองแร่ใต้ดิน เฉพาะที่ออกแบบให้โครงสร้างมีการยุบตัวภายหลังการทำเหมืองโดยไม่มีค้ำยันและไม่มีการใส่คืนวัสดุทดแทนเพื่อป้องกันการยุบตัว	ทุกขนาด
	2.2 เหมืองแร่ตะกั่ว เหมืองแร่สังกะสี หรือเหมืองแร่โลหะอื่นที่ใช้ไซยาไนด์หรือปรอทหรือตะกั่วไนเตรต ในกระบวนการผลิต หรือเหมืองแร่โลหะอื่นที่มีอาร์เซโนไพไรต์ (arsenopyrite) เป็นแร่ประกอบ (associated mineral)	ทุกขนาด
	2.3 เหมืองแร่ถ่านหิน เฉพาะที่มีการลำเลียงแร่ถ่านหินออกนอกพื้นที่โครงการด้วยรถยนต์	ขนาดตั้งแต่ 200,000 ตัน/เดือน หรือ ตั้งแต่ 2,400,000 ตัน /ปี ขึ้นไป
	2.4 เหมืองแร่ในทะเล	ทุกขนาด
3	นิคมอุตสาหกรรมตามกฎหมายว่าด้วยการนิคมอุตสาหกรรม หรือโครงการที่มีลักษณะเช่นเดียวกับนิคมอุตสาหกรรม ดังต่อไปนี้	
	3.1 นิคมอุตสาหกรรม หรือโครงการที่มีลักษณะเช่นเดียวกับนิคมอุตสาหกรรมที่จัดตั้งขึ้นเพื่อรองรับอุตสาหกรรมปิโตรเคมี ตาม 4 หรืออุตสาหกรรมถลุงแร่เหล็ก ตาม 5.1 หรือ 5.2 แล้วแต่กรณี มากกว่า 1 โรงงาน ขึ้นไป	ทุกขนาด
	3.2 นิคมอุตสาหกรรม หรือโครงการที่มีลักษณะเช่นเดียวกับนิคมอุตสาหกรรม ที่มีการขยายพื้นที่เพื่อรองรับอุตสาหกรรมปิโตรเคมี ตาม 4 หรืออุตสาหกรรมถลุงแร่เหล็ก ตาม 5.1 หรือ 5.2	ทุกขนาด
4	อุตสาหกรรมปิโตรเคมี ดังต่อไปนี้	
	4.1 อุตสาหกรรมปิโตรเคมีขั้นต้น (upstream petrochemical industry)	ทุกขนาด หรือที่มีการขยายกำลังการผลิตตั้งแต่ร้อยละ 35 ของกำลังการผลิตเดิมขึ้นไป
	4.2 อุตสาหกรรมปิโตรเคมีขั้นกลาง (intermediate petrochemical industry) ดังต่อไปนี้	
	4.2.1 อุตสาหกรรมปิโตรเคมีขั้นกลาง (intermediate petrochemical industry) ที่ผลิตสารเคมี หรือใช้วัตถุดิบที่เป็นสารเคมีซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่ม 1	ขนาดกำลังการผลิต 100 ตัน/วัน ขึ้นไป หรือที่มีการขยายขนาดกำลังการผลิตรวมกันแล้วมากกว่า 100 ตัน/วัน ขึ้นไป
	4.2.2 อุตสาหกรรมปิโตรเคมีขั้นกลาง (intermediate petrochemical industry) ที่ผลิตสารเคมี หรือใช้วัตถุดิบที่เป็นสารเคมีซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่ม 2 A	ขนาดกำลังการผลิต 700 ตัน/วัน ขึ้นไป หรือที่มีการขยายขนาดกำลังการผลิตรวมกันแล้วมากกว่า 700 ตัน/วัน ขึ้นไป

ลำดับที่	ประเภทโครงการ/ กิจการ	ขนาด
5	อุตสาหกรรมถลุงแร่ หรือหลอมโลหะ ดังต่อไปนี้	
	5.1 อุตสาหกรรมถลุงแร่เหล็ก	ที่มีปริมาณแร่ป้อน (input) เข้าสู่กระบวนการผลิต ตั้งแต่ 5,000 ตัน/ วัน ขึ้นไป หรือที่มีปริมาณแร่ป้อน (input) เข้าสู่กระบวนการผลิตรวมกัน ตั้งแต่ 5,000 ตัน/วัน ขึ้นไป
	5.2 อุตสาหกรรมถลุงแร่เหล็กที่มีการผลิตถ่าน coke หรือที่มีกระบวนการ sintering	ทุกขนาด
	5.3 อุตสาหกรรมถลุงแร่ ทองแดง ทองคำ หรือสังกะสี	ที่มีปริมาณแร่ป้อน (input) เข้าสู่กระบวนการผลิต ตั้งแต่ 1,000 ตัน/ วัน ขึ้นไป หรือที่มีปริมาณแร่ป้อน (input) เข้าสู่กระบวนการผลิตรวมกันตั้งแต่ 1,000 ตัน/ วัน ขึ้นไป
	5.4 อุตสาหกรรมถลุงแร่ตะกั่ว	ทุกขนาด
	5.5 อุตสาหกรรมหลอมโลหะ (ยกเว้นเหล็ก และอะลูมิเนียม)	ขนาดกำลังการผลิต (output) ตั้งแต่ 50 ตัน/วัน ขึ้นไป หรือมีกำลังการผลิตรวมกันตั้งแต่ 50 ตัน/วัน ขึ้นไป
	5.6 อุตสาหกรรมหลอมตะกั่ว	ขนาดกำลังการผลิต (output) ตั้งแต่ 10 ตัน/วัน ขึ้นไป หรือมีกำลังการผลิตรวมกันตั้งแต่ 10 ตัน/วัน ขึ้นไป
6	การผลิต กำจัด หรือปรับแต่งสารกัมมันตรังสี	ทุกขนาด
7	โรงงานปรับคุณภาพของเสียรวมหรือโรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับการฝังกลบสิ่งปฏิกูลหรือวัสดุที่ไม่ใช้แล้ว ตามกฎหมายว่าด้วยโรงงานที่มีการเผาหรือฝังกลบของเสียอันตราย ตามกฎหมายว่าด้วยโรงงาน ยกเว้นการเผาในหม้อเผาซิเมนต์ที่ใช้ของเสียอันตรายเป็นเชื้อเพลิงทดแทนหรือใช้เป็นเชื้อเพลิงเสริม	ทุกขนาด
8	โครงการระบบขนส่งทางอากาศ	ที่มีการก่อสร้าง ขยายหรือเพิ่มทางวิ่งของอากาศยาน ตั้งแต่ 3,000 เมตร ขึ้นไป
9	ท่าเทียบเรือ	1) ที่มีความยาวหน้าท่า (berth length) ตั้งแต่ 300 เมตร ขึ้นไป หรือมีพื้นที่ท่าเทียบเรือตั้งแต่ 10,000 ตารางเมตร ขึ้นไป ยกเว้นท่าเทียบเรือโดยสารหรือท่าเทียบเรือสินค้าเพื่อการอุปโภคและบริโภคหรือท่าเทียบเรือสำราญและกีฬา 2) ที่มีการขุดลอกร่องน้ำตั้งแต่ 100,000 ตารางเมตร ขึ้นไป ยกเว้นท่าเทียบเรือโดยสารหรือท่าเทียบเรือสินค้าเพื่อการอุปโภคและบริโภค หรือท่าเทียบเรือสำราญและกีฬา 3) ที่มีการขนถ่ายวัตถุอันตรายหรือกากของเสียอันตรายซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งกลุ่ม 1 มีปริมาณรวมกันตั้งแต่ 25,000 ตัน/เดือน ขึ้นไป หรือมีปริมาณรวมกันทั้งปีตั้งแต่ 250,000 ตัน/ปี ขึ้นไป
10	เขื่อนเก็บกักน้ำ หรืออ่างเก็บน้ำ	1) ที่มีปริมาตรเก็บกักน้ำ ตั้งแต่ 100 ล้านลูกบาศก์เมตร ขึ้นไป หรือ 2) ที่มีพื้นที่เก็บกักน้ำตั้งแต่ 15 ตารางกิโลเมตร ขึ้นไป
11	โรงไฟฟ้าพลังความร้อน ดังต่อไปนี้	
	11.1 โรงไฟฟ้าที่ใช้ถ่านหินเป็นเชื้อเพลิง	ขนาดกำลังผลิตกระแสไฟฟ้ารวม ตั้งแต่ 100 เมกกะวัตต์ ขึ้นไป
	11.2 โรงไฟฟ้าที่ใช้เชื้อเพลิงชีวมวล	ขนาดกำลังผลิตกระแสไฟฟ้ารวม ตั้งแต่ 150 เมกกะวัตต์ ขึ้นไป
	11.3 โรงไฟฟ้าที่ใช้ก๊าซธรรมชาติเป็นเชื้อเพลิง ซึ่งเป็นระบบพลังความร้อนร่วมชนิด combined cycle หรือ cogeneration	ขนาดกำลังผลิตกระแสไฟฟ้ารวม ตั้งแต่ 3,000 เมกะวัตต์ ขึ้นไป
	11.4 โรงไฟฟ้านิวเคลียร์	ทุกขนาด

ที่มา: ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127 ตอนพิเศษ 104 ง 31 สิงหาคม 2553

การที่คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติปรับลดโครงการ 18 ประเภท ที่คณะกรรมการสี่ฝ่ายเสนอ เหลือเพียง 11 ประเภทนั้น ก่อให้เกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์กันในวงกว้าง โดยเฉพาะข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการให้นิยามและเหตุผลว่า แค่ไหนเพียงใดเรียกว่า “มีผลกระทบรุนแรง”

มีความแตกต่างที่ค่อนข้างชัดเจนในการให้นิยามว่าอะไรคือ “โครงการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงฯ” สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) ดูเหมือนจะเน้นเรื่องสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเป็นประเด็นหลัก ขณะที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ให้ความสำคัญแก่ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพและสิ่งคุกคามสุขภาวะทั้ง 4 ด้าน และให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับประชากรกลุ่มเปราะบาง คือ เด็ก หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการ

จนถึงวันนี้ ประเด็นโต้เถียงเกี่ยวกับเรื่องโครงการหรือ กิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงยังมีอยู่ แม้ว่าจะมีประกาศของทางการที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางอยู่แล้วก็ตาม การตีความว่าอะไรเป็นผลกระทบอย่างรุนแรงในด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติอาจจะไม่ยุ่งยากเท่าใดนัก เพราะเป็นสิ่งที่สามารถวัดเป็นเชิงปริมาณได้พอสมควร แต่การตีความว่าอะไรเป็นผลกระทบอย่างรุนแรงในด้านสุขภาพนั้นมีความซับซ้อนมากกว่า เนื่องจากสุขภาพมีหลายมิติ กระนั้นก็ตาม ถ้าการพัฒนาจะยึดเอาชีวิตคนเป็นตัวตั้ง ก็จะไม่เป็นเรื่องยากจนเกินไปที่จะกำหนดว่า อะไร และอย่างไร จัดว่าเป็นผลกระทบรุนแรงด้านสุขภาพ

อย่างไรเรียกว่ามีผลกระทบรุนแรง?: มุมมองที่แตกต่าง

มุมมองสิ่งแวดล้อม:

โครงการหรือกิจกรรมที่เข้าข่ายอาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงหมายถึง “โครงการหรือกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ หรือสุขภาพ จนไม่สามารถฟื้นฟูสภาพ หรือทดแทน หรือชดเชยได้อย่างเหมาะสม หรือต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูสภาพ”

(สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.))

มุมมองสุขภาพ:

ผลกระทบต่อชุมชนในมิติสุขภาพจะต้องพิจารณาจากปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ซึ่งต้องรวมปัจจัยทางสังคมเป็นส่วนสำคัญ นิยามคำว่า “รุนแรง” ให้พิจารณาจากสิ่งคุกคามสุขภาพ 3 กลุ่ม คือ ทางด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพ โดยใช้ความเสี่ยงเป็นเกณฑ์พิจารณา และต้องคำนึงถึงกลุ่มเปราะบาง คือ เด็ก หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ และผู้พิการ

ในมิติทางร่างกายและจิตใจ ผลกระทบอย่างรุนแรงหมายความว่า สิ่งคุกคามสุขภาพนั้นอาจทำให้เสียชีวิตหรือทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังซึ่งรักษาไม่หาย เช่น มะเร็ง ทารกคลอดก่อนกำหนด ซึ่งทำให้มีปัญหาสุขภาพในระยะยาว การเจ็บป่วยหรือพิการจากอุบัติภัยเคมี หรือป่วยเป็นโรคทางจิต ฯลฯ ซึ่งจะต้องพิสูจน์ได้ในทางวิทยาศาสตร์ นอกจากนี้ ในมิติสุขภาพทางจิตใจ ผลกระทบรุนแรงยังหมายความรวมถึง สิ่งคุกคามสุขภาพนั้นอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ชุมชนเคารพนับถือ ซึ่งเป็นจุดยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น ศาสนสถาน โบราณสถาน หลุมฝังศพบรรพบุรุษ สถานที่ศักดิ์สิทธิ์ที่คนในชุมชนบูชา

ในมิติด้านสุขภาพสังคม ผลกระทบรุนแรงหมายความว่า สิ่งคุกคามนั้นอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีของชุมชน เช่น การอพยพย้ายถิ่น การเข้ามาของแรงงานต่างถิ่น การเปลี่ยนอาชีพ การเกิดอาชญากรรม

การพิจารณาว่า โครงการหรือกิจกรรมใดเข้าข่ายอาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงจะต้องพิจารณามิติต่อไปนี้ (1) ประเภท กำลังการผลิต และขนาดโครงการ (2) สถานะด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน (3) ศักยภาพของพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ และ (4) ขีดความสามารถในการบริหารจัดการพื้นที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ที่มา: ปรับปรุงจากเอกสาร “การกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลต่อสุขภาวะของชุมชนอย่างรุนแรง” ของ คณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของชุมชนอย่างรุนแรง (ตุลาคม 2553)

มีอีไอเอแล้ว ทำไมต้องมีเอชไอเอ?

คำถามที่หลายคนอาจยังไม่มีคำตอบชัดเจน คือ ในเมื่อเรามีอีไอเอซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมเพื่อคัดกรองนโยบายสาธารณะ รวมทั้งโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาก่อนที่จะมีการอนุมัติอนุญาตมาตั้งกว่า 20 ปีแล้ว และบัดนี้อีไอเอ (ในส่วนที่ใช้สำหรับนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบรุนแรง ตามมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2550) ก็ได้พนวกเอาเอชไอเอเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินผลกระทบอยู่แล้ว เท่านี้ยังไม่พอหรือ ทำไมจึงต้องมีเอชไอเออีก?

คำตอบ คือ สำหรับสถานการณ์อย่างในประเทศไทย เอชไอเอเป็นเครื่องมือที่จำเป็น ด้วยเหตุผลและคำอธิบายที่จะกล่าวต่อไปนี้

อีไอเอ กับ เอชไอเอ : ตะแกรงร่อนคนละเบอร์

ถ้าเปรียบอีไอเอและเอชไอเอ เป็นเหมือนตะแกรงสำหรับร่อนหรือคัดกรองโครงการและกิจกรรมการพัฒนา อีไอเอก็อาจเปรียบได้กับตะแกรงที่ตาห่างกว่า และออกแบบมาเพื่อคัดกรองโครงการและกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบตามที่กฎหมายกำหนดเป็นหลัก แต่เอชไอเอเปรียบเหมือนตะแกรงร่อนที่ตาถี่กว่า ออกแบบมาเพื่อใช้คัดกรองโครงการหรือกิจกรรมได้เกือบทุกประเภทและทุกขนาด ดังนั้นโครงการหรือกิจกรรมที่ “ลอดตะแกรงร่อน” ยี่ห้ออีไอเอไป เราสามารถจะเอามากรองด้วยเอชไอเอได้ ทั้งนี้โดยอาศัยเงื่อนไขหรือช่องทางที่จะนำไปสู่การทำเอชไอเอ ซึ่งมีอยู่ถึง 4 ช่องทาง (ดังจะกล่าวถึงข้างหน้า)

มีอีไอเออย่างเดียวพอหรือเปล่า ทำไมต้องมีเอชไอเออีก



เรื่องพอหรือไม่พอนั้นมันขึ้นอยู่กับความมีประสิทธิภาพของภาครัฐและคนทำอีไอเอด้วย ประเทศญี่ปุ่นทำอีไอเออย่างเดียว มีเรื่องสุขภาพ แฝงๆ เล็กๆ เหมือนในอดีตเราเลย แต่เขาได้ผล เพราะว่าเขาทำเข้มข้น และหน่วยงานภาครัฐของเขาก็เข้มแข็ง ของเราหน่วยงานภาครัฐอาจจะมีเยอะไปหน่อย มีกรมควบคุมมลพิษ (คพ.) และสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติ (สผ.) แล้วก็ยังมีกรมโรงงานอุตสาหกรรม และอะไรต่ออะไรอีก ด้วยความที่แต่ละคนมีกรอบการทำงานของตัวเอง ต่างคนก็เลยต่างทำหน้าที่ของตัวเองไป แต่อย่างญี่ปุ่น หรือ USEPA (หน่วยงานคุ้มครองสิ่งแวดล้อมของอเมริกา) เพียงหน่วยเดียวเขาคุมทั้งหมด มันก็เลยทำให้เห็นภาพใหญ่ชัดเจน

ประเทศไทยถ้ายังแบ่งแยกเป็นหลายหน่วยงานและด้วยการจัดโครงสร้างแบบนี้ การที่มีทั้งอีไอเอและเอชไอเอคิดว่าเป็นเรื่องที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการบูรณาการ แต่ถ้าเราจัดโครงสร้างแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาด one stop service เหมือนญี่ปุ่น หรืออเมริกา มีอีไอเออย่างเดียวก็ได้นะ แต่ก็อย่าลืมว่า อเมริกาและญี่ปุ่นเขาจะเข้มเรื่องสิ่งแวดล้อม มีนักวิชาการที่เก่ง ขนาดเดินไปเห็นบ่อน้ำเสียก็รู้แล้วว่าทำถูกหรือไม่ถูก แต่ประเทศไทยเรายังไม่มีคนเก่งขนาดนั้น ดังนั้น ถ้าจะให้เหมาะกับประเทศเรา ผมว่าโมเดลนี้เป็นโมเดลที่เหมาะแล้ว

