สุขภาพคนไทย 2558

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

อุบายขายสุขภาพ

เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือแสวงหากำไร





11 ตัวชี้วัดสุขภาพอาเซียน
10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ
4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

ข้อมูลทางบรรณานุกรม

สุขภาพคนไทย 2558 : อุบายขายสุขภาพ: เมื่อสุขภาพเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือหากำไร / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. -- พิมพ์ครั้งที่ 1. -- นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558
(เอกสารทางวิชาการ / สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ; หมายเลข 443)
ISBN 978-616-279-643-2

1. ยา. 2. ยา -- การตลาด. 3. พระราชบัญญัติยา -- ไทย. 4. ความปลอดภัย. 5. การขนส่งมวลชน. 6. การจัดการขยะ. 4. ดัชนีสุขภาพ. 5. ภาวะสุขภาพ -- ดัชนีชี้วัด. I. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. II. ชื่อชุด.
WA100 ส743 2558

ออกแบบและศิลปกรรม
กราฟฟิกหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ
ออกแบบและจัดหน้าหมวด
10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ และเรื่องเด่นประจำฉบับ

สุกัญญา พรหมทรัพย์
บ้านท้ายซอยดีไซน์ (facebook.com/bantaisoidesign)

จัดพิมพ์โดย
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)
ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
และ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

สำนักพิมพ์
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 0-24415221
เว็บไซต์ www.ipsr.mahidol.ac.th

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
เลขที่ 99/8 อาคารศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ ซอยงามดูพลี แขวงทุ่งมหาเมฆ เขตสาทร กรุงเทพฯ 10120
โทรศัพท์ 02-343-1500 โทรสาร 02-343-1551
เว็บไซต์ www.thaihealth.or.th

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
เลขที่ 88/39 ชั้น 3 อาคารสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02832-9000 โทรสาร 0-832-9001-2
เว็บไซต์ www.nationalhealth.or.th

ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ ไม่สงวนลิขสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

สุขภาพคนไทย 2558

บอกกล่าว

สุขภาพคนไทย ปี 2558 ย่างก้าวสู่ปีที่ 12 โดยปีที่ผ่านมาประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงมากมายทางการเมืองเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งรายงานสุขภาพคนไทยถือเป็นบทบาทหนึ่งในการบันทึกหน้าประวัติศาสตร์นี้ไว้ในส่วน 10 สถานการณ์เด่นในรอบปี เพื่อเป็นข้อมูลให้สังคมได้รับรู้และเรียนรู้ โดยในปีนี้นำเสนอเรื่อง 1) รัฐประหาร 2557 ผ่าทางตันประเทศไทย 2) ชีวิตบนเส้นด้าย ปัญหาความปลอดภัยของระบบขนส่งสาธารณะของไทย 3) การจัดการขยะและสารพิษ: ขึ้นแท่นวาระแห่งชาติ? 4) อีโบลาและการจัดการโรคข้ามพรมแดน 5) ‘การอุ้มบุญ’กับสิ่งที่สังคมไทยควรรับรู้ 6) พ.ร.บ.ยาฉบับใหม่ ใครได้ ใครเสีย 7) ‘เขตสุขภาพ’ บนความเห็นต่าง ประชาชนคือผู้รับเคราะห์ 8) แผ่นดินไหวเชียงราย ผลกระทบต่อชุมชนและการจัดการปัญหา 9) เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน: เหรียญสองด้านที่พึงตระหนัก 10) ปัญหาอาชญากรรม: หนามยอกอก การท่องเที่ยวไทย

ปี 2558 เป็นปีที่ประชาคมอาเซียนจะเปิดเสรีการค้าระหว่างกัน จึงเป็นจังหวะอันดีที่รายงานสุขภาพคนไทย ฉบับนี้ จะเลือกอาเซียนมาเป็นประเด็นสำหรับส่วนดัชนี เพื่อให้เห็นมุมมองต่างๆของประเทศในกลุ่มอาเซียน ทั้งเรื่องประชากร สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ และระบบสุขภาพ

ส่วนเรื่องประจำฉบับ เราหยิบยกเรื่องอุบายขายสุขภาพ เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือแสวงหากำไร เป็นเรื่องพิเศษประจำฉบับ ลำดับเรื่องราวตั้งแต่การตลาดของ “ตลาดยา” ไปจนถึง “การขายความเชื่อความหวัง” เป็นการชี้ให้เห็นถึงกลไกการตลาดอันแยบคายใน “สินค้า” ด้านสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนให้คนปกติกลายเป็นคนป่วย หรือการทำให้ความสวยความงามสามารถซื้อหามาได้ เรื่องประจำฉบับปีนี้จึงเป็นการเปิดมุมมองใหม่ให้ผู้บริโภคได้เข้าใจและตัดสินใจก่อนเลือกรับบริการ

ทีมงานขอขอบคุณผู้อ่านที่ติดตามรายงานสุขภาพคนไทยมาด้วยดีอย่างต่อเนื่อง และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานสุขภาพคนไทย 2558 จะเป็นประโยชน์และให้ความเพลิดเพลินกับการอ่านเหมือนดังเล่มที่ผ่านมา

คณะทำงานสุขภาพคนไทย
มีนาคม 2558

สารบัญ

11 ตัวชี้วัด "สุขภาพอาเซียน"

10 ประเทศอาเซียน ความหลากหลายที่รวมเป็นหนึ่ง 10
ประชากรในอาเซียน 12
สุขภาพกาย 14
สุขภาพจิต 16
พฤติกรรมสุขภาพ 18
การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม 21
สภาพแวดล้อมและความเป็นเมือง 24
การคลังสุขภาพ 26
ทรัพยากรสาธารณสุข 28
ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ 30
อาเซียนกับความท้าทายทางสุขภาพ 32

10 สถานการณ์เด่น ประจำฉบับ 2558

รัฐประหาร 2557 ผ่าทางตันประเทศไทย 36

ชีวิตบนเส้นด้าย ปัญหาความปลอดภัย ของระบบขนส่งสาธารณะของไทย 40

การจัดการขยะและสารพิษ: ขึ้นแท่นวาระแห่งชาติ? 44

อีโบลาและการจัดการโรคข้ามพรมแดน 49

'การอุ้มบุญ' กับสิ่งที่สังคมไทยควรรับรู้ 53

พ.ร.บ.ยาฉบับใหม่ ใครได้ ใครเสีย 57

'เขตสุขภาพ' บนความเห็นต่าง ประชาชนคือผู้รับเคราะห์ 61

แผ่นดินไหวเชียงราย ผลกระทบต่อชุมชน และการจัดการปัญหา 65

เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน: เหรียญสองด้านที่พึงตระหนัก 69

ปัญหาอาชญากรรม: หนามยอกอก การท่องเที่ยวไทย 74

เรื่องพิเศษประจำฉบับ อุบายขายสุขภาพ

อุบายขายสุขภาพ 82
เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือแสวงหากำไร

4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

พ่อหนานอินสม สิทธิตัน หมอไทยดีเด่นแห่งชาติ 78

สมุนไพรกับบัญชียาหลักแห่งชาติ 78

ปีทองของกีฬาไทย 79

คนไทยกับรางวัลกีต้าร์คลาสสิกระดับโลก 79

ภาคผนวก

เอกสารอ้างอิง 107

เกณฑ์ในการจัดทำรายงาน "สุขภาพคนไทย 2558" 114

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง 116

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ 117

รายชื่อทีมเขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพ 117

รายชื่อคณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย 118



สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2558. ชื่อบทความ. สุขภาพคนไทย 2558 (เลขหน้าของบทความ).
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ตัวอย่าง

โครงการสุขภาพคนไทย. 2558. 10 ประเทศอาเซียน ความหลากหลายที่รวมเป็นหนึ่ง.
สุขภาพคนไทย 2558 (หน้า 10-11). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



11 ตัวชี้วัด
สุขภาพอาเซียน



11 ตัวชี้วัดสุขภาพอาเซียน

"บนความเหมือนที่แตกต่าง และความหลากหลายที่ยังคงเหลื่อมล้ำ ใน 10 ประเทศอาเซียน ไม่ว่าจะเป็นทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีความเข้มแข็ง ระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมถ้วนหน้า รวมถึงการส่งเสริมวิถีชีวิตอาเซียนที่ดีต่อสุขภาพ (Healthy ASEAN Lifestyles) เป็นโจทย์ท้าทายที่สำคัญ"

เพื่อต้อนรับปี 2558 ซึ่งเป็นปีปักหมุดของการเข้าสู่การเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community หรือ AEC) สุขภาพคนไทย 2558 ฉบับนี้ นำเสนอ "11 ตัวชี้วัดสุขภาพอาเซียน" ที่สะท้อนสถานการณ์ ทิศทางและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของประชากรในภูมิภาค พฤติกรรมทางสุขภาพที่สำคัญ รวมถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เป็นทั้งโอกาสและความท้าทายในหลากหลายมิติ ความเข้มแข็งของการพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องการคลังสุขภาพ ทรัพยากรสาธารณสุขและความเป็นธรรมด้านสุขภาพในแต่ละประเทศสมาชิก

อาเซียนเป็นกลุ่มความร่วมมือระดับภูมิภาคที่มีความโดดเด่นของความหลากหลายระหว่างประเทศสมาชิกในหลายแง่มุม จำนวนประชากรในอาเซียนรวมกัน คิดเป็นประมาณถึงร้อยละ 9 ของประชากรโลก หลายประเทศยังคงอยู่ในช่วงของการได้รับประโยชน์จากการปันผลทางประชากร (demographic dividend) สัดส่วนที่เพิ่มขึ้นของประชากรวัยกำลังแรงงานเป็นปัจจัยขับเคลื่อนที่สำคัญและเป็นโอกาสเชิงศักยภาพในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ อย่างไรก็ตาม การคาดประมาณในอีก 20 ปีข้างหน้า ชี้ให้เห็นว่า ทุกประเทศจะเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ สิงคโปร์และไทย ที่จะเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด มีประชากรสูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) ถึงมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรรวมในประเทศ

แม้ในทุกประเทศอาเซียนจะมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น สะท้อนสถานการณ์สุขภาพกายที่ดีขึ้น แต่ความแตกต่างของอายุคาดเฉลี่ยระหว่างประเทศสมาชิกที่ร่ำรวยและประเทศที่ยากจนก็ยังอยู่ในระดับที่สูง อีกทั้งในหลายประเทศ ช่วงอายุของการมีชีวิตอยู่โดยมีสุขภาพไม่เต็มร้อยของประชาชนก็ยังนับว่าค่อนข้างยาวนาน โรคติดต่อ อนามัยแม่และเด็กและภาวะโภชนาการ

เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในประเทศยากจน ขณะที่โรคไม่ติดต่อ กลับเป็นปัญหาที่เพิ่มมากขึ้น ในด้านสุขภาพจิตคนอาเซียนวัยทำงานเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการประสบปัญหาภาวะสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ รายงานความสุขโลก ปี 2556 ชี้ว่าสิงคโปร์และไทยเป็นประเทศที่มีความสุขมากที่สุด 2 อันดับแรกในอาเซียน แต่ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี 2557 กลับแสดงให้เห็นว่า 2 ประเทศนี้มีอัตราการตายของประชากรจากการทำร้ายตนเองสูงที่สุด

การบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ รวมถึงการกินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอยังเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อของประชากรอาเซียน การพัฒนากลไกติดตามและประเมินผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพเหล่านี้ และการจัดตั้งองค์กรกองทุนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจากแหล่งเงินที่มาจากรายได้ภาษีสรรพสามิตบนสินค้าบาปประเภทบุหรี่และเหล้า เป็นข้อเสนอแนะสำคัญที่ประเทศสมาชิกที่ยังไม่มีมาตรการหรือดำเนินการในเรื่องเหล่านี้ควรพิจารณา

10 ประเทศอาเซียนมีความแตกต่างและความเหลื่อมล้ำในระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่สูง เป็นโจทย์การพัฒนาที่ยังท้าทายประเทศสมาชิกส่วนใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง ปัจจุบัน ประชากรเมืองของอาเซียน มีมากกว่า 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด ความเป็นเมืองยังคงมีแนวโน้มขยายตัวต่อเนื่อง นำมาสู่ข้อกังวลต่อปัญหาความแออัดและวิถีชีวิตคนเมืองที่กำลังเปลี่ยนไป รวมถึงผลกระทบทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางภูมิอากาศ

ในด้านการคลังทางสุขภาพ 4 ใน 10 ประเทศสมาชิก ได้แก่ สิงคโปร์ บรูไน มาเลเซียและไทย สามารถพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพที่ให้ความคุ้มครองความเสี่ยงจากค่ารักษาพยาบาลที่ครอบคลุมถ้วนหน้าแล้ว ในหลายประเทศยังคงประสบปัญหาความขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึง ข้อจำกัดในด้านศักยภาพการผลิตบุคลากรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ การเคลื่อนย้ายบุคลากรทางสุขภาพระหว่างประเทศที่คาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเป็นเรื่องหนึ่งที่ควรต้องติดตามและพิจารณาร่วมกันในกรอบความร่วมมือ เช่นเดียวกับประเด็นด้านความเป็นธรรมทางสุขภาพ ซึ่งยังพบว่าเป็นปัญหาในหลายประเทศสมาชิก โดยเฉพาะในเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน บริการอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงสาธารณูปโภคต่างๆ เช่น น้ำดื่มสะอาดและสาธารณสุขมูลฐาน