เสขศิริ ปิยะเวช
ผู้จัดการฝ่ายคุณภาพ ความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อม บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์ และการกลั่น จำกัด

ที่มา : จากคำให้สัมภาษณ์ 2 พฤศจิกายน 2553

เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินโครงการหรือกิจกรรมที่เข้าข่ายตามที่กฎหมายกำหนดเป็นหลัก อีไอเอมีสถานะเป็นเครื่องมือคัดกรองภาคบังคับ และจะทำการประเมินเฉพาะโครงการหรือกิจกรรมที่กฎหมายกำหนดไว้เท่านั้น โครงการหรือกิจกรรมเหล่านั้นจะต้องผ่านการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมก่อนจึงจะได้รับอนุมัติอนุญาตให้ดำเนินการได้ นั่นหมายความว่าโครงการที่ไม่อยู่ในข่ายที่กฎหมายกำหนดก็จะ “ลอดตะแกรงร่อน” ของอีไอเอไปหมด

ดังนั้น จึงไม่แปลกที่เราจะได้พบเห็นโรงแรม สถานที่พักตากอากาศ และอาคารที่พักอาศัยจำนวนมากมีขนาดไม่เกิน 79 ห้อง ทั้งนี้ก็เพราะถ้ามีจำนวนห้องไม่ถึง 80 ห้อง ไม่ต้องทำอีไอเอก่อนดำเนินการ ตั้งแต่ 80 ห้องขึ้นไป ต้องทำอีไอเอก่อน (ตามประกาศของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม วันที่ 26 มิถุนายน 2552) ผลที่ตามมาคือ โรงแรม สถานที่พักตากอากาศ และอาคารที่พักอาศัย ที่มีขนาดตั้งแต่ 79 ห้องลงไป จะลอดตะแกรงร่อนของอีไอเอไปได้หมด แต่นั่นก็ไม่ได้หมายความว่าโรงแรมและอาคารที่พักอาศัยเหล่านั้นจะไม่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของชุมชนเลย ผลกระทบอาจเกิดขึ้นได้ แม้จะไม่รุนแรงเฉียบพลัน แต่ถ้าสะสมกันต่อเนื่องอาจจะมีผลต่อปัจจัยที่กำหนดสุขภาพของคนและชุมชนได้ ในแง่นี้อีไอเออย่างเดียวจึงไม่พอที่จะปกป้องสุขภาพของประชาชนและชุมชน เพราะจำกัดอยู่เฉพาะกับโครงการหรือกิจกรรมที่มีขนาดตามที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น

ส่วนเอชไอเอเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากฐานความคิดที่ยึดเอาสุขภาวะของคนและชุมชนเป็นที่ตั้ง จึงออกแบบมาเพื่อให้ใช้คัดกรองโครงการหรือกิจกรรมได้ทุกประเภท คือจะใช้สำหรับ “การคัดกรองภาคบังคับ” เพื่อการอนุมัติอนุญาตโครงการหรือกิจกรรมตามที่กฎหมายกำหนด เหมือนในกรณีของอีไอเอก็ได้ (นับแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้เป็นต้นมา นโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบอย่างรุนแรง จะต้องทำทั้งอีไอเอและเอชไอเอ) หรือจะใช้เอชไอเอเพื่อกลั่นกรองว่า นโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาทั่วไป ที่รัฐหรือองค์กรปกครองท้องถิ่นพัฒนาขึ้นตามปกตินั้น จะมีผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนและชุมชนอย่างไรหรือไม่ ก็ได้ทั้งนี้ โดยไม่ต้องคำนึงว่าโครงการหรือกิจกรรมเหล่านั้นจะเป็นประเภทใด มีขนาดเท่าใด และไม่ว่าจะเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบรุนแรงหรือไม่ก็ตาม

ด้วยคุณสมบัติเช่นที่กล่าวมานี้ เอชไอเอจึงเป็นเครื่องมืออเนกประสงค์และเปิดกว้าง เจตนารมณ์ที่แท้จริงของเอชไอเอไม่ใช่เรื่องการอนุมัติอนุญาตเป็นหลัก แม้ว่าจะใช้เพื่อการอนุมัติอนุญาตสำหรับโครงการหรือกิจกรรมบางประเภทได้อยู่ก็ตาม การประเมินแบบเอชไอเอเป็นการกำหนดทางเลือกให้กับนโยบายสาธารณะ โครงการและกิจกรรมการพัฒนา และให้โครงการเหล่านั้นใส่ใจในสุขภาวะของประชาชนและชุมชนเป็นสำคัญ เงื่อนไขหรือช่องทางที่นำไปสู่การทำเอชไอเอจึงเปิดกว้าง กล่าวคือมีช่องทางที่จะทำได้ถึง 4 ช่องทาง ได้แก่

(1) ทำเพื่อการอนุมัติอนุญาต ตามที่กำหนดในมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 โดยบูรณาการเข้ากับอีไอเอ (หรือมักเรียกสั้นๆ ว่า เอชไอเอในอีไอเอ – H/EIA)

(2) ถ้าหน่วยงานเจ้าของนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาเห็นว่านโยบาย โครงการหรือกิจกรรมที่ตนรับผิดชอบสมควรจะทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพก่อน เพื่อความรอบคอบ ก็สามารถทำเอชไอเอได้เลย โดยสมัครใจและไม่ต้องอาศัยอำนาจตามกฎหมาย

(3) หากประชาชนหรือชุมชนมีความห่วงกังวลว่าโครงการหรือกิจกรรมที่ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการไปแล้วจะมี (หรือได้มี) ผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของตนหรือของชุมชน ก็สามารถใช้สิทธิตามมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ร้องขอต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ให้มีการทำเอชไอเอได้

(4) ถ้าประชาชนในท้องถิ่นหรือในชุมชนจะรวมตัวกันริเริ่มทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อเป็นการเรียนรู้ปัญหา หรือกำหนดทางเลือกและแนวทางการปฏิบัติสำหรับนโยบาย โครงการหรือกิจกรรม อันจะนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดีในท้องถิ่นหรือชุมชนของตน ก็สามารถทำได้โดยไม่มีข้อจำกัด และโดยไม่ต้องคำนึงถึงประเภทและขนาดของโครงการ อีกทั้งไม่ต้องอิงอาศัยอำนาจทางกฎหมายแต่ประการใด

ช่องว่างที่ต้องเติมเต็ม

อีไอเอให้น้ำหนักในการประเมิน *ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร* เป็นหลัก ทำให้ไม่สามารถครอบคลุมปัจจัยสำคัญ ๆ อีกหลายด้านที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของประชาชนและชุมชนได้อย่างดีพอ

กรอบการวิเคราะห์ของอีไอเอครอบคลุมเนื้อหาทางทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม 4 ส่วน คือ (1) ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (2) ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (3) คุณค่าการใช้ประโยชน์ของมนุษย์ และ (4) คุณค่าต่อคุณภาพชีวิต แม้ในแต่ละส่วนจะมีรายละเอียดมากพอสมควร แต่กรอบการวิเคราะห์นี้ยังมีข้อจำกัด เพราะไม่ได้ให้น้ำหนักอย่างเพียงพอแก่ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งประเด็นด้านวิถีชีวิตชุมชน ซึ่งมีส่วนสำคัญในการกำหนดสุขภาวะของประชาชน อีกทั้งวิธีและกระบวนการประเมินของอีไอเอก็มีลักษณะแยกส่วน ไม่ได้บูรณาการให้เห็นผลกระทบในภาพรวมต่อชุมชนและวิถีชีวิตเท่าที่ควร ดังนั้น อีไอเออย่างเดียวจึงไม่เพียงพอที่จะพิทักษ์คุ้มครองสุขภาวะของประชาชนและชุมชน เฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการพัฒนาตามวิถีทุนนิยม ที่มุ่งกำไรและความเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นเรื่องสำคัญ อย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

เอชไอเอ ต่างจาก อีไอเอ อย่างไร



สมพร เพ็งค่ำ
ศูนย์ประสานงานพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

จุดต่างที่สำคัญอยู่ที่ว่า อีไอเอ เป็นการประเมินภาคบังคับตามกฎหมาย เวลาที่รัฐจะอนุญาตโครงการพัฒนาใดๆ ก็แล้วแต่ ซึ่งอยู่ในข่ายที่ต้องทำอีไอเอ เจ้าของโครงการจะต้องทำรายงานผลกระทบสิ่งแวดล้อม หรืออีไอเอก่อน ส่วนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพหรือเอชไอเอนั้น แม้ว่าส่วนหนึ่งจะทำเพื่อประกอบการอนุมัติอนุญาตสำหรับนโยบายหรือโครงการที่อาจมีผลกระทบอย่างรุนแรง ตามที่กำหนดในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 67 วรรคสอง แต่ก็ยังมีอีกส่วนหนึ่งซึ่งเป็นส่วนสำคัญ คือ เอชไอเอเป็นกระบวนการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่ทางเลือกและการตัดสินใจ ที่ทำให้เกิดนโยบายสาธารณะหรือโครงการพัฒนาที่จะเป็นผลดีต่อสุขภาพให้มากที่สุด เจตนารมณ์ที่แท้จริงของเอชไอเอในส่วนนี้ไม่ต้องการที่จะให้มีการกำหนดว่า โครงการใดบ้างจะต้องทำหรือไม่ทำเอชไอเอ เพื่อที่จะเอารายงานที่ได้ไปประกอบการอนุมัติอนุญาต แต่ต้องการให้เป็นกระบวนการที่คนในสังคมเรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาวะของทุกฝ่าย

ข้อแตกต่างอีกประการหนึ่งระหว่างอีไอเอ กับเอชไอเอ เป็นเรื่องของระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมิน ในตอนแรกก่อนที่จะมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 67 วรรคสอง การทำอีไอเอไม่ได้เน้นการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ เจ้าของนโยบายหรือโครงการเพียงแต่หาผู้เชี่ยวชาญมาดำเนินการตามแนวทางที่ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติ (สผ.) กำหนดแล้วเสนอรายงานให้หน่วยงานอนุมัติอนุญาตพิจารณา แต่เมื่อมีมาตรา 67 วรรคสอง ซึ่งกำหนดให้ต้องทำทั้งอีไอเอและเอชไอเอสำหรับนโยบายหรือโครงการที่อาจมีผลกระทบอย่างรุนแรง กระบวนการประเมินอีไอเอและเอชไอเอในกรณีนี้จะต้องดำเนินการ โดยที่ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มต้นกำหนดประเด็นการประเมิน ไปจนกระทั่งการให้การยอมรับรายงานการประเมินก่อนที่จะส่งรายงานให้หน่วยงานอนุมัติอนุญาตต่อไป เอชไอเอทุกรูปแบบเน้นการมีส่วนร่วมเป็นหลักสำคัญในกระบวนการประเมิน ไม่ว่าจะเป็นเอชไอเอเพื่อการอนุมัติอนุญาต หรือเอชไอเอที่เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาวะก็ตาม

ดังนั้น เมื่อพูดถึงเอชไอเอ เราจึงควรแยกกันระหว่างเอชไอเอที่ทำเพื่อการอนุมัติอนุญาตสำหรับนโยบายหรือโครงการที่อาจมีผลกระทบอย่างรุนแรง ซึ่งต้องทำควบคู่ไปกับอีไอเอ ตามมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 กับเอชไอเอที่กำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ซึ่งไม่ได้มุ่งเพื่อการอนุมัติอนุญาตเป็นหลัก หากแต่มุ่งให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการปกป้องชีวิตและสุขภาพของประชาชนเป็นสำคัญ

ที่มา : สรุปความจากคำให้สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน 2553

ช่องว่างที่มีอยู่นี้สามารถจะเติมเต็มได้ด้วยการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (เอชไอเอ) ซึ่งให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทุกด้านที่อาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาวะของประชาชนและชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ศาสนา วัฒนธรรม หรือทรัพยากรทางสาธารณสุขก็ตาม

ด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพสำคัญทุกด้าน เอชไอเอจึงเป็นเครื่องมือประเมินที่มีความเป็นองค์รวม เหมาะสำหรับใช้ประเมินโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นประเภทที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนและชุมชนอย่างรุนแรงหรือไม่ก็ตาม และเพราะคุณสมบัติเช่นนี้ เอชไอเอจึงเป็นเครื่องมือที่สามารถเติมเต็มส่วนที่ขาดไปในอีไอเอได้เป็นอย่างดี

กระบวนการประเมินที่แตกต่าง

ดังได้กล่าวมา อีไอเอเป็นเครื่องมือคัดกรองเพื่ออนุมัติอนุญาต สำหรับเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมที่ไม่รับผิดชอบบางราย อีไอเออาจถูกมองว่าเป็นอุปสรรคกีดขวาง หรือแม้แต่ถ่วงกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและเป็นสิ่งที่ต้องเอาชนะหรือผ่านไปให้ได้โดยเร็ว ทัศนคติเช่นนี้ อาจทำให้ผู้ประกอบการบางรายมุ่งเน้นที่เรื่องการอนุมัติอนุญาตมากจนทำให้จุดมุ่งหมายและสาระที่แท้จริงของการประเมินถูกละเลย เมื่อเป็นเช่นนั้น จึงมีผู้สงสัยในประเด็นด้านธรรมาภิบาลและความน่าเชื่อถือของกระบวนการทำอีไอเอจำนวนมากในช่วงเวลาที่ผ่านมา ข้อนี้เป็นเรื่องที่เข้าใจได้ไม่ยาก

ประการแรก การประเมินผลกระทบเพื่อการอนุมัติอนุญาตซึ่งเป็นภาคบังคับนั้น เจ้าของโครงการกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐ หรือภาคธุรกิจเอกชน ย่อมมีเป้าหมายสำคัญคือการผลักดันให้โครงการของตนผ่านการอนุมัติอนุญาตไปได้โดยเร็ว หรืออย่างน้อยก็ผ่านได้ในเวลาที่กำหนด เพราะถ้าเสียเวลาหรือเกิดการชักช้าอาจหมายถึงค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนที่เพิ่มขึ้น หรืออาจเป็นการเสียโอกาสในทางธุรกิจได้ แต่กระบวนการประเมินเพื่อให้ผ่านการอนุมัติอนุญาตนั้นมีรายละเอียดของสิ่งที่ต้องทำอยู่มาก กลยุทธ์สำคัญจึงอยู่ที่การทำทุกวิถีทางเพื่อให้โครงการผ่านการอนุมัติอนุญาตให้ได้ แม้ว่าการทำเช่นนั้นอาจหมายถึงการใช้ “กำลังภายใน” หรือใช้ “กุศโลบาย” ต่างก็ตาม

ตัวละครสำคัญในเรื่องนี้จึงหนีไม่พ้นนักวิชาการผู้ที่ทำรายงานการประเมิน (บริษัทที่ปรึกษา) กับเจ้าของโครงการที่จะต้องทำการประเมิน โดยมีหน่วยงานที่ทำการอนุมัติอนุญาตเป็นตัวประกอบสำคัญ

กรอบเนื้อหาการวิเคราะห์อีไอเอ

ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ	คุณค่าการใช้ประโยชน์ของมนุษย์	คุณค่าต่อคุณภาพชีวิต
– ภูมิสัณฐาน – ดิน – ธรณีวิทยา – ทรัพยากร – น้ำผิวดิน / น้ำใต้ดิน – น้ำทะเล – อากาศ – เสียง	– สัตว์ – สิ่งมีชีวิตหายาก – ป่าไม้ – สัตว์ป่า – สัตว์น้ำ – ความหลากหลายทางชีวภาพ	– น้ำดื่ม น้ำใช้ – การขนส่ง – ไฟฟ้าและพลังงาน – การควบคุมน้ำท่วม – การระบายน้ำ – การเกษตรกรรม – การอุตสาหกรรม – เหมืองแร่ – สันทนาการ	– เศรษฐกิจ – สังคม – ประวัติศาสตร์ – สุนทรียภาพ – การสาธารณสุข – อาชีวอนามัย – วัฒนธรรม – ความสัมพันธ์ในชุมชน – คุณภาพประชากร

ที่มา : แนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ในรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม ของสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

แม้ว่าตามระเบียบ ผู้มีสิทธิจะทำรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม (อีไอเอ) จะต้องเป็นมืออาชีพ ที่ได้รับใบอนุญาตจากสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) เท่านั้น แต่นั่นก็ไม่ใช่หลักประกันเพียงพอที่จะทำให้ได้รายงานการวิเคราะห์ที่ตรงไปตรงมา ทั้งนี้เพราะอาจมี “ตัวแปรที่ควบคุมได้ยาก” บางตัวเข้ามาเกี่ยวข้องได้ โดยเฉพาะคือแรงขับที่จะให้ได้รับการอนุมัติอนุญาตในส่วนของเจ้าของโครงการ ซึ่งอาจประสานกันเข้าพอดีกับผลประโยชน์ที่หยิบยื่นให้แก่นักวิเคราะห์ที่ไม่ซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพบางราย ทั้งสองอย่างนี้ เมื่อบวกกับความไม่ทันเกมหรือไม่เข้มงวดเท่าที่ควร ของหน่วยงานอนุมัติอนุญาต ผลลัพธ์ที่ได้อาจจะเป็นรายงานการวิเคราะห์ที่สวยงาม หรืออย่างน้อยก็ทำให้โครงการสามารถผ่านการอนุมัติอนุญาตไปได้

สิ่งที่กล่าวข้างต้นไม่ใช่เรื่องจินตนาการ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดก็มีอยู่ เช่น กรณีโครงการก่อสร้างเพื่อขยายโรงงานถลุงเหล็กครบวงจร มูลค่า 5 แสนล้านบาท ของเครือสหวิริยา ที่อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงปี 2549 – 2550 โครงการดังกล่าวนี้เตรียมที่จะเข้าครอบครองพื้นที่ป่าพรุแม่รำพึง อันเป็นพื้นที่ชุ่มน้ำสาธารณะที่อุดมสมบูรณ์ เป็นแหล่งอาหารและทรัพยากรของชุมชนมานาน เมื่อรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม (อีไอเอ) ของโครงการนี้ปรากฏออกมา ประชาชนในพื้นที่ได้รวมตัวกันทักท้วงและประกาศต่อต้านทันที โดยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายหลายองค์กรรวมทั้งนักวิชาการจำนวนมาก รายงานการประเมินอีไอเอของโครงการนั้น (ซึ่งทำโดยบริษัทที่ปรึกษา 2 แห่ง โดยความร่วมมือของนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงของรัฐแห่งหนึ่ง) ไม่ได้ระบุว่าพื้นที่ดังกล่าวเป็นป่าพรุที่มีระบบนิเวศและทรัพยากรอุดมสมบูรณ์ แต่ระบุว่าเป็นพื้นที่รกร้าง ถึงกระนั้นรายงานก็ได้รับการยอมรับโดยหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแย้งกับผลการสำรวจขององค์กรวิชาชีพหลายองค์กรที่ระบุชัดว่าพื้นที่ตรงนั้นคือป่าพรุ เมื่อจนด้วยหลักฐานทางเจ้าของโครงการจึงถอนรายงานนั้นออกมาอย่างเงียบ ๆ แล้วจัดให้มีการทำรายงานอีไอเอขึ้นใหม่โดยบริษัทที่ปรึกษาเจ้าเดิม แต่รายงานใหม่ก็ยังคงไม่ได้พูดความจริง เพราะยังไม่ปรากฏคำว่า “ป่าพรุ” ในรายงานนั้น หากเลี่ยงบาลีไปใช้คำว่า “ป่าบึงน้ำจืด” แทน ทั้งหมดนี้นำไปสู่เสียงคัดค้าน และสร้างความขัดแย้งรุนแรงระหว่างเอกชนเจ้าของโครงการกับชุมชน และระหว่างคนในชุมชนด้วยกันเองอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน

เจตนารมณ์ที่แท้จริงในการสร้างเอชไอเอขึ้นมาก็เพื่อให้สังคมในทุกระดับนำเอากระบวนการเรียนรู้อันนี้ไปใช้ในวงกว้าง จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการพัฒนาโดยไม่ต้องอิงอยู่กับอำนาจทางกฎหมาย

ต้องยอมรับว่า ปัญหาธรรมาภิบาลและความไม่โปร่งใสในกระบวนการประเมินอีไอเอเช่นที่กล่าวมานั้นอาจเกิดกับเอชไอเอก็ได้ โดยเฉพาะเอชไอเอที่ทำเพื่อการอนุมัติอนุญาต เพราะถ้าน้ำหนักไปอยู่ที่เรื่องการอนุมัติอนุญาตมากกว่าอยู่ที่การได้โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่ใส่ใจในเรื่องสุขภาพของประชาชนและชุมชนอย่างแท้จริง และถ้าผู้ทำการประเมินไม่ยึดหลักวิชาชีพอย่างเคร่งครัด การทำเอชไอเอก็อาจเป็นเพียง “พิธีกรรม” หรือมีโอกาสเป็นเพียง “ตรายาง” เพื่อการอนุมัติหรืออนุญาตเท่านั้นก็ได้

แต่ในเรื่องนี้เอชไอเอมีภูมิคุ้มกัน คือมีกระบวนการทำที่เน้นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมมาก กระบวนการแบบนี้จะช่วยได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ เอชไอเอนอกบริบทของการอนุมัติอนุญาตมีโอกาสประสบปัญหาด้านนี้น้อยกว่า เพราะอย่างน้อยที่สุดการอนุมัติอนุญาตไม่ได้ถูกมองว่าเป็นผลขั้นสุดท้ายของการประเมิน แต่ทำการประเมินเพื่อนำไปสู่การมีนโยบายโครงการสาธารณะเพื่อสุขภาพมากกว่า

ประการที่สอง ที่ผ่านมากระบวนการประเมินอีไอเอค่อนข้างจะมีปัญหาในเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถึงแม้จะมีการกำหนดให้จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนในขั้นตอนกำหนดประเด็นการประเมิน (scoping) และในขั้นตอนการรับฟังความคิด

เห็นต่อรายงานการประเมิน (public review) แต่รูปแบบการดำเนินงานมักจะถูกวิจารณ์ว่าไม่ค่อยโปร่งใสและไม่เป็นธรรมาภิบาลเท่าที่ควร ไม่ว่าจะเป็นการเลือกบุคคลผู้เข้าร่วมรับฟังและแสดงความคิดเห็น สถานที่และเวลาในการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น หรือการให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ประชาชนและชุมชนก่อนจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นก็ตาม

เอชไอเอให้ความสำคัญอย่างมากแก่การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของการประเมิน ดังนั้น ในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจึงประกอบไปด้วยประชาชน นักวิชาการ หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชนที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคมในพื้นที่ ทั้งหมดมาร่วมกันกำหนดประเด็นการวิเคราะห์ทำความเข้าในปัญหา เสนอข้อมูล กำหนดทางเลือกและแนวทางปฏิบัติ รับฟังความคิดเห็นต่อร่างรายงานทบทวน ปรับปรุงร่างรายงาน และติดตามผลการปฏิบัติด้วยกัน จุดมุ่งหมายสำคัญไม่ได้อยู่ที่การอนุมัติอนุญาต (หรือไม่อนุมัติอนุญาต) แต่อยู่ที่การหาทางเลือกหรือแนวทางที่เหมาะสม เพื่อให้โครงการกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นนั้นเอื้อต่อสุขภาวะของประชาชนให้มากที่สุด และหลีกเลี่ยงผลกระทบในทางลบให้มากที่สุด

อาจกล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคือหัวใจของกระบวนการ เอชไอเอ ดังนั้น ในกระบวนการทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจึงเต็มไปด้วย “เวทีสาธารณะ” ที่มีผู้เข้าร่วมจากทุกภาคส่วน และเวทีสาธารณะนั้นก็มักจะสัญจรไปยังพื้นที่ต่าง ๆ เพื่อ

กรอบเนื้อหาวิเคราะห์เอชไอเอ

- การเปลี่ยนแปลงสภาพและการใช้ทรัพยากรธรรมชาติ ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรที่ดิน น้ำ การประมง ป่าไม้ แร่ธาตุ ความหลากหลายทางชีวภาพ ทรัพยากรธรรมชาติอื่นๆ และระบบนิเวศ
- การผลิต การขนส่งและการจัดเก็บวัตถุอันตราย
- การกำเนิดและการปล่อยของเสียที่คุกคามสุขภาพจากการก่อสร้าง กระบวนการผลิต หรือกระบวนการอื่นใด ไม่ว่าจะเป็นขยะ กากของเสีย กากของเสียอันตราย น้ำเสีย ขยะติดเชื้อ ความร้อน มลสารทางอากาศ ฝุ่น แสง เสียง กลิ่น การสั่นสะเทือน และกัมมันตภาพรังสี
- การสัมผัสมลพิษและสิ่งคุกคามสุขภาพทุกทาง ไม่ว่าจะเป็นเส้นทางการรับสัมผัสเข้าสู่ร่างกายโดยการหายใจ การรับประทาน หรือการสัมผัสทางผิวหนัง ก็ตาม
- การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่ออาชีพ การจ้างงาน และสภาพการทำงานในท้องถิ่น ทั้งทางบวกและทางลบ เช่น ความเสี่ยงและอุบัติเหตุจากการทำงาน การเปลี่ยนแปลงระบบนิเวศ ทรัพยากรและห่วงโซ่อุปทานของสินค้าและบริการที่เป็นฐานการดำรงชีวิตของประชาชนในพื้นที่
- การเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของประชาชนและชุมชน ทั้งความสัมพันธ์ในชุมชนและนอกชุมชน เฉพาะอย่างยิ่งการอพยพของแรงงาน การเพิ่ม/ลดพื้นที่สาธารณะ และความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ/กิจกรรม
- การเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ที่มีความสำคัญและมรดกทางศิลปวัฒนธรรม เช่น ศาสนสถาน สถานที่ที่คนสักการะบูชา หรือสถานที่ประกอบพิธีกรรมในท้องถิ่น พื้นที่ที่มีความสำคัญทางประวัติศาสตร์ และโบราณสถานสำคัญ
- ผลกระทบที่เฉพาะเจาะจงหรือมีความรุนแรงเป็นพิเศษต่อประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้พิการ ผู้สูงอายุ พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว ชนกลุ่มน้อย เป็นต้น
- ทรัพยากรและความพร้อมของภาคสาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งในแง่การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพของประชาชนที่อาจเกี่ยวข้องกับโครงการหรือกิจกรรม รวมถึงความพร้อมของข้อมูลสถานะสุขภาพในพื้นที่ก่อนการดำเนินโครงการ การจัดระบบฐานข้อมูลเพื่อติดตามผลกระทบ ขีดความสามารถการสำรวจโรค และการรับมืออุบัติภัยและภัยพิบัติที่อาจเกิดขึ้น

ที่มา : หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ จัดทำโดยศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2553

ให้มั่นใจว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มมีโอกาสได้เข้าร่วมแสดงความห่วงกังวลและความคิดเห็นของตน ทั้งนี้โดยยึดหลักการสำคัญ 7 ประการ คือ 1) หลักประชาธิปไตย 2) หลักความเป็นธรรม 3) หลักการใช้ข้อมูลหลักฐานอย่างเหมาะสม 4) หลักความเหมาะสมในทางปฏิบัติ 5) หลักความร่วมมืออย่างกว้างขวางและเท่าเทียม 6) หลักสุขภาวะองค์รวม และ 7) หลักความยั่งยืน

ความแตกต่างระหว่างอีไอเอกับเอชไอเอใน 3 ประเด็นหลักๆ ที่กล่าวมาข้างต้น คือเหตุผลและคำอธิบายว่า เอชไอเอเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้การพัฒนากับสุขภาพของประชาชนดำเนินไปด้วยกันได้อย่างยั่งยืน เฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่โครงการและกิจกรรมการพัฒนามุ่งสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นหลัก

สังคมที่การพัฒนากับความมั่นคงทางสุขภาพเติบโตไปด้วยกันอย่างยั่งยืนนั้น ในเนื้อแท้แล้วก็คือสังคมที่มีวุฒิภาวะ เป็นสังคมพัฒนาที่น่าอยู่สำหรับทุกคน

เป็นไปได้ไหมที่เอชไอเอจะเป็นเพียงเสือกระดาษหรือตรายาง

“เป็นไปได้ มันอาจจะเหมือนกับอีไอเอสมัยก่อนก็ได้ ขึ้นอยู่กับผู้ประกอบการ ที่เมื่อได้การอนุมัติอนุญาตมาแล้วจะทำตามมาตรการนั้นอย่างจริงจังหรือไม่ ”

เสขสิริ ปิยะเวช
บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์และการกลั่น จำกัด

“ดูจากวิธีและกระบวนการทำเอชไอเอแล้วคิดว่า อย่างไรเสียก็ไม่มีทางที่จะเป็นเสือกระดาษแบบอีไอเอสมัยก่อน ถ้าผมจ้างบริษัทที่ปรึกษา 10 ล้าน ให้ไปทำให้สำเร็จภายใน 3 เดือน และให้อนุมัติหรืออนุญาตให้ได้ บริษัทที่ปรึกษาอาจจะไม่ได้ทำอย่างเคร่งครัดแบบวิชาการ แต่ทำเพื่อให้ผ่าน จะไปทำอย่างไรก็ได้ แต่นี่ไม่ใช่อย่างนั้น เที่ยวนี้ต้องไปเกี่ยวข้องกับชาวบ้านเยอะ และต้องทำอย่างเปิดเผยต่อสาธารณะ เพราะฉะนั้นคิดว่ากระบวนการแบบนี้จะทำให้ไม่ใช่เสือกระดาษ แต่ก็ไม่ใช่ว่าจะสมบูรณ์ที่สุด ”

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

“คงยาก เพราะการทำเอชไอเอไม่ใช่มีเงื่อนไขเฉพาะเรื่องการอนุมัติอนุญาตเท่านั้น ยังมีเงื่อนไขอื่นอีกตั้ง 3 อย่าง คือประชาชนจะร้องขอให้ทำเอชไอเอก็ได้ หน่วยงานเจ้าของนโยบายหรือโครงการจะจัดการทำเอชไอเอเอง โดยไม่อาศัยอำนาจบังคับของกฎหมายก็ได้ หรือชุมชนจะทำเป็นการเรียนรู้เพื่อหาทางเลือกและการตัดสินใจสำหรับโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาในท้องถิ่นของตนก็ได้ ถ้าจำกัดอยู่เฉพาะในเงื่อนไขเรื่องการอนุมัติอนุญาตเพียงอย่างเดียว ก็มีโอกาสจะกลายเป็นตรายางได้ แต่กระบวนการทำเอชไอเอนั้นเป็นกระบวนการเรียนรู้ของสังคมที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายต้องมีส่วนร่วม ดังนั้น ก็คงยากที่จะกลายเป็นเพียงตรายาง ”

นพ.วิพุธ พูลเจริญ
สถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย

“เป็นไปได้ ถ้าคนในสังคมหรือว่าชุมชนท้องถิ่นไม่ได้สนใจที่จะใช้ประโยชน์จากมัน แต่ปล่อยให้เป็นไปตามอีไอเอแบบเดิม ก็คือทำเพื่อการอนุมัติอนุญาต ถ้าอย่างนั้นเราก็จะมีอาชีพหนึ่งเกิดขึ้นคืออาชีพรับทำการประเมินเอชไอเอเพื่อให้ผ่าน พอผ่านแล้วก็จบอยู่แค่นั้น ถ้ากระบวนการชุมชนไม่ได้สนใจ ไม่เห็นความสำคัญ ปล่อยให้เป็นเรื่องของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเดียว ไม่ได้คิดว่าเอชไอเอเป็นเรื่องของเราทุกคนที่จะช่วยกัน เมื่อไหร่ที่คุณคิดแบบนั้น แล้วก็ฝากความหวังไปที่หน่วยงานใด หน่วยงานหนึ่ง ก็จะตกหลุมดำแบบอีไอเอ ฉะนั้นสิ่งสำคัญก็คือว่า เราจะทำอย่างไรให้เอชไอเอเป็นเรื่องของเราทุกคน ”

สมพร เพ็งค่ำ
ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

คือกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม

เอชไอเอในฐานะเป็นกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมมีความสำคัญอย่างมาก เพราะสุขภาพหรือสุขภาวะในความหมายที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจำนวนไม่น้อยมาจากนโยบายสาธารณะ หรือโครงการ หรือ กิจกรรมการพัฒนาที่ไม่รอบคอบ สำหรับโครงการ หรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบอย่างรุนแรงนั้น สามารถอาศัยกฎหมายมากำกับดูแลได้ในระดับหนึ่งอยู่แล้ว แต่ยังมีโครงการ หรือ กิจกรรมอีกจำนวนมากที่ไม่ใช่ประเภทที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทว่าเมื่อดำเนินไปภายใต้อุดมการณ์ทุนนิยมที่มุ่งกำไรเป็นหลัก ในบริบทที่การติดตามดูแลจากภาครัฐยังไม่เพียงพอ ผลกระทบสะสมที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ กลายเป็นภัยคุกคามต่อวิถีชีวิตและสุขภาวะของประชาชนและชุมชนได้ ในกรณีเช่นนั้นจะอาศัยมือของกฎหมายอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอและไม่ทันกาล ประชาชนต้องเรียนรู้ที่จะปกป้องคุ้มครองสุขภาพของตัวเองด้วย

เอชไอเอในฐานะเป็นกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม เป็นเครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกันเรียนรู้ กำหนดประเด็นปัญหาและเสนอทางเลือก โดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่รอบคอบในโครงการหรือกิจกรรมเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อันจะช่วยลดผลกระทบในทางลบ และเพิ่มผลกระทบทางบวกของโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ

เอชไอเอรูปแบบนี้ สามารถนำไปใช้ได้ดีในทุกระดับตั้งแต่ระดับชาติ ไปจนถึงระดับท้องถิ่น หรือแม้แต่ในระดับชุมชน แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเป็นกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของทุกฝ่ายในสังคม เอชไอเอรูปแบบนี้สามารถจะดำเนินการได้สะดวกกว่าในระดับท้องถิ่น ซึ่งเจ้าภาพหลักอาจได้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การบริหารส่วนตำบล หรือชุมชน แล้วแต่กรณี เอชไอเอเหมาะสมมากในระดับนี้ เพราะนอกจากจะสอดคล้องกับหลักการให้ท้องถิ่นและชุมชนดูแลและจัดการเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพด้วยตนเองให้มากที่สุดแล้ว ยังสอดคล้องกับนโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นด้วย

เนื่องจากไม่ต้องเกี่ยวข้องกับเรื่องการอนุมัติอนุญาตตามกฎหมาย การขับเคลื่อนให้มีการทำเอชไอเอรูปแบบนี้ต้องเริ่มด้วยความตระหนักในปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น จากนโยบายหรือโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่มีการเสนอขึ้นมาในท้องถิ่นหรือในชุมชน หรือความห่วงกังวลในปัญหาที่ประชาชนกำลังประสบอยู่จริงๆ เรื่องใดเรื่องหนึ่งก็ได้

ในกรณีของท้องถิ่นนั้น สิ่งที่เป็นไปได้มากที่สุดคือการผนวกเอาเรื่องการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการกำหนดนโยบาย โครงการและกิจกรรมการพัฒนาทุกชนิดที่จะสร้างขึ้น กล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ทุกครั้งที่จะกำหนดนโยบายอะไรก็ตาม ไม่ว่าเล็กหรือใหญ่ (เช่น ตัดถนนใหม่ วางผังเมือง สร้างสวนสาธารณะ อ่างเก็บน้ำ ที่ทิ้งขยะ ฯลฯ) ผู้บริหารท้องถิ่นจะต้องคิดถึงการทำเอชไอเอ คือให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มได้มีส่วนร่วม กำหนดประเด็นปัญหาร่วมกัน เรียนรู้ด้วยกันบนพื้นฐานของข้อมูลหลักฐานที่ตรงไปตรงมา กำหนดทางเลือก และเสนอแนะแนวทางเพื่อการตัดสินใจที่รอบคอบด้วยกัน การทำเช่นนี้ ไม่เพียงแต่จะช่วยป้องกันผลกระทบทางลบที่อาจเกิดตามมาจากนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมเหล่านั้น เท่านั้น แต่ยังจะช่วยป้องกันความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมเหล่านั้นด้วย

ในกรณีของชุมชน การทำเอชไอเออาจเริ่มจากความตระหนักและห่วงกังวลต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือวิถีชีวิตของคนในชุมชน เช่น ปัญหาสารพิษในการทำเกษตรกรรม สิ่งรบกวนการดำเนินชีวิต