ภายใต้แนวคิดของอาเซียนในการสร้างความร่วมมือสู่ภูมิภาคที่มี "หนึ่งวิสัยทัศน์ หนึ่งอัตลักษณ์ หนึ่งประชาคม" ในช่วงหลังปี 2558 หรือ Post-2015 ความท้าทายและปัญหาทางสุขภาพจะมีลักษณะที่ซับซ้อนและเป็นพลวัตเพิ่มมากขึ้น การพัฒนาความร่วมมือในระดับภูมิภาคควรตั้งอยู่บนฐานคิดของ "การพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development)" ทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชากรทุกคนในภูมิภาค

1 10 ประเทศอาเซียน ความหลากหลายที่รวมเป็นหนึ่ง

การรวมกันของ 10 ประเทศในภูมิภาคอาเซียน ทำให้อาเซียนกลายเป็นภูมิภาคที่มีความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น และยังเป็นภูมิภาคที่มีความหลากหลายทางชีวภาพมากที่สุดในโลก

บนพื้นที่กว่า 4.43 ล้านตารางกิโลเมตร ต่างก็มีความหลากหลายทางภาษาและวัฒนธรรม ความแตกต่างทางระดับเศรษฐกิจของประเทศ รวมถึงการมีรูปแบบการปกครองที่ต่างกัน ความต่างและหลากหลายนี้ ไม่ทำให้อาเซียนดูแตกแยก แต่กลับเป็นจุดเด่นที่สามารถกลมกลืนเพื่อให้เกิดการพัฒนาร่วมกันได้ ตั้งแต่การยกระดับแรงงาน การค้า การลงทุน รวมไปถึงการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมอันจะเป็นประโยชน์สำคัญที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนโอกาสต่างๆ ในการพัฒนาประเทศ

ข้อมูลประเทศในภูมิภาคอาเซียน

ประเทศ	พื้นที่[2] (ตร.กม.)	ศาสนาหลัก[1]	กลุ่มเชื้อชาติหลัก	การเมืองการปกครอง
บรูไน	5,765	อิสลาม พุทธ คริสต์	มาเลย์ ร้อยละ 66 จีน ร้อยละ 11	สมบูรณาญาสิทธิราชย์
กัมพูชา	181,035	พุทธ	ขะแมร์ ร้อยละ 90	ประชาธิปไตย
อินโดนีเซีย	1,860,360 (พื้นที่ใหญ่ที่สุดในประชาคมอาเซียน)	อิสลาม คริสต์	ชาวเกาะชวา ร้อยละ 41 ชาวซุนดาน ร้อยละ 15	ประชาธิปไตย
ลาว	236,800	พุทธ	ลาว ร้อยละ 55 ขมุ (Khmou) ร้อยละ 11	สังคมนิยม
มาเลเซีย	330,252	อิสลาม พุทธ คริสต์	มาเลย์ ร้อยละ 50 จีน ร้อยละ 23 ชนพื้นเมือง ร้อยละ 11	ประชาธิปไตย
เมียนมาร์	676,577	พุทธ คริสต์ อิสลาม	เมียนมาร์ ร้อยละ 68	ประชาธิปไตย ก่อนปี 2554 ปกครองโดยรัฐบาลทหาร
ฟิลิปปินส์	300,000	คริสต์ อิสลาม	ตากาล็อก ร้อยละ 28 ซีบูเอโน ร้อยละ 13	ประชาธิปไตย
สิงคโปร์	714 (พื้นที่เล็กที่สุดในประชาคมอาเซียน)	พุทธ คริสต์ อิสลาม ฮินดู ไม่นับถือศาสนา	จีน ร้อยละ 77 มาเลย์ ร้อยละ 14	ประชาธิปไตย
ไทย	513,120	พุทธ อิสลาม	ไทย ร้อยละ 75 จีน ร้อยละ 14	ประชาธิปไตย
เวียดนาม	331,051	พุทธ คริสต์	คิน (เวียด) ร้อยละ 86	สังคมนิยม

ที่มา: World Development Indicators Database, The World Bank 2014

[1] ข้อมูลศาสนา จาก องค์ความรู้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

[2] ข้อมูลปี 2554



อาเซียนยังมีแหล่งพลังงานที่มากพอจะประกันความมั่นคงทางพลังงาน หลายประเทศในประชาคมอาเซียนมีความหลากหลายของทรัพยากรธรรมชาติภายในประเทศ เช่น อินโดนีเซีย มีถ่านหิน น้ำมัน ก๊าซธรรมชาติ และโลหะต่างๆ ลาว มีแหล่งแร่ธาตุชนิดต่างๆ เมียนมาร์ มีน้ำมันและก๊าซธรรมชาติ และกัมพูชามีป่าไม้ และแหล่งแร่ธาตุชนิดต่างๆ ความหลากหลายนี้ทำให้กลุ่มประเทศอาเซียนสามารถซื้อขายพลังงานกันได้ หากสามารถเชื่อมโยงระบบสายส่งไฟฟ้าอาเซียนได้สำเร็จ

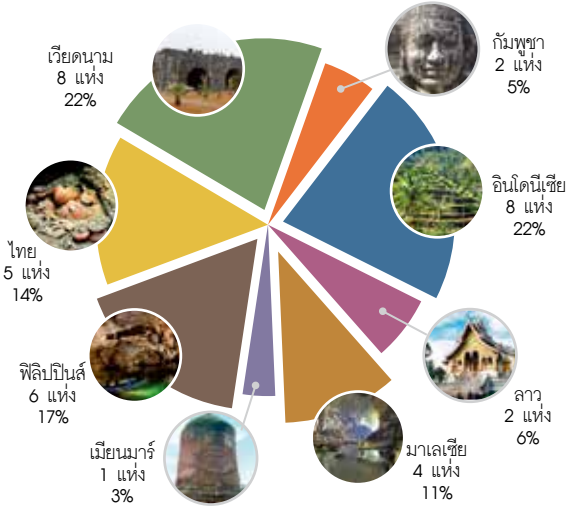


ที่มา: รวบรวมจาก "อาเซียนกับความหลากหลายทางชีวภาพ", กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 2558

อาเซียนตั้งอยู่ในเขตร้อนที่มีทรัพยากรธรรมชาติที่สมบูรณ์ ตั้งแต่ป่าไม้ ชายฝั่งทะเล รวมไปถึงพันธุ์พืชและสิ่งมีชีวิตต่างๆ ทำให้อาเซียนกลายเป็นภูมิภาคที่มีความหลากหลายทางชีวภาพมากถึงร้อยละ 20 ของโลกหรือมากที่สุดในโลก จาก 3 ประเทศหลัก คือ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ แต่การพัฒนาไปสู่ความเป็นเมืองที่เพิ่มขึ้น การก่อสร้างต่างๆ ทำให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรธรรมชาติที่เป็นที่อยู่อาศัยของสิ่งมีชีวิตบางชนิดที่ใกล้จะสูญพันธุ์

ในด้านความหลากหลายทางวัฒนธรรม ปฏิเสธไม่ได้ว่าสังคมและวัฒนธรรมของอาเซียนมีความหลากหลายที่น่าสนใจ ตั้งแต่ความหลากหลายทางศาสนาที่มีทั้งอิสลาม พุทธ คริสต์ ฮินดู ขงจื๊อ มีภาษาราชการ 13 ภาษา ใน 10 ประเทศ แต่ภายใต้วัฒนธรรมที่ต่างกันก็มีจุดคล้ายร่วมกัน เช่น ประเพณีสงกรานต์ เป็นประเพณีปีใหม่ที่คล้ายกันใน 4 ประเทศลุ่มน้ำโขง หรือการอยู่ร่วมกันได้ทั้งที่มีความหลากหลายของเชื้อชาติสูงภายในประเทศ เช่น สิงคโปร์ที่ไม่มีชุดประจำชาติ หรือภาษาสิงคโปร์เป็นของตัวเอง

แหล่งมรดกโลกทางวัฒนธรรม 36 แห่งในอาเซียน



ที่มา: World Heritage Centre, UNESCO 2015

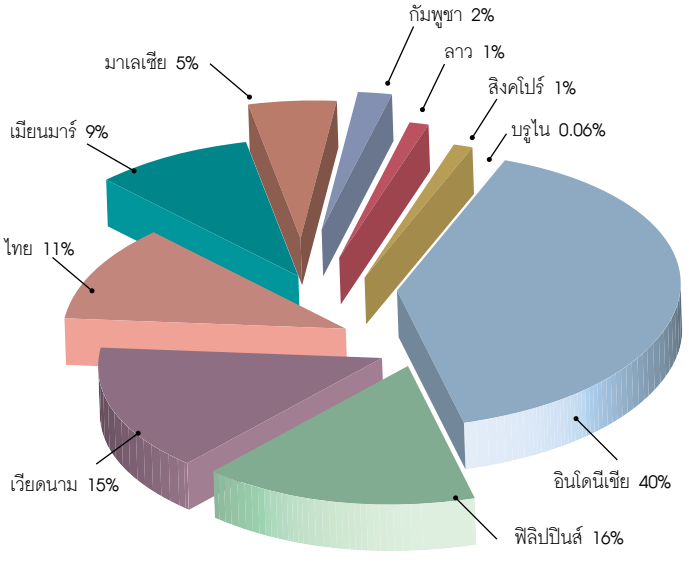
2 ประชากรในอาเซียน

ในอีก 20 ปีข้างหน้า ทุกประเทศอาเซียน จะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ (มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปเกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ) ขณะที่ไทยและสิงคโปร์จะก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ)

การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้จำนวนวัยแรงงานที่ลดลงต้องเป็นวัยแรงงานที่มีคุณภาพเพื่อบรรเทาการพึ่งพิงสวัสดิการจากภาครัฐในสังคมผู้สูงอายุ

ประชาคมอาเซียนมีประชากรรวมกัน 600 กว่าล้านคน ใน 10 ประเทศ คิดเป็นร้อยละ 9 ของประชากรโลก ที่เกือบครึ่งหนึ่งของประชากรภายใต้ประชาคมอาเซียนเป็นชาวอินโดนีเซีย อีกเกือบครึ่งกระจายอยู่ในแต่ละประเทศ โดยบรูไนมีประชากรภายในประเทศน้อยที่สุดไม่ถึงร้อยละ 1 ตัวชี้วัดหนึ่งที่แสดงให้เห็นว่าจำนวนประชากรจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหรือลดลงคือ อัตราเจริญพันธุ์ (จำนวนบุตรโดยเฉลี่ยที่สตรีคนหนึ่งให้กำเนิดตลอดอายุ 15-49 ปี) ซึ่งจะเห็นได้ว่าภาวะเจริญพันธุ์ได้ลดต่ำลงในทุกประเทศ โดยเฉพาะสิงคโปร์และไทยที่ภาวะเจริญพันธุ์ลดต่ำลงอย่างรวดเร็ว จำนวนเด็กที่เกิดน้อยลงและคนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ทำให้เริ่มมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในสังคม

ประชากรอาเซียนในปี 2558 รวม 632 ล้านคน



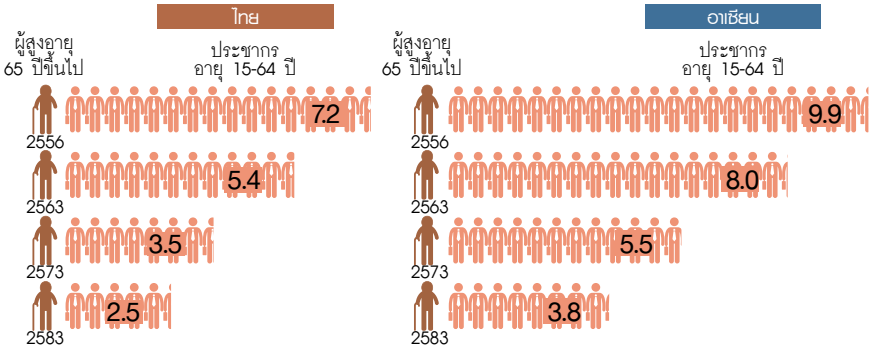
หมายเหตุ: ภายใต้ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ระดับกลาง ปี 2553-2643
ที่มา: World Population Prospects: The 2012 Revision

อัตราเจริญพันธุ์รวม

	ปี 2508-2513[1]	ปี 2548-2553[1]	คาดประมาณ ปี 2557[2]
บรูไน	5.59	2.11	1.82
กัมพูชา	6.22	2.8	2.66
อินโดนีเซีย	5.57	2.19	2.18
ลาว	5.98	3.02	2.9
มาเลเซีย	5.21	2.72	2.58
เมียนมาร์	6.1	2.08	2.18
ฟิลิปปินส์	6.54	3.27	3.06
สิงคโปร์	3.65	1.25	0.8
ไทย	5.99	1.63	1.5
เวียดนาม	7.38	1.89	1.85

ที่มา: 1 Jones, G.W. 2013 คำนวณจากข้อมูล United Nations Population Division 2010
2 Asian Development Bank 2014 Indicator

อัตราส่วนเกื้อหนุนระหว่างประชากรวัยแรงงานต่อผู้สูงอายุ

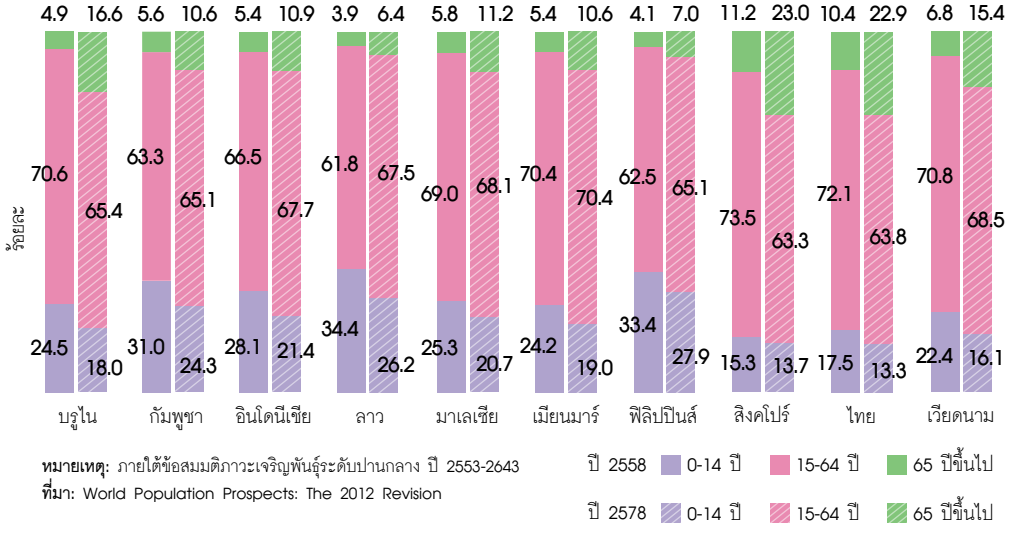


$$\text{อัตราเกื้อหนุน} = \frac{\text{(จำนวนประชากรวัยแรงงาน อายุ 15-64 ปี)}}{\text{ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป}}$$

ที่มา: จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ชวนวัน และปราโมท ประสาทกุล 2556

ในอีก 20 ปี ข้างหน้า ทุกประเทศในอาเซียนจะเป็นสังคมสูงวัยและจะทยอยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (มีประชากรอายุ 65 ปี ขึ้นไปเกินร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมดในประเทศ) ยิ่งทำให้จำนวนประชากรวัยแรงงานต่อจำนวนประชากรสูงอายุมีอัตราลดลง ตัวอย่างประเทศไทย จากปี 2556 ที่ผู้สูงอายุ 1 คน มีประชากรวัยแรงงานให้การดูแล 7.2 คน เหลือเพียงประชากรวัยแรงงาน 2.5 คน ในปี 2583

สัดส่วนประชากรตามกลุ่มอายุ เปรียบเทียบปี 2558 และ 2578



หมายเหตุ: ภายใต้ข้อสมมติภาวะเจริญพันธุ์ระดับปานกลาง ปี 2553-2643
ที่มา: World Population Prospects: The 2012 Revision

โครงสร้างทางประชากรมีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนใน 4 ประเทศอาเซียน ได้แก่ สิงคโปร์ ไทย บรูไน และเวียดนาม ที่มีสัดส่วนประชากรวัยแรงงานลดลง โดยไทยมีสัดส่วนวัยแรงงานลดลงจากร้อยละ 72.1 ในปี 2558 เป็น ร้อยละ 63.8 ในปี 2578 และมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.4 เป็นร้อยละ 22.9 ขณะที่เมียนมาร์

แนวโน้มจำนวนประชากรในอาเซียน

ประเทศ	2553	2558	2563	2568
อินโดนีเซีย	240,676,000	255,709,000	269,413,000	282,011,000
ฟิลิปปินส์	93,444,000	101,803,000	110,404,000	119,219,000
เวียดนาม	89,047,000	93,387,000	97,057,000	99,811,000
ไทย	66,402,000	67,401,000	67,858,000	67,900,000
เมียนมาร์	51,931,000	54,164,000	56,125,000	57,650,000
มาเลเซีย	28,276,000	30,651,000	32,858,000	34,956,000
กัมพูชา	14,365,000	15,677,000	16,947,000	18,120,000
ลาว	6,396,000	7,020,000	7,651,000	8,253,000
สิงคโปร์	5,079,000	5,619,000	6,057,000	6,334,000
บรูไน	401,000	429,000	454,000	478,000
รวมประชากรอาเซียน	596,017,000	631,860,000	664,824,000	694,732,000

หมายเหตุ: Medium fertility, 2010-2100
ที่มา: World Population Prospects: The 2012 Revision

ยังคงได้รับประโยชน์จากการมีประชากรวัยแรงงานในสัดส่วนที่สูง จึงเป็นเรื่องท้าทายต่อประเทศไทยที่โอกาสในการย้ายฐานการผลิตอุตสาหกรรมจากประเทศไทยไปยังประเทศที่มีแรงงานจำนวนมากกว่าและค่าจ้างแรงงานที่ถูกกว่า การให้ความสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพฝีมือแรงงานนอกจากจะช่วยเพิ่มศักยภาพความสามารถให้กับแรงงานไทยที่มีจำนวนลดลงให้เป็นแรงงานไทยที่ได้มาตรฐานและมีฝีมือ พร้อมจะช่วยพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศให้รองรับกับสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ได้ในอนาคต

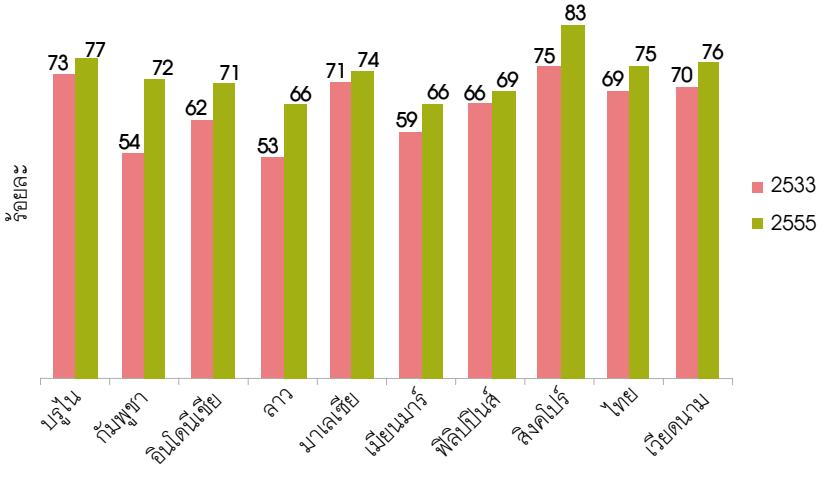
3 สุขภาพกาย

สิงคโปร์มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงที่สุดในอาเซียน คือ 83 ปี และอยู่อย่างมีสุขภาพดีถึง 76 ปี

ในช่วงเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมา ประชากรใน 10 ประเทศในภูมิภาคอาเซียนมีสุขภาพกายที่ดีขึ้นสังเกตได้จากอายุคาดเฉลี่ยที่สูงขึ้นในทุกประเทศ ทั้งนี้ประชากรในประเทศที่ร่ำรวยกว่ามักจะมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวกว่าประชากรในประเทศที่ยากจน

ปัจจุบันสิงคโปร์มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงที่สุดในภูมิภาคที่ 83 ปี ในขณะที่ลาวและเมียนมาร์มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดต่ำที่สุดที่ 66 ปี แต่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับในอดีต

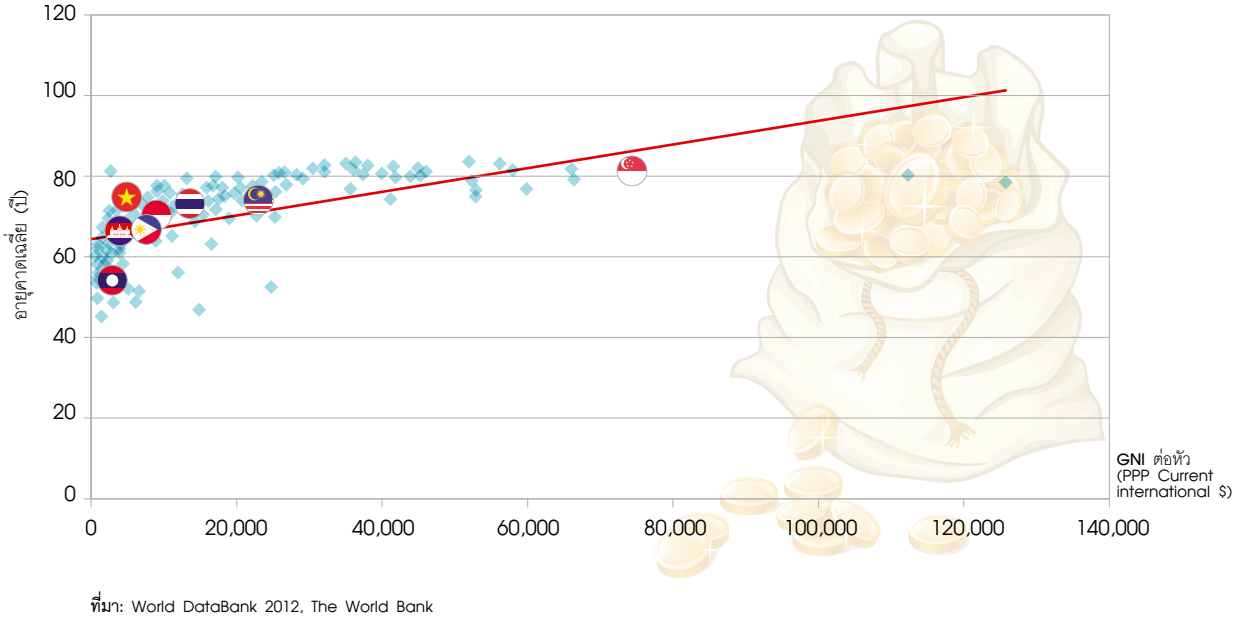
อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด พ.ศ. 2533 และ พ.ศ. 2555



ที่มา: World Health Statistics 2014, World Health Organization (WHO)

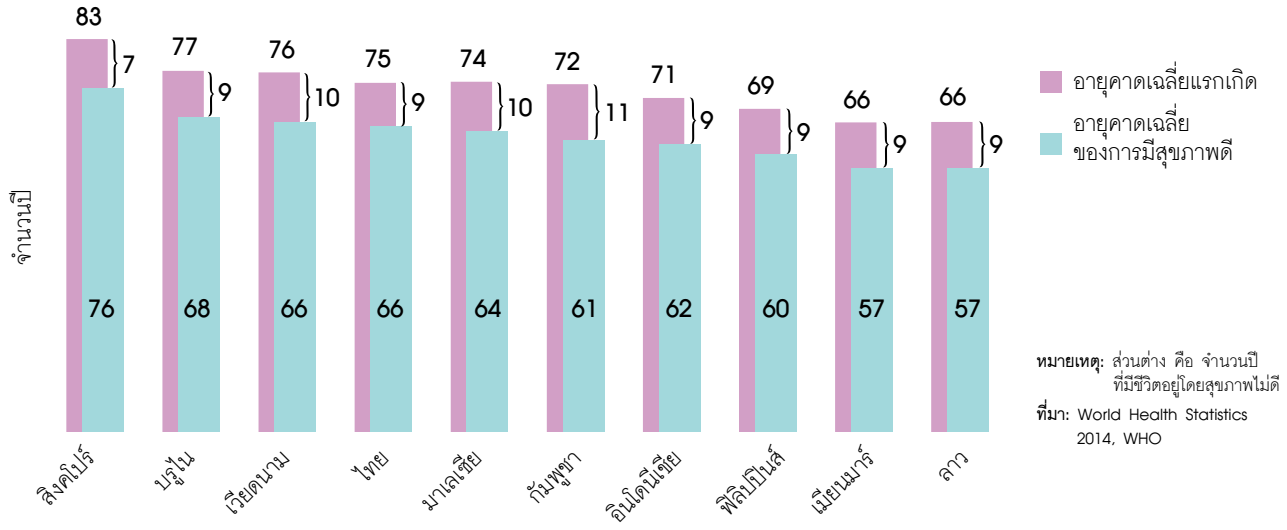
อย่างไรก็ตาม คนที่มีอายุยืนยาวอาจไม่ได้มีสุขภาพดีเสมอไป อาจมีโรคภัยไข้เจ็บรุมเร้าจนต้องนอนติดเตียง ดังนั้น นอกเหนือจากการมีชีวิตยืนยาวแล้ว จะต้องดูด้วยว่าชีวิตนั้นอยู่อย่างมีสุขภาพดีด้วยหรือไม่ ซึ่งพิจารณาได้จากอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Healthy Life Expectancy)