ประจำวัน (ฝุ่น เสียง ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางถนน ฯลฯ) การทำลายสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร หรือความขัดแย้ง อันเกิดจากการมีโรงงานในชุมชน

ชุมชนที่ได้รับผลกระทบอาจรวมตัวกันเริ่มกระบวนการเอชไอเอ เพื่อหาทางออกที่ดีที่สุด โดยจัดกระบวนการเอชไอเอที่มีหลายฝ่ายเข้ามาร่วมด้วย เช่น นักวิชาการ หน่วยงานของรัฐ องค์กรเอกชน เจ้าของกิจการที่เป็นต้นเหตุของปัญหา และประชาชนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในปัญหานั้น เข้ามีส่วนร่วมในกระบวนการ มีการศึกษาวิเคราะห์ปัญหา กำหนดทางเลือก เสนอแนวทางแก้ไข และติดตามผลการตัดสินใจร่วมกัน จุดมุ่งหมายเพื่อบรรลุถึงการตัดสินใจที่จะลดผลกระทบทางลบให้หมดไปหรือมีน้อยที่สุด โดยไม่มีกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเป็นฝ่ายได้ประโยชน์หรือเสียประโยชน์อย่างเดียว

ทั้งนี้ การทำเอชไอเอในระดับท้องถิ่นและระดับชุมชนควรแจ้งให้ สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในฐานะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงทราบ ทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ เพื่อที่จะได้ให้การสนับสนุนและประสานงานตามสมควร

ที่ผ่านมา มีการทำเอชไอเอในฐานะเป็นการเรียนรู้ในหลายพื้นที่ และมีเรื่องหลากหลายที่นำมาเป็นประเด็นความจริง แนวคิดและการเริ่มทดลองทำเอชไอเอเพื่อการเรียนรู้นั้นมีมาพร้อมๆ กับพัฒนาการของเอชไอเอในประเทศไทยเลยทีเดียว เพราะการทดลองทำเอชไอเอในลักษณะเช่นนี้เริ่มทำกันมาตั้งแต่ก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และก่อนรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ซึ่งเป็นกฎหมายที่บัญญัติเรื่องการประเมินผลกระทบทางสุขภาพเสียอีก

เอชไอเอจะช่วยให้ประชาชนและชุมชน มีสุขภาวะทั้ง 4 ด้านได้อย่างไร



นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
เลขาธิการ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

อยากจะขอให้ดูกรณีชุมชนที่อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย เป็นตัวอย่าง ที่นั่นมีเหมืองทองคำเข้าไปตั้งอยู่ วันดีคืนดี ชาวบ้านเข้าไปตรวจเลือดแล้วพบว่ามีสารไซนาไนด์ซึ่งเป็นสารพิษอันตรายอยู่ในเลือด ถามว่ามาจากไหน ก็ต้องมาจากเหมืองทองคำแน่นอน เพราะในเหมืองเขาใช้สารนี้ ดังนั้น สุขภาพกายมีปัญหาแน่ สุขภาพจิตก็มีปัญหาแน่นอน ในทางสังคมชุมชนเขาแตกแยก ถึงขนาดไม่ทำบุญด้วยกันเหมือนแต่ก่อน เพราะว่าพวกหนึ่งได้ประโยชน์กับโรงงาน อีกพวกหนึ่งเสียประโยชน์ น้ำก็ต้องซื้อกิน สิ่งแวดล้อมก็เปลี่ยนไป ผักตามป่าที่เคยเก็บกินได้ ก็เก็บกินไม่ได้ ชุมชนแตกเป็นสองพวก สุขภาพทางสังคมจึงมีปัญหา สุขภาพทางจิตวิญญาณก็มีปัญหา เพราะร่วมทำบุญด้วยกันไม่ได้

ในมุมกลับ ถ้ามีกระบวนการเอชไอเอเสียตั้งแต่ก่อนทำเหมือง คุยกัน หาทางออกด้วยกันว่าเหมืองที่จะมาอยู่นั้นจะเกิดพิษภัยอะไรบ้าง แล้วเราจะอยู่ด้วยกันอย่างไร วัฒนธรรมประเพณีจะอยู่อย่างไร เศรษฐกิจชุมชนจะเป็นอย่างไร แต่ที่ผ่านมาอนุมัติตูมจากข้างบนลงไปเลย แต่ถ้าหากใช้เอชไอเอเป็นเครื่องมือ คนจะได้คุยกันว่าในที่สุดจะทำเหมืองไหม ถ้าเกิดว่าไปเจอว่าถ้าทำเหมืองแล้วชุมชนจะเจอปัญหาอะไร และต้องป้องกันอะไรบ้าง แต่นี่ชาวบ้านเขาไม่รู้ ทุกวันนี้หน่วยงานของรัฐมีรายการที่โรงงานต้องทำอยู่ในมือ ตีเสียว่า 10 รายการ ดูแล้วคุณยังไม่ได้ทำตั้ง 8 รายการ ก็ไม่เป็นไร พาไปเลี้ยงให้ดีหน่อยเดี๋ยวก็ได้ ชาวบ้านก็ไม่รู้เรื่อง แต่ถ้าหากทำอย่างโปร่งใสตั้งแต่แรก ชาวบ้านก็รู้ว่าอะไรบ้างที่ยังไม่ได้ทำ ถ้าใช้เครื่องมือเอชไอเออย่างสร้างสรรค์ตั้งแต่แรก ชาวบ้านเขาก็จะรู้ได้ว่าสิ่งเหล่านี้ต้องทำอย่างนี้ คุณทำไหม ถ้าไม่ทำ ทำไมไม่ทำ คือให้ชาวบ้านรู้ว่าอะไรควรทำ และไม่ควรทำ สุขภาวะก็เกิดได้ทุกด้าน แทนที่จะไม่ไว้วางใจกัน คอยขัดแย้งกัน ฝ่ายหนึ่งได้ ฝ่ายหนึ่งเสีย

ผมเรียนนิดหนึ่งว่าคนส่วนหนึ่งที่ไม่เข้าใจ เพราะว่าเขาคิดการประเมินจะบอกว่าคนจะเป็นมะเร็งไหม จะมีโรคปอดเกิดขึ้นมากน้อยแค่ไหน คือไปมองสุขภาพในมิติกายแค่นั้น จะติดอยู่แบบนั้น แม้แต่ล่าสุดเรื่องโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบอย่างรุนแรงตามที่กำหนดในมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญ 2550 นั้น เขาก็มองมิติเรื่องสารที่ก่อมะเร็ง แต่ไม่ได้มองสุขภาพทั้งหมด แต่ว่าเครื่องมือเอชไอเอพยายามที่จะมองสุขภาพที่กว้าง คือรวมทั้งกาย จิต สังคม และปัญญา

ที่มา : จากคำให้สัมภาษณ์ 11 พฤศจิกายน 2553

ตัวอย่างการทำเอชไอเอในแนวทางที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ เช่น ในกรณีชุมชนในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดและบริเวณใกล้เคียง จังหวัดระยอง ซึ่งประชาชนและชุมชนได้รับผลกระทบอย่างมากจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักหลายประเภท ประเด็นที่ยกมาเป็นมูลเหตุให้ทำการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ คือ เรื่องสิ่งแวดล้อม

ในกรณีชุมชนบ้านบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี การทำเอชไอเอมีที่มาจากประเด็นเกี่ยวกับการใช้สารเคมีในกิจกรรมการเกษตร ซึ่งประชาชนที่นั่นตระหนักถึงปัญหาการใช้สารเคมีในการทำนาจนถึงขีดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ส่วนกรณีชุมชนบ้านถวาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ สิ่งที่ชาวบ้านห่วงกังวลและเป็นประเด็นที่นำไปสู่การทำเอชไอเอ คือ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากกระบวนการผลิตสินค้าหัตถกรรมพื้นบ้าน (แกะสลักไม้) ที่ทำให้คนในหมู่บ้านสัมผัสทั้งฝุ่นและสารระเหยจากสีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

กรณีชุมชนหลายแห่งในอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ที่มาของการทำเอชไอเอคือ เรื่องผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาพและวิถีชีวิตผู้คน อันเนื่องมาจากเหมืองทองคำที่เข้ามาดำเนินการอยู่ในพื้นที่ชุมชน ประชาชนที่นั่นประสบปัญหาอย่างหนักจากทั้งเสียง ฝุ่น และกลิ่น ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ที่รุนแรงมากคือมีการปนเปื้อนของสารพิษไซยาไนด์ในสิ่งแวดล้อมและสารพิษนั้นได้เข้าสู่ร่างกายของชาวบ้านโดยไม่รู้ตัว จากการตรวจเลือดของชาวบ้านพบว่า หลายคนมีสารพิษไซยาไนด์ซึ่งเป็นสารอันตรายในเลือด ทำให้เกิดความหวาดกลัวและวิตกกังวล นอกจากนี้ยังมีการปนเปื้อนสารโลหะหนักทั้งในน้ำและในดิน สังคมที่นั่นเกิดความขัดแย้งและแตกแยกระหว่างฝ่ายที่ได้รับผลประโยชน์จากเหมืองกับฝ่ายที่ได้รับผลกระทบ ถึงขนาดไม่ยอมคุยกันเมื่อไปทำบุญที่วัด ชุมชนที่เคยอยู่ร่วมกันมาอย่างสงบจึงใกล้จุดแตกสลายในทางสังคม

ทั้งนี้ ยังไม่รวมประเด็นที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน รวมทั้งเอกชน ในหลายพื้นที่ที่มีความสนใจนำเอาเอชไอเอไปเป็นเครื่องมือ เพื่อประเมินว่าโครงการที่ตนกำลังจะดำเนินการนั้นจะมีผลกระทบที่ควรระมัดระวังอะไรบ้าง เช่น โครงการสร้างคอนโดมิเนียมของเอกชนรายหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และโครงการวางท่อส่งก๊าซไปยังจังหวัดนครสวรรค์ ของบริษัท ปตท. โครงการเหล่านี้ แม้ไม่อยู่ในข่ายว่าอาจมีผลกระทบอย่างรุนแรง (ซึ่งต้องทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพตามกฎหมาย) แต่เจ้าของโครงการจำนวนมากก็ขอทำเอชไอเอ เพื่อป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น เพราะถ้าเกิดปัญหาขึ้น ค่าใช้จ่ายในการแก้ไขจะสูงมาก

ถ้าการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดคือการที่ประชาชนและทุกภาคส่วนในชุมชนจัดการดูแลกันเองได้เป็นส่วนมาก เอชไอเอในฐานะเป็นกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมก็เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดอันหนึ่ง และเพราะคุณสมบัตินี้เอง เอชไอเอ จึงเป็นที่ยอมรับกันในระดับสากลว่าเป็นเครื่องมือที่ดีอย่างหนึ่งที่จะนำไปสู่นโยบายสาธารณะที่ให้ความสำคัญกับสังคม ชีวิต และสุขภาพ อันเป็นเครื่องมือที่บ่งชี้ถึงความมีวุฒิภาวะของสังคม



สิ่งท้าทาย โอกาส และวันพรุ่งนี้ของเอชไอเอ

ก้าวถือเอาการเกิดขึ้นของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่าเป็นจุดกำเนิดอย่างเป็นทางการของเอชไอเอ ก็กล่าวได้ว่าเอชไอเอเพิ่งมีอายุเพียง 3 – 4 ปีเท่านั้น อย่างไรก็ตาม แนวคิดและการริเริ่มเรื่องอันสำคัญนี้ได้ก่อตัวขึ้น และได้รับการฟูมฟักอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อยย่อท้อจากหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องมาก่อนหน้านั้น เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี ถึงกระนั้น ถ้าเปรียบเป็นชีวิตคน เอชไอเอก็ยังอยู่ในวัยเยาว์ ที่เพิ่งเริ่มมีสังคมและเครือข่ายของตัวเอง เหมือนชีวิตเด็กน้อยที่เริ่มรู้จักและผูกพันกับพี่น้อง ลุงป้า น้าอา มากขึ้น

วันนี้ของเอชไอเอจึงมีทั้งสิ่งที่ท้าทาย และสิ่งที่เป็นโอกาส

ประการแรก ภาพลักษณ์ของเอชไอเออาจจะยังไม่ชัดเจนในสายตาของบางคน หรือบางกลุ่ม ซึ่งมองเอชไอเอเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อการอนุมัติอนุญาตเท่านั้น แต่นั่นก็เป็นเรื่องที่ช่วยไม่ได้ เพราะตอนที่เกิดเอชไอเอขึ้นนั้นประเด็นเรื่องการอนุมัติอนุญาตเป็นกระแสสำคัญในสังคมไทย โดยมีภาพของอีไอเอซึ่งเป็นเครื่องมือเพื่อการอนุมัติอนุญาตล้วนๆ เป็นภาพเปรียบเทียบที่มีอยู่ก่อน และบังเอิญเอชไอเอก็เป็นส่วนหนึ่งในเรื่องการอนุมัติอนุญาตนี้ด้วย (คือเอชไอเอในอีไอเอ)

ถ้าภาพลักษณ์จำกัดอยู่เพียงเรื่องการอนุมัติอนุญาต ก็ไม่สู้จะดีนักสำหรับอนาคตของเอชไอเอ เพราะที่สุดแล้วอาจเป็นไปได้ที่เอชไอเอจะกลายเป็นเหมือน “ตรายาง” ที่ประทับเพียงเพื่อบอกว่าโครงการหรือกิจกรรมใดผ่านหรือไม่ผ่านเท่านั้น ความสนใจจริงๆ ของเจ้าของโครงการและของหน่วยงานอนุมัติอนุญาตอาจจะไปอยู่ที่เรื่องการผ่านหรือไม่ผ่านการอนุมัติอนุญาต มากกว่าเรื่องเนื้อหาและกระบวนการประเมิน ตลอดจนผลทางสุขภาพที่จะตามมาจากโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งเป็นสาระที่สำคัญมากกว่า นี่อาจเป็นสิ่งท้าทายอย่างหนึ่ง ที่อาจจะทำให้เอชไอเอไม่บรรลุจุดหมายที่กำหนดมาให้ทำโดยเฉพาะ

อย่างไรก็ตาม ยังพอมีความหวังอยู่ว่า การณ์อาจจะเป็นไปเช่นนั้นได้ยาก ทั้งนี้เพราะแม้ว่าเอชไอเอจะผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของอีไอเอแล้วสำหรับกรณีการอนุมัติอนุญาต แต่หลักเกณฑ์ เนื้อหา และกระบวนการประเมินทั้งหมดยังเป็นหลักเกณฑ์ เนื้อหาและกระบวนการของเอชไอเอ ซึ่งมีรูปแบบเฉพาะของตน นั่นหมายความว่าเอชไอเอในอีไอเอนั้นยังสามารถคงเอกลักษณ์ความเป็นเอชไอเออยู่ได้ เว้นแต่ว่าจะมีตัวแปรที่ควบคุมได้ยากบางอย่างเกิดขึ้น (ซึ่งก็ไม่ใช่สิ่งที่เป็นไปไม่ได้ในบริบทของสังคมไทย)

ประการที่สอง เนื่องจาก ตัวตนและเป้าหมายที่แท้จริงของเอชไอเอนั้น คือการเป็นเครื่องมือทางสังคมที่จะนำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ ตัวตนและเป้าหมายนี้เป็นแก่นแท้ที่อาจถือว่าเป็น “ดีเอ็นเอ” ของเอชไอเอเลยทีเดียว ถ้าจะกล่าวเพื่อให้เห็นภาพอีกแบบหนึ่ง ก็ต้องบอกว่า ถ้าไม่ใช่เพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมก็ไม่ใช่เอชไอเอขนานแท้ สิ่งท้าทายตรงนี้คือ เอชไอเอจะบรรลุเป้าหมายดังกล่าวนั้นได้อย่างไร

กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมนั้นไม่ได้เกิดขึ้นได้จากสุญญากาศ จริงๆ แล้วสิ่งนี้จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีเงื่อนไข 3 อย่าง มาบรรจบกันเข้าในสถานที่และเวลาอันเหมาะสม

หนึ่ง คือความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องสุขภาพของประชาชน ไม่ใช่สุขภาพในความหมายแบบเดิมที่จำกัดอยู่เฉพาะเรื่องการปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่เป็นสุขภาพในความหมายแบบองค์รวม

สอง ความรู้เท่าทันและตระหนักว่า นโยบายสาธารณะ โครงการและกิจกรรมการพัฒนาทั้งหลายที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ได้ให้ผลเฉพาะในด้านที่พึงปรารถนาเพียงด้านเดียว แต่ทุกอย่างสามารถจะส่งผลกระทบที่ไม่พึง

ปรารถนาได้ ประชาชน ชุมชน หน่วยงานของรัฐ องค์การปกครองท้องถิ่น นักวิชาการหรือองค์กรเอกชน จะต้องตระหนักว่าอะไรคือสิ่งที่จะต้องแลกหรือเสียไปกับผลที่ได้มา จากการพัฒนา

ตัวตนและเป้าหมายที่แท้จริงของเอชไอเอนั้น คือการเป็นเครื่องมือทางสังคมที่จะนำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ ตัวตนและเป้าหมายนี้เป็นแก่นแท้ที่อาจถือว่าเป็น “ดีเอ็นเอ” ของเอชไอเอเลยทีเดียว

สาม ความเข้าใจและความสามารถในการจัดกระบวนการเอชไอเอในรูปแบบและตามอุดมคติของเครื่องมือนี้ ซึ่งถือเอาการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และการตัดสินใจบนฐานของความรู้และหลักฐานที่เหมาะสมเป็นหัวใจสำคัญ

แน่นอน การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและความตระหนักเรื่องสุขภาพในทุกระดับของสังคมเป็นภารกิจที่ท้าทาย ลำพังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเอชไอเอโดยตรงอย่างเช่นคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) อาจจะทำได้ในระดับหนึ่ง แต่ด้วยการมีเครือข่ายที่กว้างออกไปงานเช่นนี้ก็ไม่ใช่สิ่งที่เหลือวิสัย

สาระสำคัญอยู่ที่การตระหนักว่า ชีวิตคนและสุขภาพในความหมายแบบองค์รวมเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนา เพราะนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาทุกชนิดอาจก่อให้เกิดทั้งผลทางบวกและทางลบ โดยที่ผลทางบวกสำหรับคนกลุ่มหนึ่งอาจเป็นผลทางลบสำหรับอีกกลุ่มหนึ่ง ไม่มีนโยบายหรือโครงการใดที่จะให้เฉพาะผลดีเพียงด้านเดียว การหาทางป้องกันผลกระทบทางลบจึงเป็นงานที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องมาร่วมกันพิจารณา โดยยึดเอาสุขภาวะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มเป็นที่ตั้ง