อายุคาดเฉลี่ยเปรียบเทียบกับรายได้ต่อหัว พ.ศ. 2555

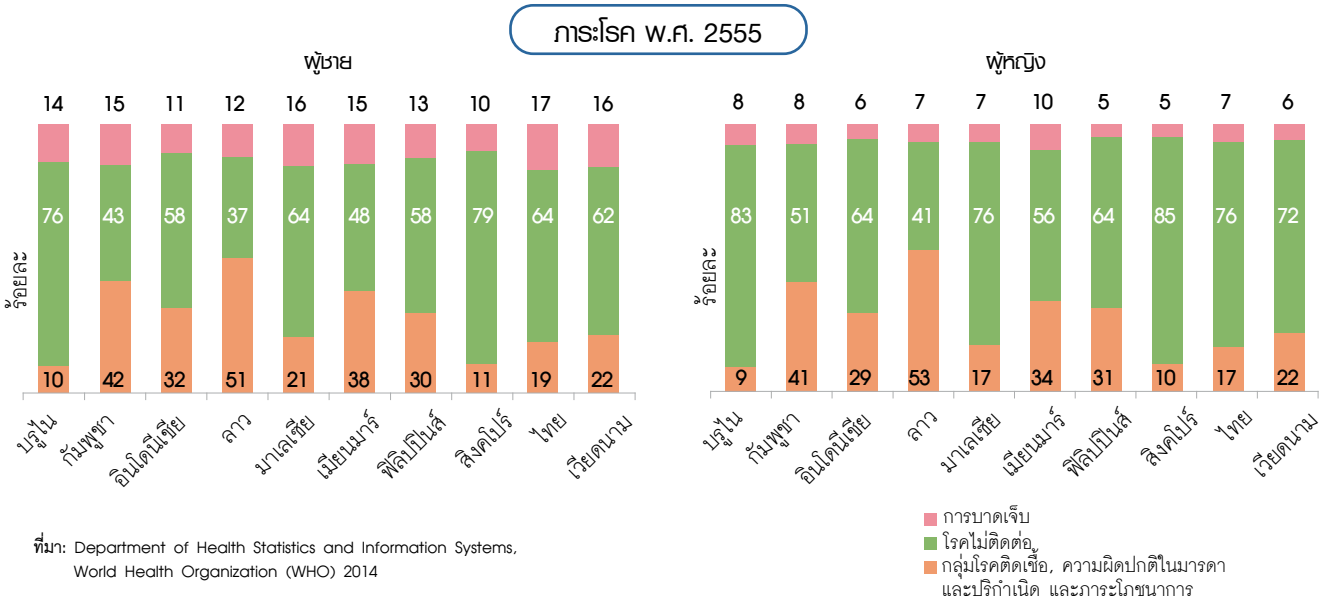


ที่มา: World DataBank 2012, The World Bank

อายุคาดเฉลี่ยแรกเกิดและอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี พ.ศ. 2555



ในอาเซียน ประชากรในสิงคโปร์นอกจากจะมีอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวที่สุดแล้วยังเป็นประเทศที่ประชากรอยู่อย่างมีสุขภาพที่ดียาวนานที่สุดด้วย คือ 76 ปี และใช้ชีวิตอยู่โดยมีสุขภาพไม่ดีเพียง 7 ปี ซึ่งต่ำที่สุดในอาเซียน ในขณะที่ประเทศกัมพูชา ถึงแม้ว่าอายุคาดเฉลี่ยจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา แต่ช่วงเวลาที่อยู่อย่างมีสุขภาพดีนั้นยังไม่ยาวมากนัก โดยเฉลี่ยคนกัมพูชาที่ต้องอยู่อย่างมีสุขภาพไม่ดีถึง 11 ปี ถือว่ายาวนานที่สุดในอาเซียน



ในประเทศยากจน สาเหตุการเจ็บป่วยของประชากรยังคงเป็นโรคติดต่อ อนามัยแม่และเด็ก และภาวะทางโภชนาการในสัดส่วนที่สูง กว่าครึ่งของการเจ็บป่วยของประชากรในประเทศลาวทั้งหญิงและชายมีสาเหตุมาจากโรคติดต่อ อนามัยแม่และเด็ก หรือภาวะทางโภชนาการ ในทางกลับกันประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สิงคโปร์ บรูไน รวมถึงไทย สาเหตุของการเจ็บป่วยของประชากรมาจากโรคไม่ติดต่อเป็นหลัก เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และความดัน

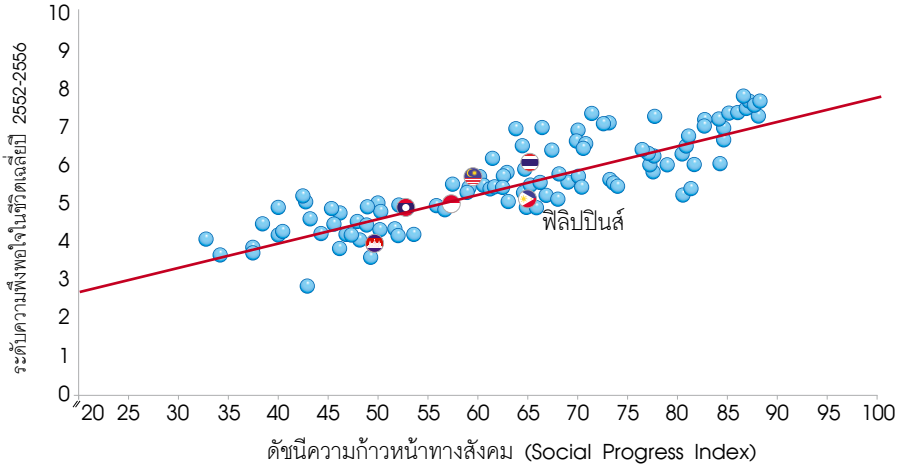
4 สุขภาพจิต

ไทยมีความสุขสูงเป็นอันดับ 2 ของอาเซียน แต่มีอัตราตายจากการทำร้ายตนเองสูงเป็นอันดับ 2 ของอาเซียนเช่นกัน

สุขภาพจิตที่ดี เป็นองค์ประกอบสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี กลุ่มวัยทำงานอายุตั้งแต่ 15-59 ปี มีแนวโน้มการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากภาวะสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ

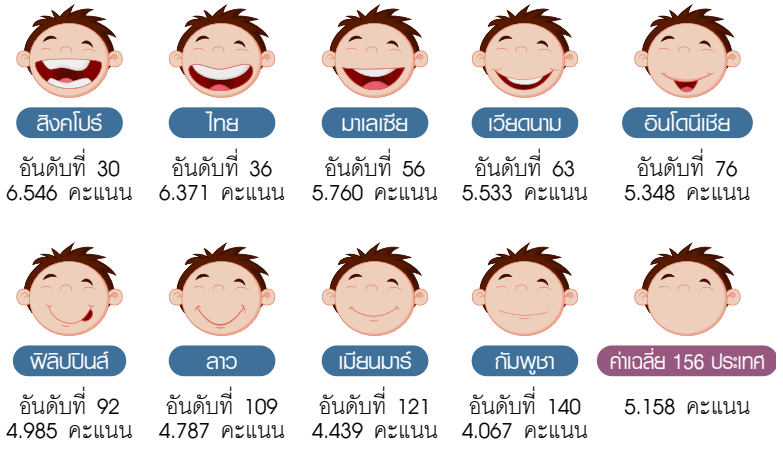
การมีสุขภาพที่ดีนั้นนอกเหนือจากการมีร่างกายที่สมบูรณ์และแข็งแรงแล้ว ยังต้องมีสุขภาพจิตที่ดีด้วย ความพึงพอใจในชีวิตเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สะท้อนถึงการมีสุขภาพจิตที่ดี โดยทั่วไประดับความพึงพอใจในชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับดัชนีความก้าวหน้าทางสังคม นั่นคือ ประเทศที่มีค่าดัชนีความก้าวหน้าทางสังคมสูง ประชากรในประเทศนั้นจะให้คะแนนความพึงพอใจในชีวิตของตนสูงเช่นเดียวกัน

ความพึงพอใจในชีวิต และดัชนีความก้าวหน้าทางสังคม



ที่มา: Social Progress Index 2015

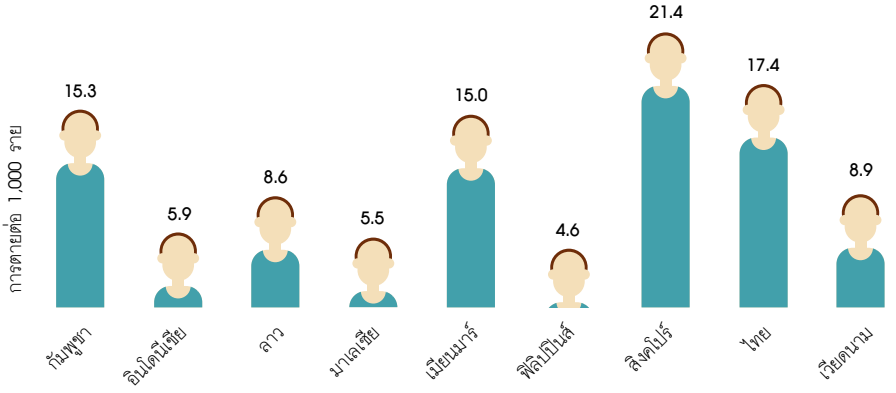
อันดับความสุขของประเทศอาเซียน ปี 2553-2555



ที่มา World Happiness Report 2013

ความสุขถือเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่งที่สะท้อนถึงการมีสุขภาพจิตที่ดี ในภูมิภาคอาเซียน ประเทศสิงคโปร์ ไทย มาเลเซีย เวียดนาม และอินโดนีเซีย มีคะแนนเฉลี่ยความสุขสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของโลก โดยไทยเป็นที่ 36 ของโลก และที่ 2 ของอาเซียน แต่อย่างไรก็ตาม หากดูข้อมูลการเสียชีวิตจากการทำร้ายตนเอง พบว่าสิงคโปร์และไทยมีอัตราการตายจากการทำร้ายตนเองสูงสุดในภูมิภาค คือ 21 และ 17 รายต่อการตาย 1,000 ราย ตามลำดับ

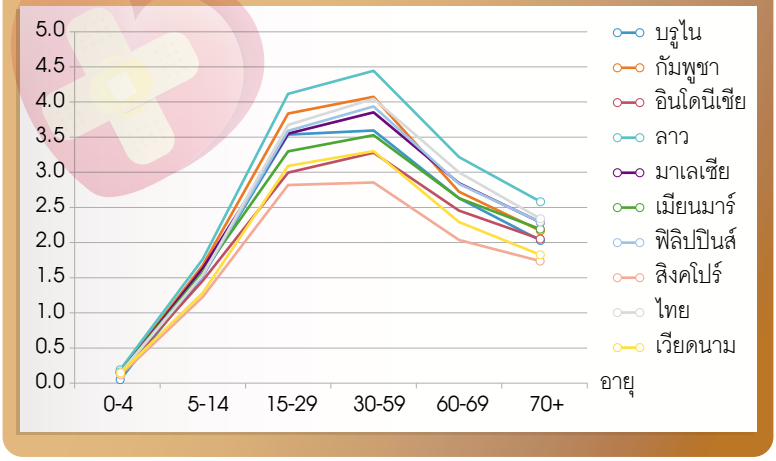
อัตราตายจากการทำร้ายตนเอง ต่อการตาย 1,000 ราย ปี 2557



ที่มา: Department of Health Statistics and Information Systems, World Health Organization (WHO) 2014

ภาระโรคที่เกิดจากสุขภาพจิตมีโอกาสเกิดในกลุ่มคนวัยทำงานสูงที่สุด สาเหตุอาจมาจากการงานและความรับผิดชอบที่ต้องแบกรับ วัยแรงงานจึงกลายเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการเสียชีวิตจากภาวะสุขภาพจิตมากที่สุด ซึ่งตรงข้ามกับภาระโรคจากสุขภาพกายที่เด็กและผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงกว่าคนวัยทำงาน

ภาระโรคจากปัญหาสุขภาพจิตต่อหัวในแต่ละกลุ่มอายุ



หมายเหตุ: คำนวณโดยการนำภาระโรคจากปัญหาสุขภาพจิตของประชากรแต่ละช่วงอายุหารด้วยจำนวนประชากรในกลุ่มอายุนั้น เพื่อให้ได้ภาระโรคจากปัญหาสุขภาพจิตต่อหัวในแต่ละกลุ่มอายุ

ที่มา: Department of Health Statistics and Information Systems, World Health Organization (WHO) 2014



บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและบริการสุขภาพด้านสุขภาพจิต ปี 2549-2553

	จิตแพทย์ (ต่อประชากร 10,000 คน)	เตียงสำหรับผู้ป่วยจิตเวช (ต่อประชากร 10,000 ราย)
บรูไน	<0.05	1.0
กัมพูชา	<0.05	<0.05
อินโดนีเซีย	<0.05	-
มาเลเซีย	0.1	1.8
เมียนมาร์	<0.05	-
ฟิลิปปินส์	<0.05	-
สิงคโปร์	0.3	4.2
ไทย	<0.05	1.3
เวียดนาม	0.1	1.8

ที่มา: World Health Statistics 2014, World Health Organization (WHO)

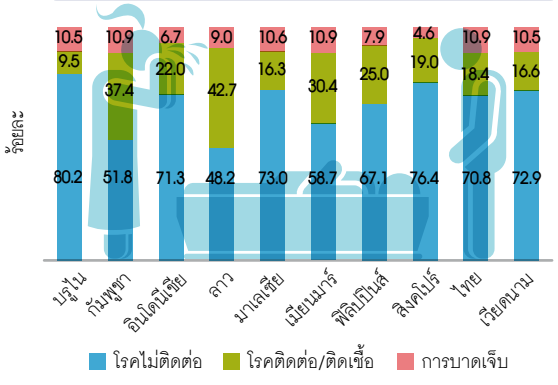
สำหรับการดูแลผู้ป่วยทางด้านจิตเวชนั้น สิงคโปร์ มาเลเซีย และเวียดนามมีความพร้อมมากที่สุดในภูมิภาคอาเซียน ทั้งในด้านจำนวนแพทย์ต่อประชากรและจำนวนเตียงสำหรับบริการผู้ป่วยทางจิตเวช

5 พฤติกรรมสุขภาพ

อินโดนีเซียครองแชมป์อัตราการสูบบุหรี่สูงที่สุด นักดื่มไทยดื่มเหล้าต่อคนมากที่สุด ขณะที่มาเลเซียพบโรคอ้วนสูงที่สุด

หล้า บุหรี่ และโรคอ้วนจากการกินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพและการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ เป็นภัยเงียบที่คุกคามทำลายสุขภาพประชากรของอาเซียน พฤติกรรมเสี่ยงเหล่านี้เป็นเรื่องที่แต่ละประเทศต้องเฝ้าระวังและจัดการรับมือ

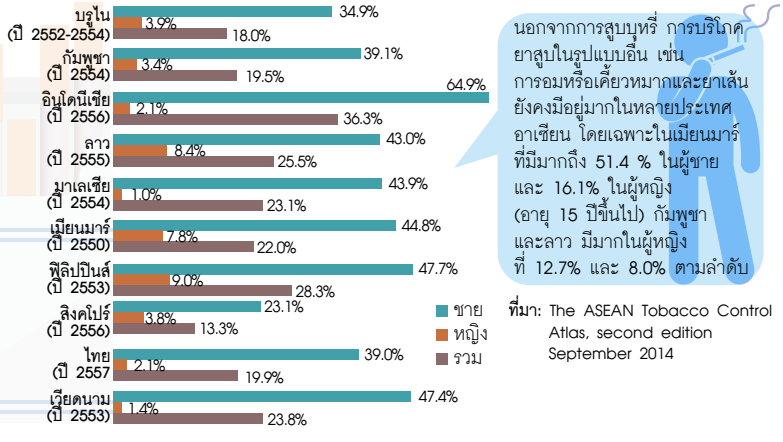
สาเหตุการตายของประชากรอาเซียน ปี 2555



ที่มา: World Development Indicator 2012, The World Bank

การเจ็บป่วยและการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นสาเหตุหลักมาจากปัญหาพฤติกรรมทางสุขภาพ อัตราการสูบบุหรี่ในอาเซียนถือว่าอยู่ในระดับที่สูง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ชาย อินโดนีเซียซึ่งเป็นประเทศเดียวในอาเซียนที่ยังไม่ได้ลงนามให้สัตยาบันตามกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบดูจะมีปัญหาในเรื่องนี้มากที่สุด จากจำนวน "นักสูบ" ในประเทศที่มีมากกว่า 1 ใน 3 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในหลายประเทศ พื้นที่สาธารณะ เช่น ร้านอาหาร ภายในรถโดยสาร และแม้แต่ภายในบ้าน ยังเป็นพื้นที่เสี่ยงอันดับต้นๆ สำหรับคนที่ไม่สูบบุหรี่ที่จะได้รับควันบุหรี่มือสอง

ความชุกการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป

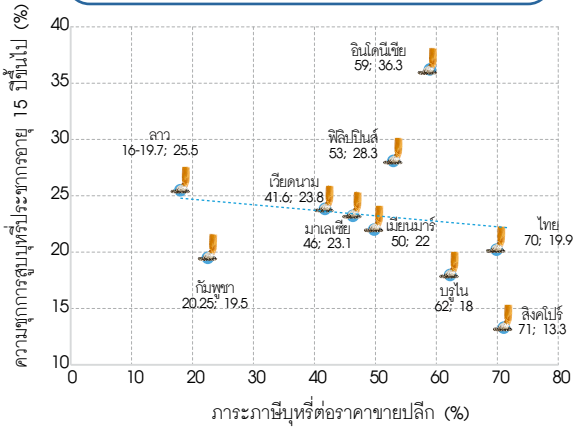


นอกจากการสูบบุหรี่ การบริโภคยาสูบในรูปแบบอื่น เช่น การอมหรือเคี้ยวหมากและยาเส้นยังคงมีอยู่มากในหลายประเทศอาเซียน โดยเฉพาะในเมียนมาร์ที่มีมากถึง 51.4 % ในผู้ชาย และ 16.1% ในผู้หญิง (อายุ 15 ปีขึ้นไป) กัมพูชาและลาว มีมากในผู้หญิงที่ 12.7% และ 8.0% ตามลำดับ

ที่มา: The ASEAN Tobacco Control Atlas, second edition September 2014

ที่มา: Tobacco Taxes and Prices in ASEAN: An Overview (May 2014), Southeast Asia Initiative on Tobacco Tax (SITT) of the Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA)

ความชุกการสูบบุหรี่ เทียบกับภาระภาษีบุหรี่ต่อราคาขายปลีก



หมายเหตุ: ข้อมูลความชุกการสูบบุหรี่: ไทย (ปี 2557), สิงคโปร์ อินโดนีเซีย (ปี 2556), ลาว (ปี 2555), กัมพูชา มาเลเซีย (ปี 2554), บรูไน (ปี 2552-2554), ฟิลิปปินส์ เวียดนาม (ปี 2553), เมียนมาร์ (ปี 2550)

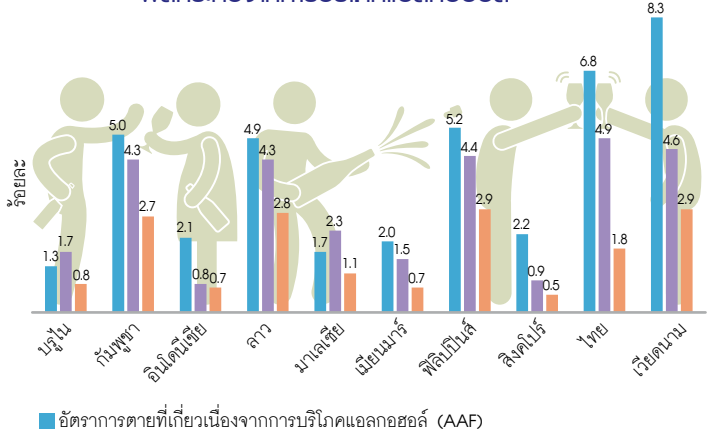
ที่มา: ข้อมูลจาก SEATA ASEAN Tobacco Tax Report Card, May 2013

ในด้านพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แม้ลาวจะมีปริมาณการดื่มต่อคนสูงที่สุด (สูงกว่าไทยเล็กน้อย) แต่ไทยมีปริมาณการดื่มต่อ "นักดื่ม" สูงที่สุดถึง 23.8 ลิตรเทียบเท่าแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี ปัญหานี้สะท้อนออกมาในรูปของความชุกผู้ที่มีภาวะปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ (Alcohol Use Disorder) ที่พบว่าสูงที่สุดในไทยด้วยเช่นกัน เวียดนามเป็นอีกประเทศที่มีปัญหาและต้องจับตามอง เนื่องจากมีอัตราการตายของประชากรที่เกี่ยวเนื่องกับการบริโภคแอลกอฮอล์ รวมถึงความชุกผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแอลกอฮอล์สูงที่สุดในภูมิภาค

	ประเภทของมูลนิธิและกองทุน จำแนกตามแหล่งเงินสนับสนุน	ปีที่ก่อตั้ง	เงินสนับสนุนรวม/ อัตราภาษีที่จัดเก็บ
รายได้จากการจัดเก็บภาษีเฉพาะ – ภาษีบาป (Sin Tax)			
สสส	Thai Health Promotion Foundation (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ หรือ สสส.)	2544	120-130 ล้านเหรียญสหรัฐ (ปี 2556-2557) (เป็นรายได้จากส่วนเพิ่ม 2% ของภาษีสรรพสามิตที่ต้องชำระโดยผู้ผลิตและนำเข้าสินค้าประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ)
	Lao PDR Tobacco Control Fund	2556	2.1 ล้านเหรียญสหรัฐ (ประมาณโดยกระทรวงสาธารณสุขในปี 2557) โดยเป็นรายได้จากจากภาษีบนกำไรจากการขาย 2% บวก 200 กีบ ต่อแพ็คบุหรี่
	Vietnam Tobacco Control Fund	2556	ประมาณ 4.3 ล้านเหรียญสหรัฐ (ปี 2556-2558) โดยเป็นรายได้จากภาษีสรรพสามิตอัตรา 1% มีผลบังคับใช้ 1 พ.ค. 2556, เพิ่มเป็น 1.5% และ 2% ใน พ.ค. 2559 และ 2562 ตามลำดับ
งบประมาณภายใต้กระทรวงสาธารณสุข			
Health Promotion Board	Singapore Health Promotion Board	2544	136 ล้านเหรียญสหรัฐ (ปี 2557)
	Health Promotion Centre, Ministry of health Brunei	2551	560 ล้านเหรียญสหรัฐ (ปี 2556-2557)
งบประมาณจากเงินคงคลังรัฐบาล			
MySihat	Malaysian Health Promotion Board (MySihat)	2549	3.08 ล้านเหรียญสหรัฐ (ปี 2556)

ที่มา: The ASEAN Tobacco Control Atlas, second edition September 2014

ผลกระทบจากการบริโภคแอลกอฮอล์

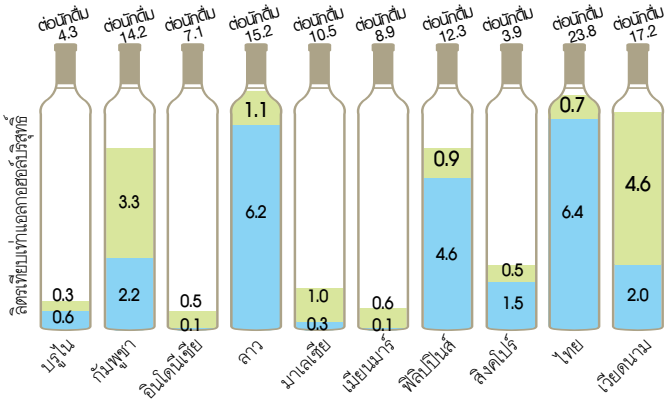


อัตราการตายที่เกี่ยวเนื่องจากการบริโภคแอลกอฮอล์ (AAF)
ความชุกของผู้มีภาวะ Alcohol use disorder
ความชุกของผู้มีภาวะ Alcohol dependency

หมายเหตุ: ข้อมูลความชุกคิดเป็นร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นข้อมูลปี 2553, ข้อมูลสัดส่วนการตายคิดเป็นร้อยละของการตายทั้งหมดจากทุกสาเหตุ เป็นข้อมูลคาดประมาณในปี 2555

ที่มา: Global Status Report on Alcohol and Health 2014, World Health Organization (WHO)

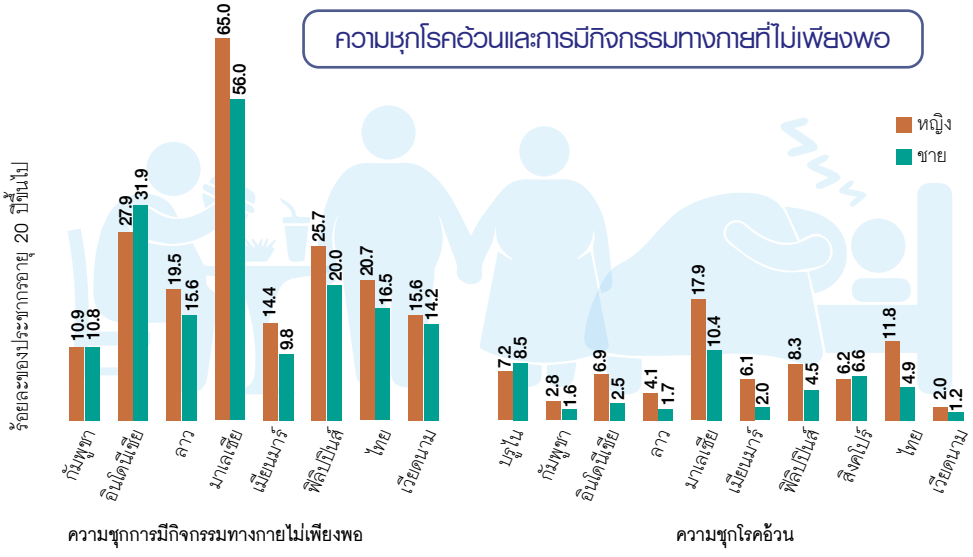
ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อคนต่อปี 2553