ความตระหนักเช่นนี้จำเป็นต้องสร้างขึ้นในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับหน่วยงานที่มีส่วนโดยตรงในการพัฒนานโยบายสาธารณะ ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น ไปจนถึงชุมชนและภาคธุรกิจที่เป็นเจ้าของโครงการพัฒนา ตลอดถึงเยาวชนในสถาบันการศึกษาทุกระดับด้วย

มีโอกาสมากมายที่จะช่วยในการสร้างความตระหนักดังกล่าว นโยบายและโครงการพัฒนาทั้งในระดับเมกกะโปรเจ็กท์และในระดับทั่วๆ ไป เกิดขึ้นอยู่แทบทุกวัน นโยบายและโครงการเหล่านั้นสามารถนำมาเป็นวัตถุดิบเพื่อสร้างความตระหนักในผลทางบวกและทางลบที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ชุมชนและสังคมได้ นอกจากนี้ประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้วก็อาจนำมาเพิ่มโอกาสในการสร้างความตระหนักได้เป็นอย่างดีด้วย ไม่ว่าจะเป็นกรณีนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด กรณีบางสะพาน แม่เมาะ เขื่อนปากมูล เหมืองตะกั่วที่คลิตี้ เหมืองทองคำที่วังสะพุง หรือแม้แต่แผนพัฒนาภาคใต้ที่กำลังก่อรูปขึ้นในขณะนี้ ทั้งหมดล้วนเป็นโอกาสหรือวัตถุดิบสำหรับการสร้างจิตสำนึกและความตระหนัก ที่อาจนำไปสู่การทำเอชไอเอให้เป็นเครื่องมือเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม

นิมิตที่ดีคือ มีการตอบรับที่ค่อนข้างดีต่อเอชไอเอจากสาธารณะ นี่คือโอกาสที่เอชไอเอจะพัฒนาไปสู่ความเติบโตอย่างมั่นคงยิ่งขึ้นในอนาคต อนาคตที่เราหลายคนฝันว่า วันหนึ่งการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจะกลายเป็น “วัฒนธรรม” คือเป็นวิธีคิดและการปฏิบัติที่เป็นภารกิจตามปกติธรรมดาของการพัฒนา ไม่ว่านโยบายหรือโครงการจะเล็กหรือใหญ่ก็ตาม ทุกครั้งที่จะกำหนดนโยบายสาธารณะหรือโครงการพัฒนา ให้ผู้บริหาร เจ้าของโครงการ ประชาชน และชุมชนในทุกระดับ คิดถึงเรื่องผลกระทบทางสุขภาพ และคิดถึงเอชไอเอ ว่าเป็นภารกิจที่ต้องทำเป็นปกติ เหมือนกับเวลาที่เราจะกินข้าวต้องล้างมือก่อนหรือเวลาตื่นนอนต้องล้างหน้าแปรงฟัน

สังคมทุกวันนี้ก้าวล้ำไปด้วยการพัฒนา นี่เป็นความจริงที่น่าชื่นชม แต่ไม่ว่าสังคมจะก้าวล้ำไปเพียงใด การพัฒนาที่ไม่ได้เอาชีวิตและสุขภาวะของมนุษย์เป็นศูนย์กลาง ก็จะจบลงที่บทเรียนราคาแพง เหมือนที่เคยเกิดขึ้นมาแล้วหลายครั้งในสังคมของเรา

เอชไอเอจะเป็นคำตอบที่เพียงพอในเรื่องการพัฒนาที่ใส่ใจในสุขภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการใช้เครื่องมือนี้อย่างเต็มสมรรถนะ ทั้งในฐานะเป็นเครื่องมือคัดกรองเพื่อการอนุมัติอนุญาต และในฐานะเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม และขึ้นอยู่กับว่าเราจะใช้มันจนกลายเป็นวัฒนธรรมในการพัฒนา ที่นำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ ได้หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

1. สุขภาพกาย

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2548). *การฉายภาพประชากรไทย พ.ศ. 2548-2568*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). *สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2553*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (พฤศจิกายน 2553). *รายงานภาวะสังคมไทยไตรมาสสาม ปี 2553*. สืบค้นจาก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: http://www.nesdb.go.th/temp_social/ts/temp_social_3-2553.pdf

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *รายงานผลการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2547*. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สถิติการตาย*. สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2554 จาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ : http://bps.ops.moph.go.th/Death.html

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *อัตราตายวัยแรงงาน*. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2553 จาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์: http://bps.ops.moph.go.th/Death.html

2. สุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *อัตราการฆ่าตัวตาย จำแนกตามพื้นที่จังหวัด พ.ศ. 2542*. สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2554 จาก โครงการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: http://www.suicidethai.com/suicide/?item=2542&slink=&Submit=%E1%CA%B4%A7%A2%E9%CD%C1%D9%C5

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตของประเทศไทย*. สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2554 จาก กรมสุขภาพจิต: http://www.dmh.go.th/report/pdf/2551mhworker.pdf

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *อัตราการฆ่าตัวตาย จำแนกตามพื้นที่จังหวัด พ.ศ. 2552*. สืบค้นเมื่อ 2 มกราคม 2554 จาก โครงการช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: http://www.suicidethai.com/suicide/?item=2552&slink=&Submit=%E1%CA%B4%A7%A2%E9%CD%C1%D9%C5

พระธรรมโกศาจารย์. (2552). *ยอดแห่งความสุข โดย พุทธทาสภิกขุ*. นนทบุรี: กองทุนห้องสมุดจำปีรัตน์ วัดชลประทานรังสฤษฎ์.

รศรินทร์ เกรย์ และคณะ. (2553). ความสุขของคนไทย: การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม จิตวิญญาณและความภูมิใจในตนเอง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, ปีที่ 18* (ฉบับที่ 2), หน้า 71-85.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). *(ร่าง) รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551-2552*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2552). *การสำรวจภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2553). *รายงานการสำรวจภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2552). *รายงานการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *อัตราต่อประชากร 100,000 คน ของการตายด้วยฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2520-2552*. สืบค้นเมื่อ 28 ธันวาคม 2553 จาก สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ : http://bps.ops.moph.go.th/Death.html

อภิชาต จำรัสฤทธิรงค์ และคณะ. (2553). สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย : การวิเคราะห์พหุปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมระดับบุคคลและระดับจังหวัด. (เอกสารยังไม่เผยแพร่)

อภิชัย มงคล และคณะ. (2547). *การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อภิชัย มงคล และคณะ. (2550). *รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2548-2550*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อภิชัย มงคล และคณะ. (2553). *ร่างรายงานการศึกษาปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรมที่สัมพันธ์กับการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายในสองจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อภิชัย มงคล และคณะ. (2553). *รายงานการประเมินผลเรื่อง โครงการป้องกันช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตาย พ.ศ. 2552*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

World Health Organisation. (n.d.). *Suicide Prevention (SUPRE)*. Retrieved November 5, 2010, from World Health Organisation:http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html

3. สุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณหรือปัญญา

ประเวศ วะสี. (2544). *สปรส. กับ "สุขภาวะทางจิตวิญญาณ" อ้างใน วิชัย โชควิวัฒน "การศึกษาว่าด้วยมิติทั้งสี่ของสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2553 จาก มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์: http://sph.thaissf.org/index.php?module=article&page=detail&id=92

รศรินทร์ เกรย์, ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ เรวดี สุวรรณนพเก้า. (2553). ความสุขของคนไทย: การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม จิตวิญญาณและความภูมิใจในตนเอง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, ปีที่ 18* (ฉบับที่ 2), หน้า 71-85.

รัตติกรณ์ จงวิศาล และคณะ. (2553). *คู่มือการประเมินสุขภาวะทางจิตวิญญาณเพื่อการพัฒนาบุคลากรในระบบสุขภาพและระบบการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสดศรี-สฤษดิ์วงศ์.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). ปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตด้านคุณภาพจิตใจ (Mental Quality) ของประชากรไทย พ.ศ. 2552. ใน *รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551-2552*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2553). *ร่างรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551-2552*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *สำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551*. กรุงเทพ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *การสำรวจสภาวะทางสังคมวัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2551*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

อภิชัย มงคล และคณะ. (2547). *การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์ และคณะ. (2553). *สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: ภาพสะท้อนสังคม*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

The Royal College of Psychiatrists. (n.d.).*Spirituality and Mental Health*. Retrieved 15 October 2010,fromThe Royal College of Psychiatrists: http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/treatments/spirituality.aspx

4. พฤติกรรมสุขภาพ

จงกล เลิศเธียรดำรง และคณะ. (2553). *รายงานวิกฤตเศรษฐกิจ 2551-2552 กับระบบสุขภาพและสุขภาพของคนไทย*. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, และ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547*. (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, บ.ก.) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2551-2552*. (วิชัย เอกพลากร, บ.ก.) นนทบุรี: เดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

Warisa Panich-Kriangkrai. (2010). สไลด์นำเสนอ. *Teen Mothers Current Situation in Thailand* . International Health Policy Program (IHPP).

5. คุณภาพสิ่งแวดล้อม

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (ม.ป.ป.). *ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น และได้รับการจัดการอย่างถูกต้องและปริมาณการใช้ประโยชน์ในปี 2546-2552*. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2553 จาก กรมควบคุมมลพิษ: http://www.pcd.go.th/info_serv/waste.html

กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (ม.ป.ป.). *สถิติการร้องเรียนปัญหามลพิษ ปี 2548-2552*. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2553 จาก กรมควบคุมมลพิษ: http://www.pcd.go.th/info_serv/pol_stat2548-2552.html

กรมควบคุมมลพิษ. (2552). *ฐานข้อมูลรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พ.ศ. 2551*. เข้าถึงได้จาก กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม: http://www.pcd.go.th/public/Publications/print_report.cfm

กรมศุลกากร. (ม.ป.ป.). *ปริมาณสาร CFC ที่นำเข้าในประเทศไทย พ.ศ. 2546-2553*.

กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (ม.ป.ป.). *ร้อยละของพื้นที่ป่าไม้ของประเทศไทย จำแนกตามภาค พ.ศ. 2547-2549 และ 2552*. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2553 จาก กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช: http://www.dnp.go.th/statistics/2552/stat2552.asp

มูลนิธิใบไม้สีเขียว. (2552). *รายงานผลกระทบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศของกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2552*. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2553 จาก กรุงเทพมหานคร: http://office.bangkok.go.th/environment/pdf/barcc_2009-th.pdf

สำนักงานจัดการคุณภาพอากาศ กรมควบคุมมลพิษ. (ม.ป.ป.). *ดัชนีคุณภาพอากาศ พ.ศ. 2548-2552*. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2553 จาก กรมควบคุมมลพิษ: http://www.pcd.go.th/AirQuality/Regional/DefaultThai.cfm

สำนักงานจัดการคุณภาพอากาศ กรมควบคุมมลพิษ. (ม.ป.ป.). *ฝุ่นละอองขนาดไม่เกิน 10 ไมครอน (PM 10) เฉลี่ยรายปี 2540-2551*. สืบค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2553 จาก กรมควบคุมมลพิษ: http://www.pcd.go.th/AirQuality/Regional/Graph/QueryGraphThai.cfm?task=default

สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (ม.ป.ป.). *จำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตจากการได้รับสารอันตราย ตั้งแต่ปี 2543-2552*.

6. ความมั่นคงของชีวิต

สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2551). รายงานวิจัยคุณภาพชีวิตของคนไทย. (หน้า 49). กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย. (2552). *รายงานการพัฒนาคนของประเทศไทย ปี 2552: ความมั่นคงของมนุษย์ในปัจจุบันและอนาคต.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *แผนที่ความยากจน.* สืบค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2553 จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ: http://sgis.nso.go.th/sgis/

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2553). *การสำรวจความเดือดร้อนและความต้องการของประชาชน พ.ศ. 2553.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543-2550.* สืบค้นเมื่อ 24 ตุลาคม 2553 จาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ: http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักนโยบายการออมและการลงทุน ส่วนนโยบายการออมและการลงทุนในภาพรวม. (ม.ป.ป.). *สถิติข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับดุลยภาพการเงิน การออม และการลงทุน.* สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2553 จาก สำนักนโยบายการออมและการลงทุน: http://www.fpo.go.th/S-I/Data.php?DBIndex=mysql&Language=Thai

สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (ม.ป.ป.). *เส้นความยากจน จำนวนและสัดส่วนคนจนด้านรายจ่าย พ.ศ. 2531-2552.* สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2553 จาก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: www.nesdb.go.th/portals/.../สถิติข้อมูล%202531-2552%20เผยแพร่.xls

7. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย. (ม.ป.ป.). *สถิติการจดทะเบียนครอบครัว จำแนกเป็นรายปี.* สืบค้นเมื่อ 21 ธันวาคม 2553 จาก กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย: 203.113.86.149/web_pages/m03093000/services_files/modules52_1.xls

ศิวพร ปกป้อง. (2552). *การสำรวจความคิดเห็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว พ.ศ. 2552.* มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว.

ศิวพร ปกป้อง, สาวิตรี ทยานศิลป์, จีรนันท์ ขำนอง, และ สาลินี จันทร์เจริญ. (2552). *โครงการสร้างดัชนีวัดสุขภาวะครอบครัว.* นครปฐม: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553, สิงหาคม). *รายงานการติดตามประเมินผล 3 ปีแรกของแผนพัฒนาฯฉบับที่ 10.* สืบค้นเมื่อ 23 ธันวาคม 2553, จาก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=62

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). *รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2551.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา. (2552). *ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย: ปีแรกของแผนพัฒนาฯฉบับที่ 10.* สืบค้นเมื่อ 23 ธันวาคม 2553, จาก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=107

8. ศักยภาพชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). *รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศ.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2553, สิงหาคม). *รายงานการติดตามประเมินผล 3 ปีแรกของแผนพัฒนาฯฉบับที่ 10.* สืบค้นเมื่อ 23 ธันวาคม 2553, จาก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=62

สำนักประเมินผลและเผยแพร่การพัฒนา. (2552, มกราคม). *ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย: ปีแรกของแผนพัฒนาฯฉบับที่ 10.* สืบค้นเมื่อ 23 ธันวาคม 2553, จาก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=107

9. ความมั่นคงของสังคม

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. (2553). *ปัจจุบัน/ปฏิปักษ์/ปฏิรูป ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองสู่การปฏิรูปประเทศไทย.* (พรรณทิพย์ เพชรมาก, บ.ก.) กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย. (2552). *รายงานการพัฒนาคนของประเทศไทย ปี 2552: ความมั่นคงของมนุษย์ในปัจจุบันและอนาคต.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย.

10. ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารติดตามผลการดำเนินงาน.* สืบค้นเมื่อ 24 ตุลาคม 2553 จาก กระทรวงสาธารณสุข: http://moc.moph.go.th/index.php

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2551). *บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2545-2551 (ฉบับปรับปรุง).*นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2552). *การกระจายการอุดหนุนงบประมาณภาครัฐจำแนกตามประเภทบริการ พ.ศ. 2552.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2552). *การกระจายการอุดหนุนงบประมาณภาครัฐต่อประชาชนตามชั้นรายได้ พ.ศ. 2549-2552.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2552). *ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2553). *รายงานการใช้ยา ผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และมาตรการควบคุมการใช้ยาของโรงพยาบาลนำร่องกรณีผู้ป่วยนอก ในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2552.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *การสำรวจภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2551-2552.* (วิชัย เอกพลากร, บ.ก.) นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

สุพล ลิมวัฒนานนท์, และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2553). *ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ.*

Organization, W. H. (n.d.). *National Health Accounts.* Retrieved December 3, 2010, from World Health Organization: http://www.who.int/nha/country/tha/en/

11. ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. (2551). *บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2545-2551 (ฉบับปรับปรุง).*นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2553). *รายงานการใช้ยา ผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และมาตรการควบคุมการใช้ยา ของโรงพยาบาลนำร่องกรณีผู้ป่วยนอก ในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2552.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

Viroj Tangcharoensathien, e. a. (2011). Health-financing reforms in southeast Asia: challenges in achieving universal coverage. *The Lancet* .

World Health Organization. (n.d.). *National Health Accounts.* Retrieved December 3, 2010, from World Health Organization: http://www.who.int/nha/country/tha/en/

World Health Statistics 2010. (2010). Retrieved January 10, 10, from http://www.who.int/whosis/whostat/en/index.html

12. คุณภาพและประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, และ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547.* (เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, บ.ก.) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2552). *ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2552). *หน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำแนกตามขั้นการรับรองคุณภาพตามมาตรฐานระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546-2552.* นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2551-2552.* (วิชัย เอกพลากร, บ.ก.) นนทบุรี: เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *ฐานข้อมูลของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.* สืบค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2553 จาก ร้อยละของผู้ป่วยใน ด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก 3 โรค พ.ศ. 2544-2552: http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5

สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1. เด็กไทยไอคิวลดลง ถึงเวลาต้องปฏิรูปการศึกษาอีกครั้ง

1. “อึ้ง! เด็กไทยไอคิวต่ำ-อ้วนเตี้ย ชอบกินขนมกรุบกรอบ ไม่สนผัก”. ผู้จัดการรายวัน. (17 กุมภาพันธ์ 2553).
2. “วิกฤติเด็กไทย ไอคิวต่ำสุดในรอบ 12 ปี”. บางกอกทูเดย์. (25 กุมภาพันธ์ 2553).
3. “กรมอนามัย พบเด็กไทยไอคิวต่ำ เหตุขาดสารไอโอดีน”. ข่าวแจก ของกรมอนามัย ในงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนและการขับเคลื่อนสู่ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน” ณ โรงแรมหลุยส์แทเวิร์น กรุงเทพฯ. 18 มกราคม 2554.
4. “ผลวิจัยเด็กไทย 1 ใน 4 สมองทึบ ‘หมอประเวศ’ ชี้จีดีพีไม่ใช่เป้า”. ชีวิตคุณภาพ. มติชน. (18 กุมภาพันธ์ 2553).
5. “ภาวะโภชนาการเด็กไทยพร่องขาด ฉุด ‘ไอคิว-อีคิว’ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน”. สยามธุรกิจ. (24-26 กุมภาพันธ์ 2553).
6. “โง่-เอ๋อ-ปัญญาอ่อน ประเทศนี้...วิกฤติยิ่ง”. ไทยรัฐ. (24 สิงหาคม 2553).
7. “เผยเด็กไทยไอคิวต่ำมาก เพราะขาดไอโอดีน”. Mthai news. (27 สิงหาคม 2553).