ปริมาณที่มีการบันทึก
ปริมาณที่ไม่ได้มีการบันทึก

ที่มา: Global Status Report on Alcohol and Health 2014, World Health Organization (WHO)

สำหรับ "โรคอ้วน" พบว่ามีความชุกสูงสุดในมาเลเซีย การเกิดภาวะอ้วน มีสาเหตุหลักมาจากปัญหาพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ทั้งนี้พบว่าประชากรทั้งชายและหญิงของมาเลเซียมีปัญหาในข้อหลังนี้ในสัดส่วนที่สูงกว่าประเทศอื่นมาก



หมายเหตุ: ข้อมูลปี 2551; โรคอ้วน คือ การมีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 20 กก./ม.^{2} ขึ้นไป
ที่มา: ข้อมูลโรคอ้วน: World Health Statistics 2014; ข้อมูลการมีกิจกรรมทางกาย: Non-communicable Diseases: Country Profiles 2011

พฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ

	บรูไน	กัมพูชา	อินโดนีเซีย	ลาว	มาเลเซีย	เมียนมาร์	ฟิลิปปินส์	สิงคโปร์	ไทย	เวียดนาม
ร้อยละของแม่วัยรุ่นในหญิงอายุ 15-19 ปี (ปี 2555)[1]	2.30	4.43	4.83	6.50	0.57	1.21	4.68	0.60	4.10	2.90
ความชุกของผู้ติดเชื้อ HIV (% ของประชากรอายุ 15-49 ปี) (ปี 2555)[1]	na	0.80	0.40	0.30	0.40	0.60	0.10	na	1.10	0.40
อัตราคาดประมาณการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนน (ต่อแสนประชากร) (ปี 2553)[3]	na	17	18	20	25	15	9	5	38	25

ในอาเซียน อัตราเจริญพันธุ์รวมของไทยต่ำเป็นอันดับสอง รองจากสิงคโปร์ (ไทย=1.5, สิงคโปร์=0.8) แต่กลับมีร้อยละของแม่วัยรุ่นที่ค่อนข้างสูง

ถึง 3 ใน 4 (73.8%) ของการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุบนถนนมีสาเหตุจากจักรยานยนต์ 2-3 ล้อ

ที่มา: 1 World Development Indicator
3 The World Fact Book, Central Intelligence Agency

นอกจากเรื่อง บุหรี่ เหล้าและพฤติกรรมการกินการออกกำลังกายที่มีผลต่อโรคอ้วนแล้ว พฤติกรรมทางสุขภาพอื่นๆ ที่ประเทศในอาเซียน โดยเฉพาะไทย ควรต้องให้ความสำคัญยังมีอีกหลายเรื่อง เช่น การมีเพศสัมพันธ์และตั้งท้องไม่พร้อมในวัยรุ่น การขับขี่พาหนะบนท้องถนนอย่างปลอดภัยเพื่อลดอุบัติเหตุ การป้องกันเอชไอวี เอดส์ เป็นต้น

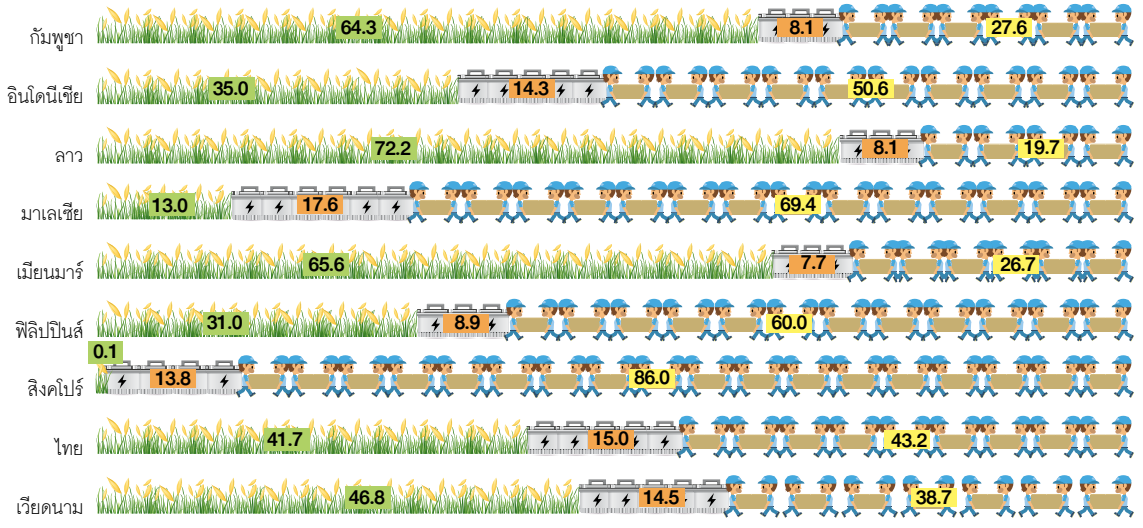
การกำหนดมาตรการ แนวทางในการป้องกัน ลด ละ เลิก พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ รวมถึงสร้างกลไกในการเฝ้าระวังปัญหาและจัดการผลกระทบที่เกิดขึ้น เป็นการบ้านที่ทุกประเทศต้องพิจารณาและดำเนินการ

6 การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

รายได้ต่อคนในอาเซียน ระหว่างประเทศรวยที่สุดและประเทศจนที่สุดแตกต่างกันถึง 50 เท่า

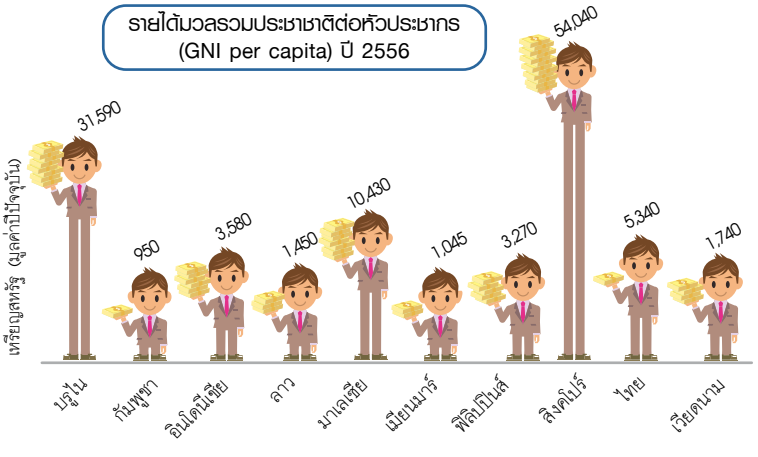
ระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่แตกต่างกันมากส่งผลต่อความเหลื่อมล้ำในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรมนุษย์ทั้งในด้านการศึกษาและสุขภาพ รวมถึงปัญหาความยากจน สิ่งเหล่านี้เป็นความท้าทายที่สำคัญต่อทุกประเทศในอาเซียนที่ต้องร่วมมือกันแก้ปัญหาเพื่อก้าวไปข้างหน้าด้วยกัน

โครงสร้างทางเศรษฐกิจภาคการจ้างงาน ปี 2556



หมายเหตุ: เมียนมาร์ ข้อมูลปี 2543 ลาว ข้อมูลปี 2553
ที่มา: World Development Indicator 2014, The world bank

รายได้มวลรวมประชาชาติต่อหัวประชากร (GNI per capita) ปี 2556



หมายเหตุ: "บรูไน" เป็นข้อมูลปี 2552, "เมียนมาร์" เป็นประมาณการณ์ GNI ต่อหัวประชากรของประเทศรายได้น้อยที่ระดับ 1,045 เหรียญสหรัฐ หรือต่ำกว่า
ที่มา: World Development Indicator 2014, The World Bank

10 ประเทศอาเซียนเมื่อจำแนกระดับรายได้ต่อหัวประชากรตามเกณฑ์ของธนาคารโลกจะแบ่งออกได้เป็น 4 กลุ่ม คือ หนึ่ง ประเทศรายได้สูง หรือ HIC ได้แก่ สิงคโปร์และบรูไน ซึ่งมีระดับรายได้ต่อหัวทิ้งห่างคนอาเซียนในประเทศอื่นๆ หลายเท่าตัว สอง ประเทศรายได้ปานกลางระดับสูงหรือ UMIC ได้แก่ มาเลเซียและไทย สาม ประเทศรายได้ปานกลางระดับล่างหรือ LMIC ได้แก่ อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ เวียดนามและลาว และกลุ่มสุดท้าย กลุ่มประเทศรายได้น้อย หรือ LIC ได้แก่ กัมพูชาและเมียนมาร์ ความแตกต่างในระดับรายได้นี้

ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับโครงสร้างทางเศรษฐกิจในแต่ละประเทศที่ต่างกันด้วย ประเทศอาเซียนที่มีรายได้สูงและรายได้ปานกลางมีสัดส่วนและการขยายตัวของการจ้างงานในภาคบริการและภาคอุตสาหกรรมที่ค่อนข้างสูง ขณะที่ประเทศรายได้น้อยยังคงมีการจ้างงานส่วนใหญ่ หรือประมาณ 2 ใน 3 อยู่ในภาคการเกษตร

ปัญหาความยากจนและการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ยังคงเป็นช่องว่างในการพัฒนาที่สำคัญของประเทศ CLMV (กัมพูชา ลาว เมียนมาร์และเวียดนาม) ขณะที่ปัญหาการกระจายรายได้ที่ไม่เท่าเทียมดูจะเป็นอุปสรรคหลักของการพัฒนาในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะมาเลเซียซึ่งมีความแตกต่างของสัดส่วนรายได้ระหว่างคนที่รวยที่สุดกับคนที่จนที่สุดในประเทศมากที่สุด นอกจากนี้การเข้าถึงแหล่งน้ำสะอาดและการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน

ตัวชี้วัดติดตามความก้าวหน้าการลดช่องว่างการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม (Narrowing Development Gap Indicators (NDGIs)) ของประเทศ CLMV เทียบกับอีก 6 ประเทศอาเซียน ปี 2555



หมายเหตุ: หมายเหตุ NDGIs ถูกนำเสนอโดย OECD Development Centre เพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดติดตามความก้าวหน้าของความพยายามในการ "ลดช่องว่างการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม" ระหว่างสองกลุ่มประเทศในอาเซียน (ได้แก่ กลุ่มประเทศ CLMV กับ 6 ประเทศ ASEAN ที่เหลือซึ่งมีระดับการพัฒนาค่อนข้างสูงกว่า) NDGIs แต่ละด้านจะมีค่าระหว่าง 0 (ไม่มีช่องว่างการพัฒนาเลย) ถึง 10 (ช่องว่างการพัฒนากว้างที่สุด) โดยที่ผ่านมามีการนำเสนอ NDGIs ปี 2548, 2554 และล่าสุดปี 2555

ที่มา: Economic Outlook for Southeast Asia, China and India 2014 Beyond the Middle Income Gap, 2014

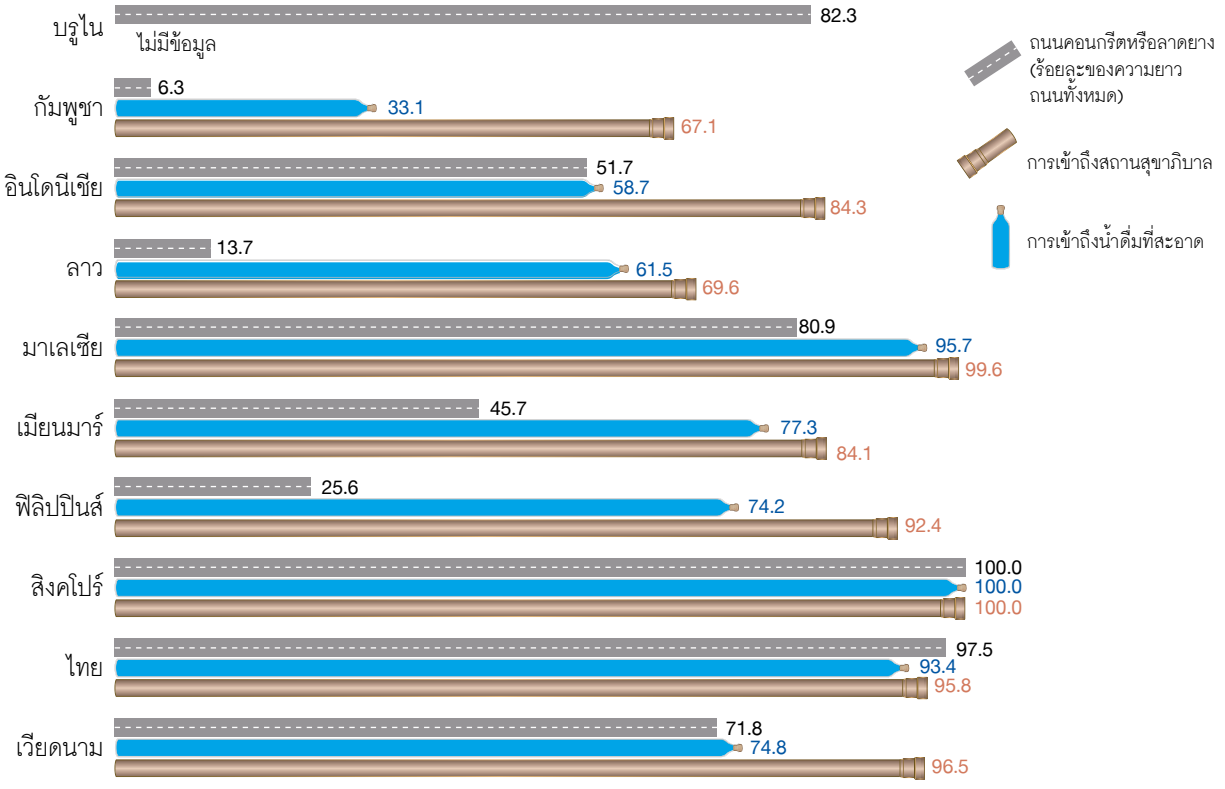
ปัญหาความยากจนและการกระจายรายได้

	กัมพูชา	อินโดนีเซีย	ลาว	มาเลเซีย	ฟิลิปปินส์	ไทย	เวียดนาม
ร้อยละประชากรรายได้ต่ำกว่า 1.25 เหรียญสหรัฐต่อวัน	18.6	16.2	33.9	0.0	18.4	0.4	16.9
ร้อยละประชากรรายได้ต่ำกว่า 2.00 เหรียญสหรัฐต่อวัน	49.5	43.3	66.0	2.3	41.5	4.1	43.4
สัดส่วนรายได้ในรายได้รวมของประเทศโดย Q5	44.5	46.0	44.8	51.5	49.7	46.7	43.4
สัดส่วนรายได้ในรายได้รวมของประเทศโดย Q1	7.9	7.3	7.6	4.5	6.0	6.8	7.4
สัดส่วนรายได้ในรายได้รวมของประเทศโดย Q5 เทียบ Q1 (ช่วงปี 2551-2554)[1]	5.6	6.3	5.9	11.3	8.3	6.9	5.9
ดัชนี จินี่ (GINI Index; 0-100)[2]	31.8	38.1	36.2	46.2	43.0	39.4	35.6

หมายเหตุ: บรูไน เมียนมาร์ และสิงคโปร์ ไม่มีข้อมูล:
[1] อินโดนีเซีย ข้อมูลปี 2554: ไทย ข้อมูลปี 2553; กัมพูชา มาเลเซีย และฟิลิปปินส์ ข้อมูลปี 2552; ลาว และ เวียดนาม ข้อมูลปี 2551;
[2] ลาวฟิลิปปินส์ และเวียดนาม ข้อมูลปี 2555, กัมพูชาและอินโดนีเซีย ข้อมูลปี 2554, มาเลเซีย ข้อมูลปี 2552, ไทย ข้อมูลปี 2550

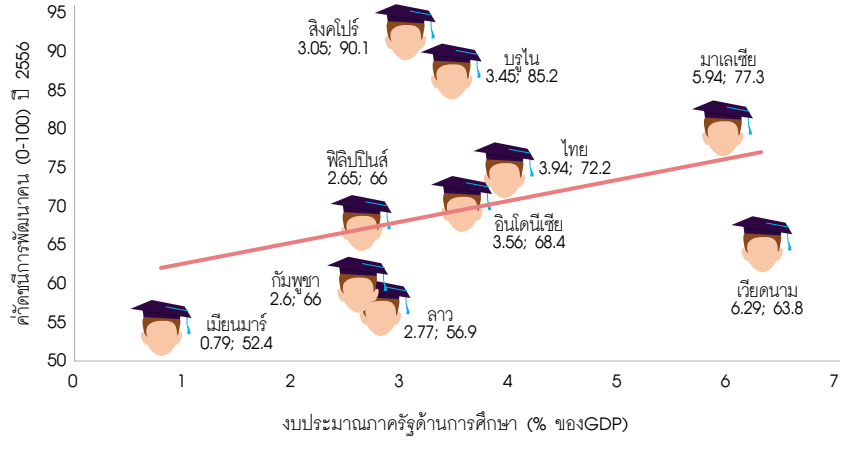
ที่มา: World Development Indicator 2014, The World Bank

การพัฒนาถนนหนทาง การเข้าถึงสาธารณสุขมูลฐาน และน้ำดื่มสะอาดของประชากร



หมายเหตุ: 1. ข้อมูลถนนคอนกรีตหรือลาดยาง ปี 2554 (ยกเว้น กัมพูชา ฟิลิปปินส์และลาว ปี 2552; ไทย ปี 2542; เวียดนาม ปี 2556) จาก World Development Indicator สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมทางหลวงและกรมทางหลวงชนบท ในปี 2556 ระบุว่า ประเทศไทยมีถนนความยาวรวม 115,077 กิโลเมตร โดยร้อยละ 95.2 เป็นถนนคอนกรีตหรือลาดยาง
2. ข้อมูลการเข้าถึงสาธารณสุขมูลฐาน และน้ำดื่มสะอาดจากการคาดประมาณในปี 2554 โดย The World Fact Book, Central Intelligence Agency

งบประมาณด้านการศึกษาและคุณภาพของประชากร



ที่มา: งบประมาณภาครัฐด้านการศึกษา เป็นข้อมูลระหว่างปี 2552-2556 จาก World Development Indicator ยกเว้นข้อมูลของประเทศไทย (ปี 2556) มาจากระบบฐานข้อมูลด้านสังคมและคุณภาพชีวิต สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; ค่าดัชนีการพัฒนาคน 2556 จาก Human Development Report 2014 Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience

ด้านการคมนาคมขนส่งยังคงเป็นวาระการพัฒนาที่เร่งด่วนของหลายประเทศอาเซียน โดยเฉพาะลาวและกัมพูชา ซึ่งมีประชากรจำนวนมากที่ไม่สามารถเข้าถึงน้ำดื่มสะอาด รวมถึงมีสัดส่วนถนนที่เป็นถนนคอนกรีตหรือลาดยางค่อนข้างน้อย

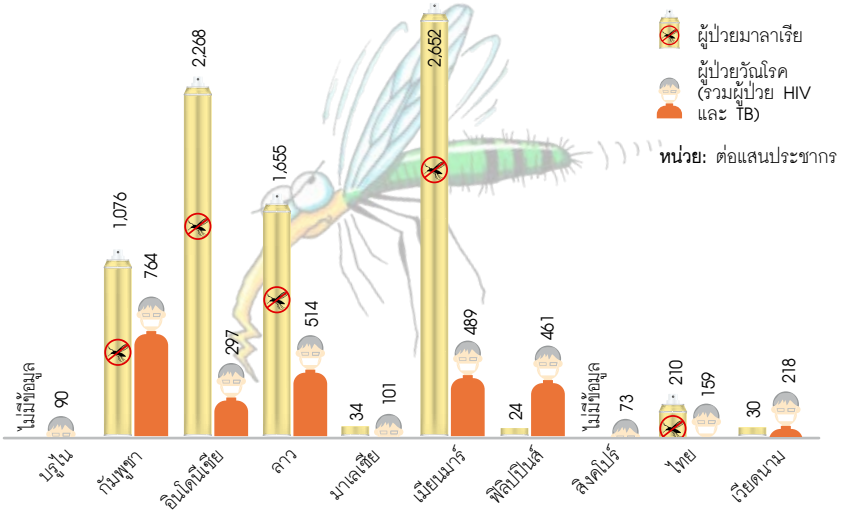
ในเรื่องการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ค่าดัชนีการพัฒนาคนของหลายประเทศอาเซียนยังคงอยู่ในระดับที่ต่ำ การลงทุนทางการการศึกษาโดยเฉพาะจากภาครัฐ ยังเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ อย่างไรก็ตาม ภายใต้ข้อจำกัดด้านงบประมาณและศักยภาพทางการคลังของแต่ละประเทศ รวมถึงประเทศไทย การพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของระบบการศึกษาเป็นสิ่งที่ไม่สามารถละเลยได้

7 สภาพแวดล้อมและความเป็นเมือง

อาเซียนมีประชากรเมืองร้อยละ 36 ใน 235 เมืองใหญ่ อีก 15 ปี จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 43 หรือ มีประชากรเมืองเพิ่มขึ้นถึงอีก 93 ล้านคน

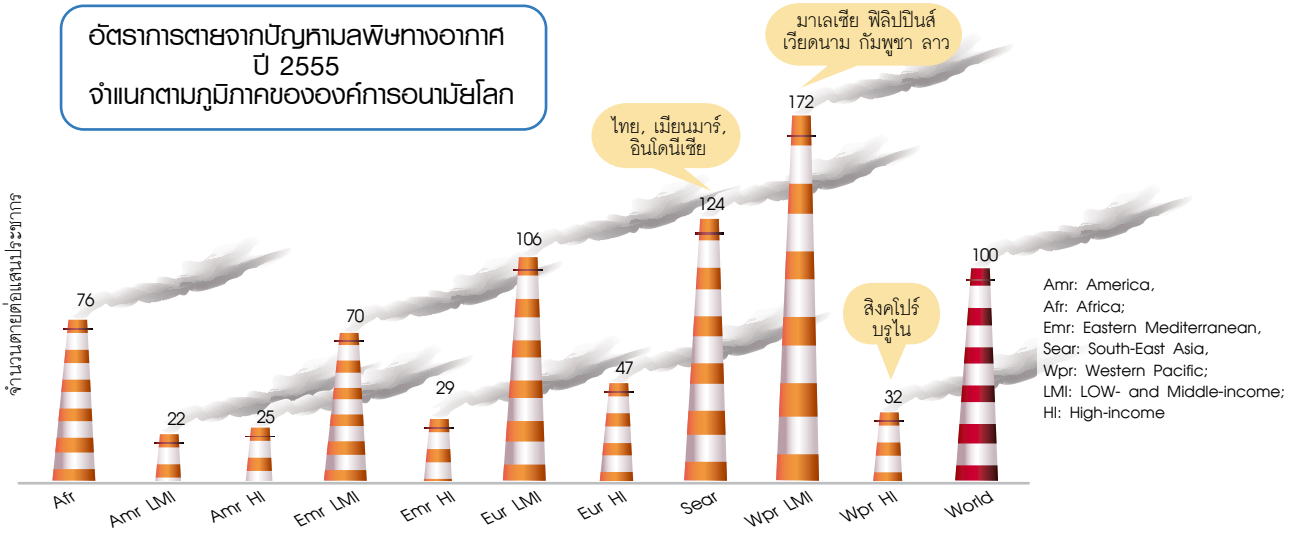
อาเซียนเป็นภูมิภาคในเขตร้อนชื้นที่ยังมีพื้นที่ป่าถึงร้อยละ 45 ของพื้นที่ทั้งหมด ภายใต้สถานการณ์การพัฒนาที่มาพร้อมกับการขยายตัวของความเป็นเมือง การเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมทั้งทางธรรมชาติและทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ เป็นทั้งโอกาสและความท้าทายที่ภูมิภาคต้องรับมือ

จำนวนผู้ป่วยมาลาเรีย และวัณโรค ปี 2555



หมายเหตุ: 1) ผู้ป่วยมาลาเรียเป็นข้อมูลคาดประมาณ(estimates of cases) จาก World Malaria Report 2013
2) ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค จาก WHO's Tuberculosis Country's Profiles:
ที่มา: World Health Organization (WHO) 2013

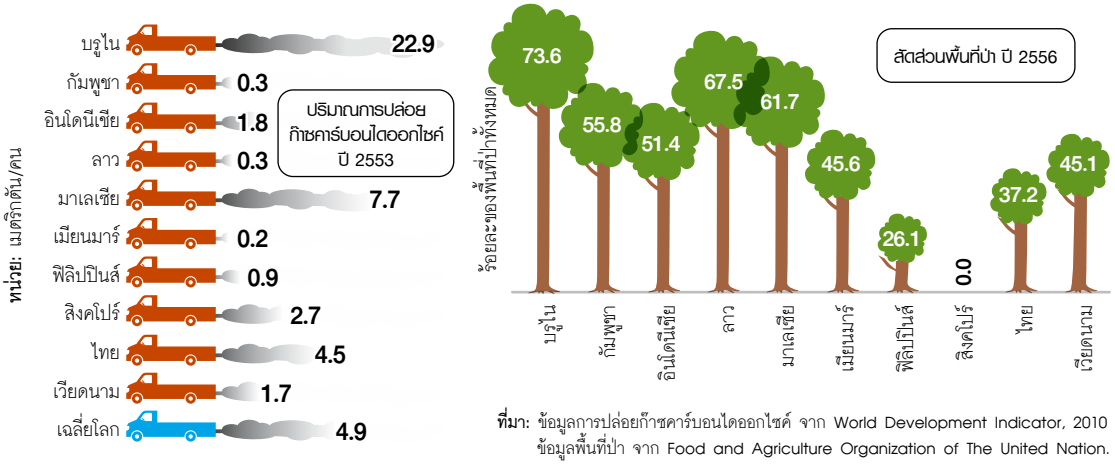
อัตราการตายจากปัญหามลพิษทางอากาศ ปี 2555 จำแนกตามภูมิภาคขององค์การอนามัยโลก