8. “สภานานาชาติ-อนามัยโลก ชมไทยแก้ขาดไอโอดีน”. มติชน. (6 พฤศจิกายน 2553).
9. “กรมอนามัย พบเด็กไทยไอคิวต่ำ เหตุขาดสารไอโอดีน”. อ้างแล้ว.
10. “พบเด็กไทยไอคิวต่ำ”. หน้าแรก. มติชน. (13 กันยายน 2553).
11. “ไอคิวเด็กไทยแค่ 90 ต่ำกว่าเฉลี่ยโลกที่ 100”. ไทยโพสต์. (30 พฤศจิกายน 2553).
12. “อันดับศึกษาแป๊กแข่งขันเกินครึ่ง 0.01”. ไทยโพสต์. (30 พฤศจิกายน 2553).
13. “OECD เผยรายงานวัดการศึกษาทั่วโลก เด็กเชี่ยงไฮ้ฉลาดสุด ไทยรั้งท้ายอันดับที่ 50 จากทั้งหมด 65 ประเทศ”. ผู้จัดการออนไลน์. (7 ธันวาคม 2553).
14. “วิกฤตการศึกษาไทย”.สถาบันทดสอบทางการศึกษาแห่งชาติ (องค์การมหาชน). พฤศจิกายน 2553.
15. “จาก สมศ.-สทศ. ...ยุบทิ้งเสียดีมั้ย”. ไทยมองไทย. สมหมาย ปาริจฉัตต์. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1582 (10-16 ธันวาคม 2553).
16. “ปักธง 2 ปี ลดเด็กไอคิวต่ำ”. การเมืองท้องถิ่น/การศึกษา. สยามรัฐ. (1 กรกฎาคม 2553).
17. “ครูคณิต วิทย์ มัธยมปลาย ทำแต้มสอบตกทั่วประเทศ”. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1557 (18-24 มิถุนายน 2553).
18. “เด็กไทยไอคิวต่ำสุดอาเซียน เผยพระอ่านภาษาไทยไม่คล่อง”. คมชัดลึก. (4 มิถุนายน 2553).
19. “ทศวรรษที่สองของการปฏิรูปการศึกษา : พันธกิจไม่แบ่งข้าง ‘รัฐบาล-ฝ่ายค้าน’”. www.pm.go.th
20. “สู่สังคมแห่งการเรียนรู้ ปฏิรูปทางปัญญา พาชาติออกจากวิกฤต”. ประเวศ วะสี. (2553)

2. แล้งจัดแล้วกลับน้ำท่วมหนัก: ความผิดปกติที่ต้องรับมือให้เท่าทัน

1. “สรุปสถานการณ์ภัยแล้ง วาตภัย แผ่นดินไหวและการให้ความช่วยเหลือ” สืบค้นจาก www.ryt9.com
2. นภาพร พานิชชาติ “ภัยแล้งรุนแรงในรอบ 5 ปี”. เดลินิวส์. (11 มีนาคม 2553).
3. “เตือนภัยวิกฤตแล้งลากยาว ปีหน้าหนักกว่า”. ฐานเศรษฐกิจ. (2 กรกฎาคม 2553).
4. “แล้งกลางฤดูฝน!” คมชัดลึก. (5 กรกฎาคม 2553).
5. ข้อมูลจาก National Aeronautics and Space Administration สืบค้นจาก www.thaiwater.net
6. “ภัยแล้ง ภัยร้อน วิกฤตรุนแรงและนาน” สยามรัฐ. (5 มีนาคม 2553).
7. สุทธาสินี จิตรกรรมไทย. “น้ำท่วมปลายปี มหันตภัยที่ต้องระวัง!” มติชน. (20 กรกฎาคม 2553).
8. สืบค้นจาก www.76.nationchannel.com (17 กรกฎาคม 2553).
9. กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย “รายงานสถานการณ์สาธารณภัยฯ” (14 ธันวาคม 2553).
10. “ลานีญายังอยู่ อย่าไว้ใจสภาพอากาศ ปี 54” ประชาชาติธุรกิจ. ปีที่ 34 ฉบับที่ 4276. (3 มกราคม 2554)
11. “เผยมูลเหตุครึ่งประเทศวิกฤต ! ขยายเมือง-สร้างคันป้อง” เดลินิวส์. (2 พฤศจิกายน 2553).
12. “น้ำท่วมปีนี้ แค่เริ่มต้น” ไทยโพสต์. (31 ตุลาคม 2553).
13. “เผยมูลเหตุครึ่งประเทศวิกฤต ! ขยายเมือง-สร้างคันป้อง” อ้างแล้ว.
14. ‘น้ำท่วม 2553’ ความล้มเหลวของระบบเตือนภัยของไทย?.ผู้จัดการออนไลน์. (20 ตุลาคม 2553).
15. “ปราบน้ำท่วม-น้ำแล้ง ตามแนวพระราชดำริ” ไทยโพสต์. (10 ตุลาคม 2553).
16. “น้ำท่วมปีนี้ แค่เริ่มต้น” อ้างแล้ว

3. จะป้องกันไม่ให้เกิดเหตุ 2,002 ซาก ที่วัดไผ่เงินซ้ำอีกได้อย่างไร ?

1. “สยองกลางกรุงพบซากทารก 348 ศพ วัดไผ่เงินฯ เค้นเครียดสั่งเหร่อสารภาพรับจ้างคลินิกทำแท้งเถื่อนเก็บรอเผา” มติชนออนไลน์. (17 พฤศจิกายน 2553).
2. “ซากทารกทะลุ 2,002 ศพ-สั่งตรวจดีเอ็นเอเก็บ” กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. (19 พฤศจิกายน 2553).
3. “สยองกลางกรุงพบซากทารก 348 ศพ วัดไผ่เงินฯ เค้นเครียดสั่งเหร่อสารภาพรับจ้างคลินิกทำแท้งเถื่อนเก็บรอเผา” อ้างแล้ว.
4. “สื่อเทศตีแผ่ทั่วโลก ‘348 ซากทารก’” สุทธิชัย หยุ่น. จาก www.suthichaiyoon.com/detail/6804 สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2554.
5. “ซากทารกทะลุ 2,002 ศพ-สั่งตรวจดีเอ็นเอเก็บ” อ้างแล้ว.
6. “ลุยเช็ก 25 คลินิกส่อผิดกม.ล้กลอบทำแท้ง” ไทยรัฐ. (24 พฤศจิกายน 2553).; “จำลองขวาง ก.ม.รีดลูก-สธ.ลุยย่านตลาดไทจับคลินิกแท้งรอคิว 50 ชื่อ เจ้าอาวาสวัดไผ่เงินปัดรู้เห็นทิ้งซากเด็ก” คมชัดลึก. (24 พฤศจิกายน 2553).; “จับยารีดลูก 30 ล้านจ่อลุยอีก 5 คลินิกเถื่อน ปชป.ไม่หนุน ก.ม.ทำแท้ง” คมชัดลึก. (24 พฤศจิกายน 2553).
7. “ประชาธิปัตย์ล่าชื่อ ‘ผู้แทน’ ดันกม.ทำแท้ง” ไทยโพสต์. (28 พฤศจิกายน 2553).
8. “เครือข่ายฯ เสนอแก้กม.ทำแท้งเสนอทางออกวัยรุ่น-ผู้หญิง” พิมพ์ไทย. 24 พฤศจิกายน 2553. หน้า 2.
9. “ยอดทะลุ 2,002 ศพ สุสาน ‘มารหัวขน’ จี้แก้ กม.ทำแท้งช่วยชีวิตเหยื่อสาว” มติชนสุดสัปดาห์. (26 พฤศจิกายน-2 ธันวาคม 2553). หน้า 97-98.
10. “โพลเอแบคค้านกม.ทำแท้ง” พิมพ์ไทย. (25 พฤศจิกายน 2553) หน้า 2.; “ตุลาการอัดส.ส.แก้กม.ทำแท้งแค่สร้างภาพ” สยามรัฐ. (23 พฤศจิกายน 2553).
11. “สะกิด รร. ‘เลิกอ้ำอึ้ง’ สอนเรื่องเพศ” ไทยโพสต์. (27 พฤศจิกายน 2553). หน้า 8.
12. “ชี้พ่อแม่-ครูร่วมสอนเซ็กส์ปลอดภัย” ข่าวสดกรอบบ่าย. (7 ธันวาคม 2553). หน้า 26.
13. “ผู้ปกครองเห็นด้วยกว่า 90% สอนเพศศึกษาสกัดทำแท้ง” มติชน. (26 พฤศจิกายน 2553). หน้า 10.
14. “3 ศาสนาถกแก้ปัญหาทำแท้งชี้สังคมวิกฤตเร่งแก้ไข” พิมพ์ไทย. (1 ธันวาคม 2553). หน้า 2.; “ถกแก้ปัญหาทำแท้ง ศูนย์คุณธรรมระดม 3 ศาสนา” ข่าวสด. (10 ธันวาคม 2553). หน้า 31.
15. “ชี้รอบ 7 ปี ‘เพศศึกษา’ เข้าถึงเด็กแค่ 30%”. ผู้จัดการรายวัน. (24 พฤศจิกายน 2553). หน้า 10.
16. The Alan Guttmacher Institute. Sharing Responsibility: Women, Society, and Abortion Worldwide. New York: AGI, 1999; Susan A. Cohen. Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide. Guttmacher Policy Review. Fall 2009, Volume 12, Number 4. On ww.guttmacher.org/pubs/gpr/12/4/gpr120402.html, accessed on 11.02.2011.
17. Susan A. Cohen. Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide. Guttmacher Policy Review. Fall 2009, Volume 12, Number 4. On www.guttmacher.org/pubs/gpr/12/4/gpr120402.html, accessed on 11.02.2011.
18. Susan A. Cohen. Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide. Ibid.
19. ทัศนัย ขันตยาภรณ์. 2554. รายงานการเข้าร่วมประชุม Global Comprehensive Abortion Care Initiatives: Regional Dissemination Meeting ที่กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย 17-18 มกราคม 2554. เอกสารเสนอในการประชุมเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม ณ ห้องประชุมชั้น 1 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2554.
20. Reed Boland and Laura Katzive. “Developments in Laws on Induced Abortion: 1998-2007” International Family Planning Perspectives, 2008, 34 (3):110-120.

4. ปฏิรูปประเทศไทยเพื่อแก้ไขความขัดแย้งทางการเมือง: ฟันไกล... แต่อาจไปไม่ถึง!

1. http://webboard.news.sanook.com/forum/?topic=3341392
2. เสื้อแดงชุมนุมใหญ่ติด 1 ใน 10 ข่าวเด่นโลด ปี 2010 ของ Times [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fiWuz9HTXEoJ:www.prachatai.com/journal/2010/12/32287+เสื้อแดงติดข่าวอันดับโลก&cd=9&hl=en&ct=clnk&client=safari&source=www.google.com]
3. “สื่อลอดช่องคาดเผา เจ๊ง! 5 หมื่นล้าน” แนวหน้า. (24 พฤษภาคม 2554).
4. สืบค้นจาก www.thaireform.in.th. สืบค้นเมื่อ8 มกราคม 2553.
5. “ปรองดองส่อเหลว เพื่อไทยป่วนต้านกรรมการแก้ไขรัฐธรรมนูญ” แนวหน้า. (17 มิถุนายน 2553).
6. “พันธมิตรฯ พรึบ! ยังทยอยสมทบต่อเนื่อง” ผู้จัดการออนไลน์. (25 มกราคม 2554).
7. “ผื่งแตกรัง อาการแดงแตกแยก” สืบค้นจาก www.tnews.co.th. (13 ตุลาคม 2553).
8. “สนธิแตกวีระ ขัดแย้งเงินบริจาคพันธมิตรฯ” สืบค้นจาก www.apcnews.net. (24 มิถุนายน 2553).
9. “ยื่นฟ้องศาลระหว่างประเทศ มาร์ค สั่งสลายชุมนุม” สืบค้นจาก www.suthichaiyoon.com. เมื่อ 31 มกราคม 2554.
10. “สัมภาษณ์ ดร.ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ” มติชนออนไลน์. (22 ตุลาคม 2553).
11. ไทยรัฐ 11 มกราคม 2554
12. ดูรายละเอียดเพิ่มใน “อานันท์ชงตั้งบ 5 แสนล้าน หนุนปฏิรูปที่ดินแก้เหลื่อมล้ำ” กรุงเทพธุรกิจ. (8 กุมภาพันธ์ 2554).
13. สืบค้นจาก www.krobkruakao.com. เมื่อ12 กุมภาพันธ์ 2554.
14. “นายกฯ แย้ม ยุบสภาแล้วจุ่นวาย แก้ปัญหาไม่ได้ก็คงไม่ทำ” สืบค้นจาก www.nationchannel.com. เมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2554.
15. “ธีรยุทธเชื่อ ความขัดแย้งทางสังคมคลี่คลายได้” กรุงเทพธุรกิจ. (26 มกราคม 2554).
16. “ทิศทางการเปลี่ยนแปลงการเมืองไทย: หลัง เมษา-พฤษภาอำมหิต”. มติชนออนไลน์. (9 กรกฎาคม 2553).

5. ยุติธรรมไม่มา ปัญหาไฟใต้ไม่จบ

1. “ไทยติดอันดับ 9 จาก 196 ประเทศเสี่ยงภัยก่อการร้าย”. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1540. (19-25 กุมภาพันธ์ 2553).
2. “2553-แนวรบด้านใต้ ความรุนแรงไม่เปลี่ยนแปลง !”. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1535. (15-21 มกราคม 2553).
3. คอลัมน์แฟ้มคดี หนังสือพิมพ์ข่าวสด. (27 กุมภาพันธ์ 2554) หน้า 2.
4. “4 สส.ประชาธิปัตย์ จี้เปลี่ยน”ผบ.ทบ.” เช่นดับไฟใต้เหลว”. แนวหน้า. (27 กุมภาพันธ์ 2554).
5. “เมื่อปฏิบัติการทางทหารถึงทางตัน จับตา “นครปัตตานี-ม.21” สถาบันอิศรา. (30 มกราคม 2554).
6. “ร่างกฎหมาย ศอ.บต. ฉบับใหม่...ติดดาบย้าย “ขรก.-ทหาร-ตำรวจ” พ้นพื้นที่?. โต๊ะข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (12 กุมภาพันธ์ 2553).
7. “รัฐบาลต้องเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการสืบสวนสอบสวน เป็นนโยบายหลักดับไฟใต้”. สำนักข่าวอามาน. (9 มกราคม 2554).
8. “อดุลย์ แสงสิงแก้ว : กลุ่มป่วนใต้ถึงทางตัน ต้องใช้ยุทธการ “รวมการเฉพาะกิจ”. โต๊ะข่าวภาคใต้ สถาบันอิศรา. (20 มกราคม 2554).
9. “ไฟใต้ 7 ปี จบแค่คดีเดียว...ยธ. เสนอตั้ง “กรมพิเศษ” สางคดีความมั่นคง”. โต๊ะข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (17 ตุลาคม 2553).
10. “ความจริงจาก “ทนาย-ตำรวจ-อัยการ” ชำแหละกระบวนการยุติธรรมชายแดนใต้”. โต๊ะข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (4 มิถุนายน 2553).
11. “ความจริงจาก “ทนาย-ตำรวจ-อัยการ” ชำแหละกระบวนการยุติธรรมชายแดนใต้”. อ้างแล้ว
12. “ความจริงจาก “ทนาย-ตำรวจ-อัยการ” ชำแหละกระบวนการยุติธรรมชายแดนใต้”. อ้างแล้ว.
13. “ปี้ม 2 จุด 8 ศพที่ชายแดนใต้...นักรบรุ่นใหม่-คดีคาใจ โหมไฟคุโชน”. โต๊ะข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (4 กรกฎาคม 2553).
14. “ได้เวลารื้อใหญ่กระบวนการยุติธรรมชายแดนใต้!”. โต๊ะข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (25 ตุลาคม 2553).

15. “เปิดสถิติศูนย์ดำรงธรรม ศอ.บต. “ตำรวจ” แชมป์ถูกชาวบ้านร้องเรียน”. โต๊ะข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (21 พฤศจิกายน 2553).
16. “เปิดใจ...ถาวร เสนเนียม “คืนผู้หลงผิดคดีความมั่นคง...กลับสู่สังคม””. คมชัดลึก. (9 มกราคม 2554).
17. “เปิดตัวเลขทางการ 7 ปีไฟใต้ใช้งบ 1.45 แสนล้าน ป่วน 11,523 ครั้ง ตาย 4,370 ราย คดียกฟ้อง 45%”. โต๊ะข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (17 มกราคม 2554).
18. “เงินเยียวยากับสารพัดปัญหา...และทิศทางใหม่ดับไฟใต้ด้วย ‘เยียวยาคุณภาพ’”. โต๊ะข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (26 เมษายน 2553).

6. ร่าง พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหาย: ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ แต่หมอกลับค้าน

1. “กลุ่มแพทย์จัด 3 มาตรการด้าน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ป่วย”. มติชน. (6 ตุลาคม 2553).
2. ถนอมศรี ศรีชัยกุล. “พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ประชาชนได้ประโยชน์จริงหรือ?”. กรุงเทพธุรกิจ. (7 ตุลาคม 2553).
3. “ความทุกข์ของคนไข้ ชะตากรรมของหมอ”. ไทยรัฐ. (5 สิงหาคม 2553).
4. “กฎหมายใหม่ส่งผลแพทย์ตื่นตัว” *วงการแพทย์* ฉบับ 328 [http://www.medicthai.com/admin/news_detail.php?id=4937]
5. “พรบ.คุ้มครองคนไข้รุ่น”. เดลินิวส์. (10 กรกฎาคม 2553).
6. กระทรวงสาธารณสุขและโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพรัฐบาลไทย-สหภาพยุโรป (Health Care Reform Project) “ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่เพ่งโทษตัวบุคคล และไม่พิสูจน์ความผิด (No-fault or no-blame liability compensation system) เอกสารเพื่อทำความเข้าใจและใช้ประกอบการร่วมแสดงความคิดเห็นต่อการจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...”
7. “คณะทำงานพิจารณาร่าง กม.ผู้ป่วยฯ สรุป 4 ประเด็น เน้นปรับปรุง ม.41 คุ้มครองประชาชน รอผลประชาพิจารณ์ สผพท.เร่งจับตาดูท่าทีวิป ด้านวิปรัฐ เรียกหมอ-คนไข้หารือ กม.ผู้เสียหายฯ”. ผู้จัดการออนไลน์. (11 พฤศจิกายน 2553).
8. “กฎเหล็กจ่อคอ “แพทย์” อย่า...เติมพันด้วยชีวิตคนไข้”. คมชัดลึก. (31 กรกฎาคม 2553).
9. “17 คำถาม...ตอบข้อสงสัย พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ”. โพสต์ทูเดย์. (9 สิงหาคม 2553).
10. “อภิสิทธิ์ วอนหมอ-คนไข้ปรองดอง แพทยสภาเล็งยื่นร้อ ม.7-ม.22”. มติชน. (2 สิงหาคม 2553).
11. “เสนอ 5 ข้อปรับร่าง พ.ร.บ.คุ้มครอง เพิ่มสัดส่วนสภาวิชาชีพ”. คมชัดลึก. (25 สิงหาคม 2553).
12. “แพทย์-คนไข้ ความขัดแย้งที่รอการสมานฉันท์”. ผู้จัดการรายวัน. (15 มกราคม 2553).
13. “เหตุเกิดที่ขอนแก่น; เมื่อโรงพยาบาลพลาดแต่คนไข้ให้พร”. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ธันวาคม 2553
14. “แพทย์-ผู้ป่วย เมื่อรักของเราจืดจาง”. ผู้จัดการ รายวัน. (6 สิงหาคม 2553).
15. “เหตุเกิดที่ขอนแก่น; เมื่อโรงพยาบาลพลาดแต่คนไข้ให้พร”. อ้างแล้ว
16. “เหตุเกิดที่ขอนแก่น; เมื่อโรงพยาบาลพลาดแต่คนไข้ให้พร”. อ้างแล้ว

7. กฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ : ช่วยลดจำนวนการทำแท้งและจำนวนนักเรียนออกจากโรงเรียนกลางคัน

1. มติชน. (7 กรกฎาคม 2553). หน้า 13.
2. สยามรัฐ. (8 กรกฎาคม 2553). หน้า 11.
3. คมชัดลึก. (8 กรกฎาคม 2553). หน้า 13.
4. “หนุนร่างก.ม.อนามัยเจริญพันธุ์ เปิดช่องให้เรียนขณะ ‘ตั้งครรภ์’” กรุงเทพธุรกิจ. (9 กรกฎาคม 2553). หน้า 7.
5. “หนุน ‘กม.’ หญิงท้องไปเรียนได้” เดลินิวส์. (10 กรกฎาคม 2553). หน้า 1.
6. “แม่วัยรุ่น-เรื่องใหญ่ที่ยังป้องกันและแก้ไขกันแบบเล็กๆ” ใน สุขภาพคนไทย 2553 : วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาส. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553.
7. “เพื่อนหญิงหนุน ‘อนุญาตน.ร.ท้อง’”. ข่าวสด. (9 กรกฎาคม 2553) หน้า 10.
8. “หนุน พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์” บ้านเมือง. (22 กรกฎาคม 2553). หน้า 12.
9. “วราภรณ์ หนุนร่าง พ.ร.บ.ท้องเรียนต่อ” ไทยรัฐ. (20 กรกฎาคม 2553). หน้า 12.
10. “ศีลธรรมดีกว่า พ.ร.บ.อนามัยฯ” ในกระแสโลก-กระแสธรรม. พิมพ์ไทย. (16 ธันวาคม 2553). หน้า 7.
11. สมผล ตระกูลรุ่ง. “กฎหมายก็ช่วยไม่ได้ ถ้าใจขาดธรรม” โพสต์ทูเดย์. (26 กรกฎาคม 2553). หน้า 4.
12. “เร่งทำแผนให้ความรู้เพศศึกษา” ไทยรัฐ. (16 กรกฎาคม 2553). หน้า 15.
13. “ชูออก กม.ลงโทษชายทำหญิงท้อง” ไทยรัฐ. (8 กรกฎาคม 2553). หน้า 15; “วราภรณ์หนุนร่าง พ.ร.บ.ท้องเรียนต่อ” ไทยรัฐ. (20 กรกฎาคม 2553). หน้า 12.
14. “พระวรชายาฯ ทรงห่วง ‘วัยรุ่น’ ตั้งครรภ์ นายกฯ ชี้ปัญหาแรงระดับต้นของโลก” มติชน. (11 กรกฎาคม 2553). หน้า 16.
15. “จุรินทร์สั่งทำประชาพิจารณ์ พ.ร.บ.คุ้มครองเด็กหญิงแม่” มติชน. (14 กรกฎาคม 2553). หน้า 10.
16. “ไม่ขัด พ.ร.บ.เจริญพันธุ์” บ้านเมือง. (15 กรกฎาคม 2553). หน้า 13; “ศธ.หนุน กม.คุ้มครอง น.ร.ท้อง” ข่าวสด. (15 กรกฎาคม 2553). หน้า 15.
17. “ประชาพิจารณ์หนุน พ.ร.บ.เจริญพันธุ์” ผู้จัดการรายวัน. (17 สิงหาคม 2553). หน้า 10.
18. “ร่าง ก.ม.คุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์ฉลุย” ไทยรัฐ. (17 สิงหาคม 2553). หน้า 15.
19. “ประชาพิจารณ์ ‘ก.ม.เจริญพันธุ์’ ผ่านฉลุย” กรุงเทพธุรกิจ. (17 สิงหาคม 2553). หน้า 7.
20. “ประชาพิจารณ์หนุน พ.ร.บ.เจริญพันธุ์” อ้างแล้ว.
21. “ประชาพิจารณ์ ‘ก.ม.เจริญพันธุ์’ ผ่านฉลุย”. อ้างแล้ว.
22. “ประชาพิจารณ์หนุน พ.ร.บ.เจริญพันธุ์” อ้างแล้ว.
23. “ส.ว.ดัน พ.ร.บ.เจริญพันธุ์ฯ แก้ปัญหา ‘วัยรุ่น’ ทำแท้ง” กรุงเทพธุรกิจ. (23 พฤศจิกายน 2553). หน้า 7; “กม.คุ้มครองเด็กหญิงแม่ ความหวังใหม่แก้ปัญหาทำแท้งเถื่อน” ไทยโพสต์. (31 ธันวาคม 2553). หน้า 8; “อภิสิทธิ์ หนุนร่าง ก.ม.อนามัยเจริญพันธุ์” ไทยรัฐ. (27 พฤศจิกายน 2553).
24. “รัฐผุดกฎหมายช่วยเด็กยุคใหม่อุ้มท้องเข้าเรียนได้แบบไม่ต้องอาย” ผู้จัดการรายสัปดาห์. ฉบับที่ 106 ปีที่ 3 (6-12 ธันวาคม 2553). หน้า A5.
25. “ครม.ไฟเขียวกฎหมายอนามัยเจริญพันธุ์” ไทยรัฐ. (15 ธันวาคม 2553). หน้า 15; “ครม.ผ่านร่างกฎหมายอนามัยเจริญพันธุ์” กรุงเทพธุรกิจ. 15 ธันวาคม 2553.; “ไฟเขียว กม.เจริญพันธุ์ นร.ท้องเรียนได้” ผู้จัดการรายวัน. 15 ธันวาคม 2553.; “ครม. อนุมัติ นร.ท้องเรียนได้-ลาคลอด” ข่าวสด. 15 ธันวาคม 2553. หน้า 1, 14; “ผ่าน พรบ.ดังช่วย นร.ท้อง ตะลึงตัวเลขหญิงทำแท้ง” 15 ธันวาคม 2553.
26. “ครม. อนุมัติ นร.ท้องเรียนได้-ลาคลอด” ข่าวสด. (15 ธันวาคม 2553). หน้า 1, 14
27. Center for Reproductive Rights. Governments in Action: Legal and Policy Developments Affecting Reproductive Rights. Briefing Paper. February 2005.

8. ความ (ไม่) มั่นคงทางอาหาร... จากโลกถึงไทย

1. “โลกเผชิญวิกฤตอาหารรอบใหม่” ประชาชาติธุรกิจ. (9-12 กันยายน 2553).
2. “ผวาไฟอาหรับลามไม่หยุด ดันราคาทอง-ดบ.-น้ำมันกระฉูด”. แนวหน้า. (27 กุมภาพันธ์ 2554).
3. อ่านรายละเอียดใน มูลนิธิชีววิถีและองค์กรความร่วมมืออื่นๆ. *จากฐานทรัพยากรสู่ความมั่นคงทางอาหาร*. หน้า 9-10.
4. “ความมั่นคงทางอาหาร” คมชัดลึก. (17 กรกฎาคม 2552).
5. มูลนิธิชีววิถี และองค์กรความร่วมมืออื่นๆ. อ้างแล้ว. หน้า 17-25.
6. www.mcot.net. (26 พฤษภาคม 2553).
7. คมชัดลึก. (27 ตุลาคม 2553).
8. “เพลี้ยกระโดดสีน้ำตาลระบาดหนัก นาข้าวเสียหายกว่า 7 แสนไร่” (2 กันยายน 2553). สืบค้นจาก www.isnhotnews.com.
9. สำนักข่าวแห่งชาติ กรมประชาสัมพันธ์ (8 ตุลาคม 2553). สืบค้นจาก www.thainewsagency.com.
10. “ล่าอาณานิคมใหม่” ไทยโพสต์. (12 กรกฎาคม 2552).
11. สืบค้นจาก www.biothai.net.
12. โพสต์ทูเดย์ (5 สิงหาคม 2552).
13. ผู้จัดการรายวัน. (11 สิงหาคม 2552).
14. ไทยโพสต์. (13 สิงหาคม 2552).
15. สืบค้นจาก www.ftawatch.org.
16. “ชาวนาคนสุดท้ายแห่งบ้านนาบอน” (23 ตุลาคม 2553). สืบค้นจาก www.oknation.net
17. มูลนิธิชีววิถีและองค์กรความร่วมมืออื่นๆ. อ้างแล้ว.
18. “โลกขาดแคลนอาหาร แต่ไทยขาดบัณฑิตการเกษตร” โพสต์ทูเดย์. (3 ธันวาคม 2552).
19. “ปฏิรูปอาหารนำเข้า สกัดอาหารปนเปื้อนสารพิษเข้าประเทศ” กรุงเทพธุรกิจ. (26 ตุลาคม 2553).
20. “ครัวไทยสู่ครัวโลกสั่นคลอน เมนูผัดกะเพราร่อแร่ อียูยันผักมีสารตกค้าง” เดลินิวส์. (26 ตุลาคม 2553).
21. “เตือนโลกเผชิญวิกฤตอาหาร นักวิทยาศาสตร์อังกฤษแนะยอมรับอาหารจีเอ็มโอ” กรุงเทพธุรกิจ. (26 มกราคม 2554).
22. “FTA พ่นพิษเกษตรกรสะอื้น ลำไย-แคบหมูนอกตีตลาด” โลกวันนี้. (20 ธันวาคม 2553).
23. “มาตรา 190 ต้องเอื้อต่อความมั่นคงทางอาหาร”. (24 สิงหาคม 2552). บทความออนไลน์ใน http://www.biothai.net/node/4948
24. มูลนิธิชีววิถีและองค์กรความร่วมมืออื่นๆ. อ้างแล้ว หน้า 15.

9. โฆษณาสุขภาพเกินจริง ไร้การควบคุม

1. “สธ.ปลื้มจับของเถื่อน 600 ล.”. คมชัดลึก. (5 มกราคม 2554).
2. “โฆษณาสินค้าครอบจักรวาลเหิมเกริม อย.ผนึกเครือข่ายพันธมิตรสแกนเข้ม”. สยามธุรกิจ. (25-27 พฤศจิกายน 2552).
3. “แพทยสภาแฉคดีโฆษณาเกินจริงอื้อ”. พิมพ์ไทย. (12 มีนาคม 2553).
4. “สื่อใหม่โต ส่งโฆษณายาลดอ้วนเวอร์เฟ่อง อย.จับตะทั้งสมุนไพร-กาแฟ กว่า 200 คดี”. ผู้จัดการรายสัปดาห์. (11-17 มกราคม 2553).
5. “สดจากสนามข่าว: มหันตภัยยาลดอ้วน น.ร.สาว ม.6 สังเวย ตะลึงซื้อ-ขายว่อนเน็ต”. ข่าวสด. (8 มิถุนายน 2553).
6. “กพย.แนะปรับปรุงฉลากยา-ผู้บริโภคระวังซื้อทางเน็ต”. มติชน. (9 กรกฎาคม 2553).
7. “สคบ.สั่งจับตาโฆษณาเคเบิลหวั่นซ้ำรอย “ป้าเช็ง” หลอกลวงประชาชน”. ผู้จัดการ 360° รายสัปดาห์. (1-7 มีนาคม 2553).
8. “ทีวีดาวเทียมฮึดสู้ หวั่น กม.กระทบธุรกิจ”. โพสต์ทูเดย์. (7 เมษายน 2553).
9. “อย. เอาจริงแล้ว”. เนชั่นสุดสัปดาห์. (28 สิงหาคม-3 กันยายน 2552).
10. “โฆษณาสินค้าครอบจักรวาลเหิมเกริม อย.ผนึกเครือข่ายพันธมิตรสแกนเข้ม”. สยามธุรกิจ. (25-27 พฤศจิกายน 2552).
11. “สายลับจับผิดโฆษณาลวง”. เดลินิวส์. (12 มกราคม 2554).

10. โรคอ้วนในสังคมบริโภค

1. “ธุรกิจร้านอาหาร นำโด่ง นำเทรนด์ขยายธุรกิจปี 54”. กรุงเทพธุรกิจ. (21 มกราคม 2554).
2. “ชี้ทั่วโลกวิตกเรื่องน้ำหนักตัวเกินเหตุ WHO เผยคน 1,600 ล้าน นน.เกิน”. แนวหน้า. (16 มกราคม 2553).
3. “สมัชชาสุขภาพ หวั่นคนไทยอ้วนเกินพิกัด แจงผลเสีย ร้ายกว่าที่คิด”. บ้านเมือง. (29 มกราคม 2553).
4. “นายกฯ ห่วงคนไทยอ้วนลงพุง 10 ล้านคน หวั่นในอนาคตอีก 6 ปี เด็กไทยน้ำหนักเกินตัว”. แนวหน้า. (7 กุมภาพันธ์ 2553).
5. “สิ่งไม่เล็กที่เรียก ‘อ้วน’ ใกล้ตัวคนไทย ‘ภัยพุง’ บั่นทอนชีวิต”. เดลินิวส์. (28 สิงหาคม 2553).
6. “โรคอ้วน... ภัยเงียบที่คุกคามเด็ก”. มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 1. (กุมภาพันธ์ 2553).

7. “โรคอ้วน... ภัยเงียบที่คุกคามเด็ก”. อ้างแล้ว.
8. “โรคอ้วน... ภัยเงียบที่คุกคามเด็ก”. อ้างแล้ว
9. “สรรหามาเล่า: เตือน ‘ป๊อบคอร์น’ โรงหนัง กินมากอ้วน”. ไทยโพสต์. (14 มีนาคม 2553).
10. “วาระประเทศไทย: คนรุ่นใหม่ “ลดไขมัน-น้ำตาล-เกลือ””. คมชัดลึก. (28 ตุลาคม 2553).
11. “เด็กไทยกว่า 97% ชอบดื่มน้ำหวาน”. โลกวันนี้. (9 มิถุนายน 2553).
12. “เทรนด์เลี้ยงแบบเทิดทูน “สพฐ.” ชี้เหตุลูกอ้วนลงพุง”. มติชน. (23 พฤศจิกายน 2553).
13. กฤษฎา ศุภวรรธนะกุล. “หลุมดำ UNCENSORED 2”. พิมพ์บูรพา. (กันยายน 2549).
14. “หยุดความหวานขจัดโรคร้ายเด็ก”. ไทยโพสต์. (15 มกราคม 2554).
15. “เกาะติด 1 ปี ปฏิบัติการระดับชาติ เพื่อจำกัด “ภัยอ้วน””. สานพลัง. ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2553).
16. “วาระประเทศไทย: คนรุ่นใหม่ “ลดไขมัน-น้ำตาล-เกลือ””. คมชัดลึก. (28 ตุลาคม 2553).

4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

1. คนไร้สัญชาติในประเทศไทยได้คืนสิทธิประกันสุขภาพ : ท่าดีทีเหลว

- กฤตยา อาชวนิจกุล. 2554. ‘การจัดระบบคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในบริบทประเทศไทย’. ใน *ประชากรและสังคม 2554* ฉบับ จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย. สุรีย์พร พันพึ่ง และมาลี สันภูวรรณ์. (บรรณาธิการ). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ความเห็นของ นางอรพิน วิมลภูษิต ผู้จัดการแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ใน ‘กองทุนสุขภาพคนไร้สถานะส่อวุ่น! หวั่นงบไม่พอ เสนอซื้อประกันสุขภาพ สปสช.แทน’ ผู้จัดการออนไลน์. (4 เมษายน 2553).

2. จากสถานีอนามัย สู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จุดเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข

- คณะทำงานติดตามและสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล. (3 เมษายน 2552). (ร่าง) ข้อเสนอการพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2552-2555 (ฉบับปรับปรุง 3 เมษายน 2552). สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2554 จาก bps.ops.moph.go.th/Jang/index.html
- ยกระดับสถานีอนามัย สู่ รพ.ส่งเสริมสุขภาพตำบล-ดีเดย์ 1 ต.ค. 1001 แห่ง. (15 กันยายน 2552). สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2554 จาก สำนักข่าวสร้างสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

3. หลักประกันสุขภาพของไทย ความสำเร็จที่นานาชาติยอมรับ

- ชูต้นแบบ “สาธารณสุขอาเซียน” ASSA ปลื้มระบบประกันสุขภาพไทย “เข้าถึง-เท่าเทียม-เป็นธรรม”. ไทยรัฐ. (28 กันยายน 2553).
- ต่างชาติหนุนไทยเป็นฮับความรู้ด้านหลักประกันสุขภาพ. ไทยรัฐออนไลน์. (8 ธันวาคม 2553)..
- “ฮู” ชมไทยต้นแบบระบบประกันสุขภาพดูแลคนไข้โรคไต. ผู้จัดการออนไลน์. (19 กรกฎาคม 2553).

4. สร้างเด็กไทยยุคใหม่ สูงใหญ่ เก่งเกินวัย ด้วยโครงการดูแลการบริโภคอาหาร

- ภาวะโภชนาการเด็กไทยพร่องขาด ฉุด ‘ไอคิว-อีคิว’ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน. สยามธุรกิจ. (24-26 กุมภาพันธ์ 2553).
- วิกฤตเด็กไทย ผอม-อ้วน-เตี้ย...เรียนไม่เก่ง. ประชาชาติธุรกิจ, ฉบับที่ 4186, หน้า 41. (22-24 กุมภาพันธ์ 2553).

เอชไอเอ : กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ

กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). เอกสารจุดประเด็นการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ.* วันที่ 27 ตุลาคม 2553 ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร.

คณะกรรมการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตาม มาตรา 67 วรรคสองของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. (2553). *ข้อเสนอเรื่อง “โครงการหรือกิจการที่อาจมีผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสุขภาพ”.* เรียกใช้เมื่อ 28 มกราคม 2554 จาก สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ: http://www.thia.in.th/download/02_03_knowledge/5_doc/doc2.pdf

คณะอนุกรรมการศึกษาและเติมเต็มทางเทคนิคเพื่อลดและขจัดมลพิษในมาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียง. (23 มิถุนายน 2553). *รายงานฉบับสมบูรณ์ สถานการณ์ปัจจุบันประเด็นปัญหาที่สำคัญของปัญหามลพิษ และแนวทางในการแก้ปัญหาและเติมเต็มในมาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตามมาตรา 67 วรรคสองของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย.* เรียกใช้เมื่อ 25 มกราคม 2554 จาก ศูนย์ประสานงานพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ: http://www.thia.in.th/download/02_03_knowledge/5_doc/doc3.pdf

คนึงนิจ ศรีบัวเอี่ยม. (2552). *กระบวนการยุติธรรมสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ บทเรียนจากคดีมาบตาพุด.* (ยุวดี คาดการณ์ไกล, บ.ก.) กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที คิว พี จำกัด.

จาก EIA ถึง HIA เพิ่มตะแกรงกรองโครงการร้าย รักษาสิ่งแวดล้อม ปกป้องสุขภาวะ วันนี้ไปถึงไหนแล้ว? (ตุลาคม 2552). *หนังสือพิมพ์อีคอนนิวส์, 20* (508), หน้า 14-19.

เดชรัต สุขกำเนิด, ดนัย กล่าวแล้ว, และ สมพร เพ็งค่ำ. (2549). (ร่าง) รายงานการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2549 และประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554). *เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549 การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ภูมิคุ้มกันสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุข.* กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.

เดชรัต สุขกำเนิด, ศุภกิจ นันทะวรการ, วิภวา ชื่นจิต, และ สุพรรณี ศฤงฆาร. (2551). อนาคตระยองในอีก 10 ปี ข้างหน้า. *เอกสารประกอบการเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ครั้งที่ 2.* ระยอง: โรงแรมสตาร์.

เรณู เวชรัชต์พิมล. (2553). แนวทางลดผลกระทบของอุตสาหกรรมมาบตาพุดต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน. *สไลด์ประกอบการนำเสนอผลงานวิจัยแห่งชาติ 2553 มหาวิทยาลัยศิลปากร รับผิดชอบจัดการนำเสนอในประเด็นสิ่งแวดล้อม.*

ภารณี สวัสดิรักษ์. (2553). เอกสารจุดประเด็นการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในระดับนโยบายสาธารณะ : กรณีการจัดทำผังเมือง. *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ.* วันที่ 27 ตุลาคม 2553 ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร.

มูลนิธินโยบายสุขภาวะ. (ม.ป.ป.). *แนวคิดสุขภาพ นโยบายเพื่อสุขภาพ และการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ.* เรียกใช้เมื่อ 21 ธันวาคม 2553 จาก ศูนย์ประสานงานพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ: http://thia.in.th/download/05_02_articles/HIA_Articles_28.pdf

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2553). *ยังมีตะวัน... ที่มาบตาพุด.* (สายศิริ ด่านวัฒนะ, บ.ก.) กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒนไพศาล.

ระเบียบวาระที่ 3.11 ระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในสังคมไทย. (2551, พฤศจิกายน 20). Retrieved มกราคม 12, 2554, from สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1: http://nha2008.samatcha.org/sites/default/files/3.11L_HIA_report%20final.pdf

วัชราภรณ์ วัฒนขำ. (2553). เอกสารจุดประเด็นการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในระดับชุมชน. *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ .* วันที่ 27 ตุลาคม 2553 ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม. (2553). *แนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: เอสพีก็อปปี้ปริ้น.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ. (2553). เอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการ. *เรื่อง การกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Public Scoping): ปัญหาหรือความท้าทายของสังคมไทย.* วันที่ 24 มิถุนายน 2553 โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *เปลี่ยนไป “เลย” ชะตากรรมของเมืองเลยภายหลังจากการเข้ามาของเหมืองทองคำ.* กรุงเทพมหานคร: บริษัท แปลนพริ้นติ้ง จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *เรียนรู้โลก ห่างไกลโลก* (พิมพ์ครั้งที่ 3). (วิพุธ พูลเจริญ, เดชรัต สุขกำเนิด, และ วิภวา ชื่นชิต, บ.ก.) กรุงเทพมหานคร: บริษัทคุณาไทย จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *เสียงสะท้อนสุขภาพ ประสบการณ์จริง HIA 5 พื้นที่ 5 มุม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: บริษัทคุณาไทย จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *แผนพัฒนาภาคใต้ ภายใต้เงาอุตสาหกรรม.* กรุงเทพมหานคร: หจก. สหพัฒนไพศาล.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *การกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของชุมชนอย่างรุนแรง.* กรุงเทพมหานคร: บริษัท แปลนพริ้นติ้ง จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). ปฏิรูปสุขภาพ: ปฏิรูปชีวิตและสังคม บันทึกการปฏิรูประบบสุขภาพ เล่ม 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พิมพ์ดี จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *ระบบเอชไอเอประเทศไทยควรเป็นอย่างไรในอีก 5 ปี ข้างหน้า.* กรุงเทพมหานคร: บริษัท แปลนพริ้นติ้ง จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ.* กรุงเทพมหานคร: บริษัท คุณาไทย จำกัด.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *อนาคตระยอง เส้นทางสู่สังคมคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (บำเพ็ญ ไชยรักษ์, และ สมพร เพ็งค่ำ, บ.ก.) กรุงเทพมหานคร: บริษัทคุณาไทย จำกัด.

สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2553). *ระบบการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บี.วี.ออฟเซ็ต.

อัจฉรา จินวงษ์. (2553). เอกสารจุดประเด็น การจัดการศึกษา เรื่อง การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ. *เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ .* วันที่ 27 ตุลาคม 2553 ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร.

อำพล จินดาวัฒนะ. (2553). *เอช ไอ เอ หนุนหรือฉุดการพัฒนา.* (สมพร เพ็งค่ำ, บ.ก.) กรุงเทพมหานคร: บริษัทคุณาไทย จำกัด.

แหล่งข้อมูลบุคคล

ดร. เดชรัต สุขกำเนิด. คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. สัมภาษณ์, 4 ตุลาคม 2553.

คุณเสขสิริ ปิยะเวช. บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์และการกลั่น จำกัด. สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2553.

นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย. สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2553.

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สัมภาษณ์, 11 พฤศจิกายน 2553.

คุณสมพร เพ็งค่ำ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สัมภาษณ์, 11 พฤศจิกายน 2553.

คุณภารณี สวัสดิรักษ์. เครือข่ายวางแผนและผังเมืองเพื่อสังคม. สัมภาษณ์, 23 พฤศจิกายน 2553.

ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัดทางสุขภาพ

เกณฑ์ในการจัดทำรายงาน “สุขภาพคนไทย 2554”

กระบวนการทำงาน

1. ศึกษาประเด็นตัวชี้วัดตามกรอบแนวคิดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ พิจารณาตัวชี้วัดที่อยู่ภายใต้กรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ และเพิ่มเติมตัวชี้วัดในหมวดที่ยังไม่มีการจัดเก็บตามที่กรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดไว้
2. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญ กำหนดผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้รอบในตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ มีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และข้อมูลนั้นมีการจัดเก็บทุกปี
3. กำหนดกรอบเวลาในการเขียนบทความ ผู้เชี่ยวชาญรับผิดชอบหลักในแต่ละหมวด ได้ทราบถึงแนวทางการเขียน วัตถุประสงค์ของการนำเสนอแต่ละหมวดตัวชี้วัด และข้อกำหนดเวลาเบื้องต้นในค้นคว้าหาข้อมูล และจัดทำเนื้อหา
4. ทำการร่างเนื้อหาตัวชี้วัดสุขภาพตามหมวดที่ได้รับมอบหมาย
5. ประชุมระดมสมอง พิจารณาร่างงานตัวชี้วัด เพื่อร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด โดยผ่านการประชุมคณะทำงานสุขภาพคนไทย และคณะกรรมการชี้ทิศทาง ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ โดยอ่านภาพรวมทุกหมวดในชุดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย พร้อมให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขงาน
6. ส่งงานที่ผ่านการแก้ไขจากผู้ทรงคุณวุฒิ ให้กับผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหาและข้อมูล

เกณฑ์ในการจัดทำเนื้อหาตัวชี้วัด

1. ค้นหาสาระสำคัญ (Key message) ของหมวดที่จะนำเสนอ เพื่อให้เนื้อหาไม่กระจัดกระจายในการนำเสนอ
2. ค้นหาสถิติข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดแต่ละตัวที่คัดเลือก โดยเน้นข้อมูลรายปี เพื่อนำเสนอแนวโน้ม และรวมถึงผลการสำรวจล่าสุด เพื่อให้เห็นสถานการณ์
3. เน้นรูปแบบ และเนื้อหาที่ง่ายต่อการอ่าน และเข้าใจต่อผู้อ่านทุกกลุ่มวัย

ส่วนที่ 2
10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ และ 4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่น

- เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2553
- มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายรวมถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
- เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
- เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
- เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

สำหรับผลงานดีๆ ของคนไทยทางสุขภาพ เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้น ความก้าวหน้าทางวิทยาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

เกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น

- สำรวจความคิดเห็นจากประชาชนทั่วไป โดยใช้แบบสำรวจสถานการณ์ที่มีสถานการณ์สำคัญในสังคมไทยทั้งที่เป็นข่าวและไม่เป็นข่าว เกิดขึ้นตั้งแต่ต้นปี 2553 จนถึง ณ เวลาที่ทำการสำรวจสถานการณ์ การเรียงลำดับสถานการณ์ในแบบสำรวจจัดเรียงโดยการจับสลาก ซึ่งไม่ใช่การจัดลำดับความสำคัญ สำหรับตัวเลือกความคิดเห็นของประชาชนแต่ละสถานการณ์นั้นจะให้ความสำคัญ โดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 อันดับ คือ มาก (คะแนน =3 คะแนน) ปานกลาง (คะแนน =2 คะแนน) และน้อย (คะแนน =1 คะแนน)
- การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมสถิติ (SPSS) เพื่อหาค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย จากนั้นนำมาเรียงลำดับความสำคัญ
- การตัดสินเลือกสถานการณ์เด่นประจำปีได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการชี้ทิศทางโครงการสุขภาพคนไทย

ส่วนที่ 3
เรื่องพิเศษประจำฉบับ

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับมี 2 ลักษณะ คือ เป็นเรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมาย (target group oriented) กับเรื่องเฉพาะประเด็น (issue oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องแต่ละลักษณะสลับกันไปในแต่ละปี ที่มาของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมาก็ได้

เกณฑ์การเลือกเรื่องพิเศษประจำฉบับ

- เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
- เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
- เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

กระบวนการทำงาน

1. คณะกรรมการชี้ทิศทางประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี
2. คณะทำงานสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงร่างของรายงาน
3. ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อร่างเนื้อหารายงานในเชิงวิชาการ
4. คณะทำงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ อีกครั้ง
5. ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหารายงานและปรับแก้ไข

รายชื่อ คณะกรรมการชี้ทิศทาง ปี 2554

1. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประธาน

2. นพ. วิชัย โชควิวัฒน
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์
กรรมการ

3. นพ. อำพล จินดาวัฒนะ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
กรรมการ

4. นพ. พินิจ ฟ้าอำนวยผล
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
กรรมการ

5. นพ. ณรงค์ กษิติประดิษฐ์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กรรมการ

6. นพ. ชูชัย ศุภวงศ์
สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
กรรมการ

7. รศ. อภิญญา เวชยชัย
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
กรรมการ

8. ดร. สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ
สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการ

9. คุณยุวดี คาดการณ์ไกล
สถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
กรรมการ

10. คุณปาริชาต ศิวะรักษ์
นักวิจัยอิสระ *กรรมการ*

11. คุณเบ็ญจพร ฉัตรกุล ณ อยุธยา
สำนักงานสถิติแห่งชาติ *กรรมการ*

12. คุณวรัญญา เตียวกุล
นักวิชาการอิสระ *กรรมการ*

13. อาจารย์พิภพ ธงไชย
มูลนิธิเด็ก *กรรมการ*

14. อาจารย์สุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์
องค์กรชุมชนคลองขนมจีน อ. เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา
กรรมการ

15. คุณเบญจมาภรณ์ จันทรพัฒน์
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
กรรมการ

16. รศ.ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการและเลขานุการ

17. รศ.ดร. ชาย โพธิสิตา
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

18. รศ.ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

19. ดร. เฉลิมพล แจ่มจันทร์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

20. คุณกุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ประสานงานโครงการ

21. คุณปาณฉัตร ทิพย์สุข
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ประสานงานโครงการ

22. คุณสาสินี เทพยสุวรรณ์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ประสานงานโครงการ

รายชื่อ ผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2554

ผู้ทบทวนรายงานทั้งเล่ม

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน
สถาบันการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์
คุณปาริชาต ศิวะรักษ์
นักวิจัยอิสระ

ผู้เชี่ยวชาญตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล
กรมสุขภาพจิต
ทันตแพทย์หญิงกนิษฐา บุญธรรมเจริญ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
คุณจิตปราณี วาศวิท
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ
คุณรังสรรค์ ปิ่นทอง
สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ
ดร.สาวิตรี ทยานศิลป์
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว
มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ปรึกษาข้อมูลเรื่องพิเศษประจำฉบับ

นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย
นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
ดร. เดชรัต สุขกำเนิด
คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
คุณภารณี สวัสดิรักษ์
เครือข่ายวางแผนและผังเมืองเพื่อสังคม
คุณสมพร เพ็งค่ำ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
คุณเสขสิริ ปิยะเวช
บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์และการกลั่น จำกัด

รายชื่อผู้เขียน สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

คุณปิยนาถ วรศิริ
นักเขียนอิสระ
คุณอวยพร แต้ชูตระกูล
นักเขียนอิสระ
คุณณัฐยา บุญภักดี
มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง
คุณกฤษดา ศุภวรรธนะกูล
นักเขียนอิสระ

รายชื่อคณะทำงานสุขภาพคนไทย

รศ.ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา บรรณาธิการ
รศ.ดร. ชาย โพธิสิตา
เรียบเรียงและประมวล “เรื่องพิเศษประจำฉบับ”
รศ.ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล
เรียบเรียงและประมวล “สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ”
ดร. เฉลิมพล แจ่มจันทร์
เรียบเรียงและประมวล “ตัวชี้วัดสุขภาพ”
คุณกุลวีณ์ ศิริรัตน์มงคล รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น
คุณปาณฉัตร ทิพย์สุข รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น
คุณสาสินี เทพสุวรรณ์ รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น

ขอบคุณจากใจ

8 ปี ที่หนังสือสุขภาพคนไทยสำเร็จลงได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์ข้อมูล ให้ความรู้ ตรวจสอบข้อมูล จากผู้ทรงคุณวุฒิหลายๆ ท่าน สำหรับปีนี้ เช่นเดียวกัน คณะทำงานสุขภาพคนไทย ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ดร.เดชรัต สุขกำเนิด คุณสมพร เพ็งค่ำ คุณภารณี สวัสดิรักษ์ และคุณเสขสิริ ปิยะเวช ที่กรุณาให้ข้อมูลความรู้ ประสบการณ์การทำงาน และข้อคิดในเรื่องของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ทำให้ "เรื่องพิเศษประจำฉบับ" มีมุมมองที่หลากหลาย มีความครบครันในเนื้อหาสาระ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญจัดทำตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ **นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์ นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล ทันตแพทย์หญิงกนิษฐา บุญธรรมเจริญ คุณจิตปราณี วาศวิท คุณรังสรรค์ ปิ่นทอง** และ**ดร.สาวิตรี ทยานศิลป์** ที่ได้ช่วยสนับสนุนข้อมูลที่มีความทันสมัย เข้าใจง่ายเหมาะสำหรับแก่ผู้อ่านทั่วไป

ขอขอบคุณคณะนักเขียน: **คุณปิยะนาถ วรศิริ คุณอวยพร แต้ชูตระกูล คุณณัฐยา บุญภักดี** และ**คุณกฤษฎา ศุภวรรธนะกูล** ที่ช่วยร่างสถานการณ์เด่นให้มีเนื้อเรื่องชวนอ่านน่าติดตาม เพื่อให้ทีมนักวิชาการใช้เป็นฐานในการเขียนสถานการณ์เด่นทั้ง 10 เรื่อง

และสำคัญที่สุด **นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน** และ**คุณปาริชาต ศิวะรักษ์** ที่กรุณาสละเวลาอ่านบทความต้นฉบับ ขัดเกลาเนื้อหา พร้อมทั้งเสนอแนะแก้ไข และขอขอบคุณผู้ติดตาม "สุขภาพคนไทย" มาโดยตลอดทุกปี

ขอได้รับความขอบคุณจากใจ
คณะทำงานสุขภาพคนไทย

ฉลาดเลือก
เลือกสุขภาพ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)