หมายเหตุ: มลพิษทางอากาศ ประกอบด้วย มลพิษจากภาคครัวเรือนและในบรรยากาศ (household and ambient air pollution)
ที่มา: WHO, 2012. Burden of disease from Household Air Pollution for 2012

จากสภาพภูมิศาสตร์และอากาศที่เป็นเขตร้อนชื้น ความชุกของมาลาเรียในภูมิภาคมีอัตราที่สูงเป็นอันดับสองของโลก รองจากแอฟริกา แม้พื้นที่ป่าจะยังมีอยู่มาก กล่าวคือมากกว่าครึ่งของพื้นที่ทั้งหมดในหลายประเทศ เช่น บรูไน ลาว มาเลเซีย กัมพูชา และอินโดนีเซีย แต่ปัญหามลภาวะ โดยเฉพาะมลพิษทางอากาศกลับเป็นปัญหา

ปริมาณการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ และสัดส่วนพื้นที่ป่าที่ยังคงอยู่

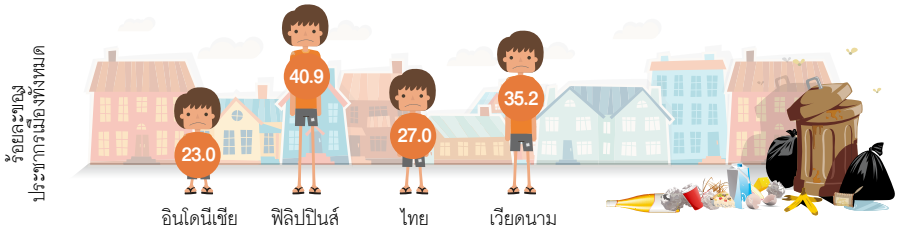


ที่มา: ข้อมูลการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ จาก World Development Indicator, 2010
ข้อมูลพื้นที่ป่า จาก Food and Agriculture Organization of The United Nation.

ทางสุขภาพที่สำคัญ โดยมีอัตราการตายของประชากรที่มีสาเหตุเกี่ยวเนื่องกับมลพิษสูงกว่าภูมิภาคอื่นทั่วโลกอย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้การปล่อยก๊าซเรือนกระจกก็อยู่ในอัตราที่สูงในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศบรูไน และมาเลเซีย ซึ่งมีอัตราการปล่อยก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก

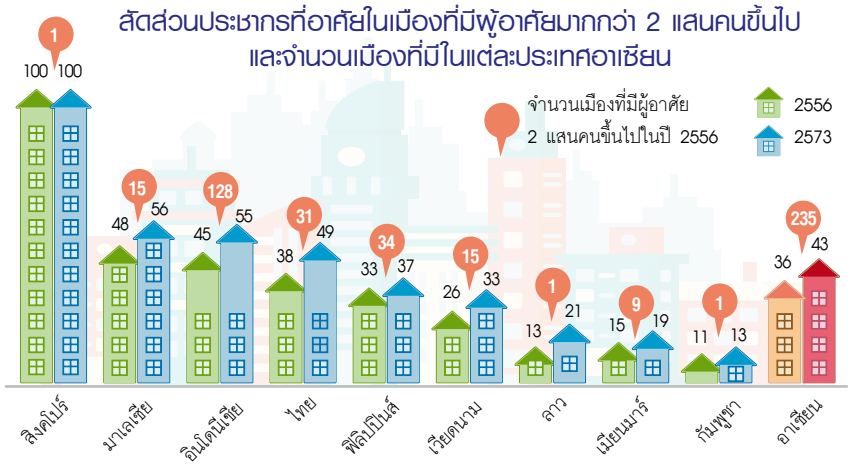
ในปี 2573 หรือ 15 ปีต่อจากนี้ คาดการณ์ว่าประชากรเมืองของอาเซียนจะขยายตัวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 43 ของประชากรทั้งหมด การขยายตัวของเมืองมีอัตราที่ค่อนข้างสูงในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางโดยเฉพาะใน อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ ไทย รวมถึง เวียดนามซึ่งเป็นประเทศที่มีจำนวนเมืองใหญ่ที่มีประชากรอาศัยอยู่มากกว่า 2 แสนคนมากเป็น 4 อันดับแรกในอาเซียน อย่างไรก็ตาม ความเป็นเมืองที่เพิ่มขึ้นไม่ได้เป็นหลักประกันถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิต รวมถึงสุขภาพที่ดีขึ้นของประชากรเสมอไป ในปี 2552 กว่า 1 ใน 3 ของประชากรเมืองในฟิลิปปินส์และเวียดนาม และประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรเมืองในไทยและอินโดนีเซียอาศัยอยู่ในเขตสลัมและชุมชนแออัดซึ่งยากต่อการจัดการเรื่องความสะอาดและสาธารณสุขมูลฐาน การควบคุมโรคติดต่อ เช่น วัณโรค รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากวิถีชีวิตคนเมืองที่เปลี่ยนไปเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทวิภาระโรค (double burden of diseases) จึงเป็นการบ้านสำคัญของหลายประเทศในอาเซียน

ร้อยละของประชากรเมืองที่อาศัยในสลัม ใน 4 ประเทศอาเซียน ปี 2552



ที่มา: Slum residence Data by country, 2014

สัดส่วนประชากรที่อาศัยในเมืองที่มีผู้อาศัยมากกว่า 2 แสนคนขึ้นไป และจำนวนเมืองที่มีในแต่ละประเทศอาเซียน



ที่มา: McKinsey Global Institute. 2014. "Southeast Asia at the crossroads: Three paths to prosperity"

8 การคลังสุขภาพ

ไทย เป็นหนึ่งในสี่ประเทศอาเซียนที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดย 3 ใน 4 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมดมาจากภาครัฐ

ประชากรอาเซียนในหลายประเทศ ยังคงเผชิญความเสี่ยงทางการเงินจากค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย นโยบายและการขับเคลื่อนเพื่อสร้างระบบหลักประกันสุขภาพที่มีความครอบคลุมถ้วนหน้า เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพ เป็นภารกิจสำคัญที่แต่ละประเทศต้องเร่งพัฒนา

สถานการณ์การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage: UHC) ในประเทศอาเซียน

กลุ่ม 1 มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมแล้ว

- สิงคโปร์: มี UHC ตั้งแต่ปี 2508 ภายใต้การสนับสนุนเชิงสวัสดิการจากภาครัฐ ถัดมาในช่วงปี 2533-2553 จึงมีการจัดตั้งโครงการ Medisave, Medishield และ Medifund
- บรูไน: มี UHC ในลักษณะ ระบบสวัสดิการแห่งชาติ (National Welfare System)
- มาเลเซีย: มี UHC ตั้งแต่ช่วงปี 2533 ภายใต้ระบบการให้บริการโดยผู้ให้บริการสุขภาพภาครัฐ ด้วยเงินงบประมาณภาครัฐ
- ไทย: มี UHC ตั้งแต่ปี 2545 ภายใต้การดำเนินงานของ 3 กองทุน/สิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ ได้แก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม และสิทธิประโยชน์สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ

กลุ่ม 2 มีการกำหนดปีเป้าหมาย (target year) ในการมีUHC ที่ครอบคลุมถ้วนหน้า

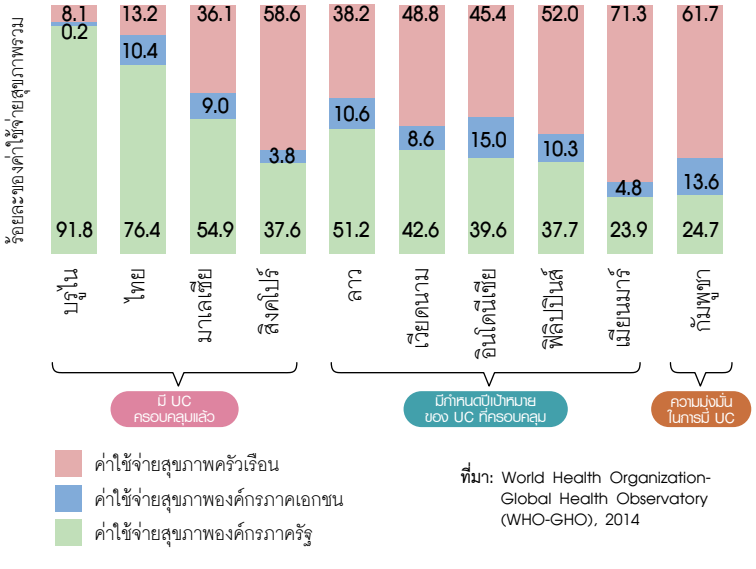
- ฟิลิปปินส์: ตั้งเป้าที่จะบรรลุ UHC ในปี 2559
- อินโดนีเซีย: โดยตั้งเป้าที่จะบรรลุ UHC ในปี 2562
- เวียดนาม: ครอบคลุมให้ได้ถึง 80% ของประชากร ในปี 2563
- ลาว: ตั้งเป้าที่จะบรรลุ UHC ในปี 2563
- เมียนมาร์: ตั้งเป้าที่จะบรรลุ UHC ในปี 2573

กลุ่ม 3 มีความมุ่งมั่น (strong commitment) ในการมี UHC ที่ครอบคลุมถ้วนหน้า

- กัมพูชา: แสดงความความมุ่งมั่นในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมประชากรถ้วนหน้า รวมถึงส่งเสริมการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพ เพื่อสนับสนุนระบบ UHC

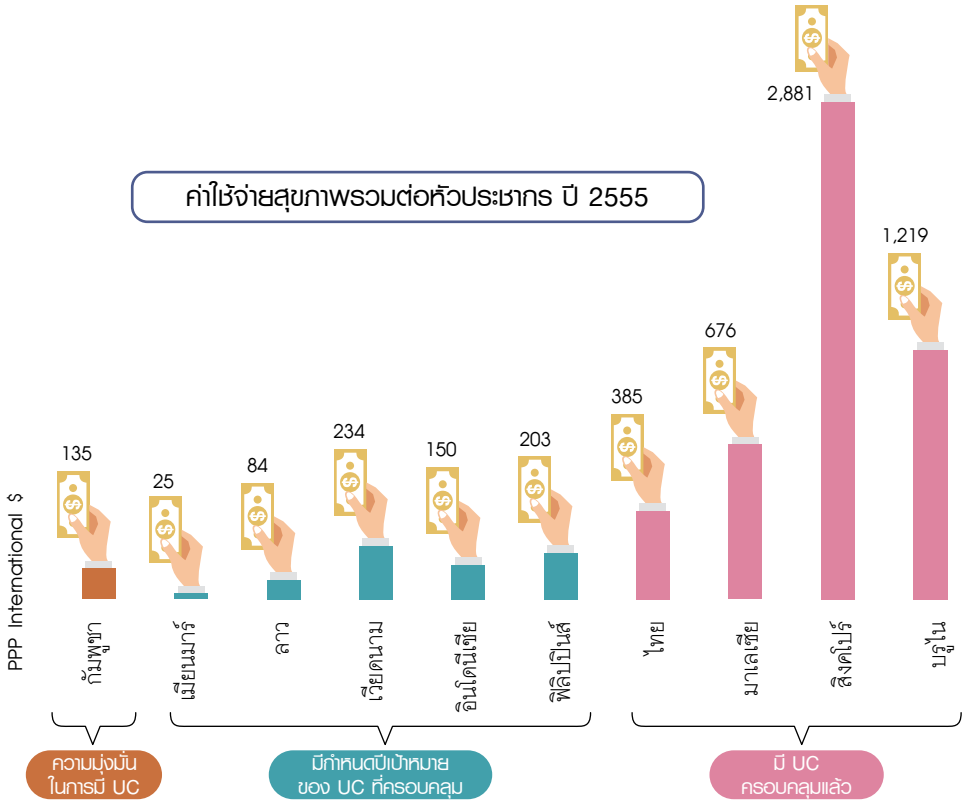
ที่มา: ปรับและเพิ่มเติมจาก "Universal Health Coverage for 2.1 Billion Populations: Lessons Learned from ASEAN Plus Three Countries": ASEAN Plus Three, The UHC Network , 2014

องค์ประกอบค่าใช้จ่ายสุขภาพรวม ปี 2555

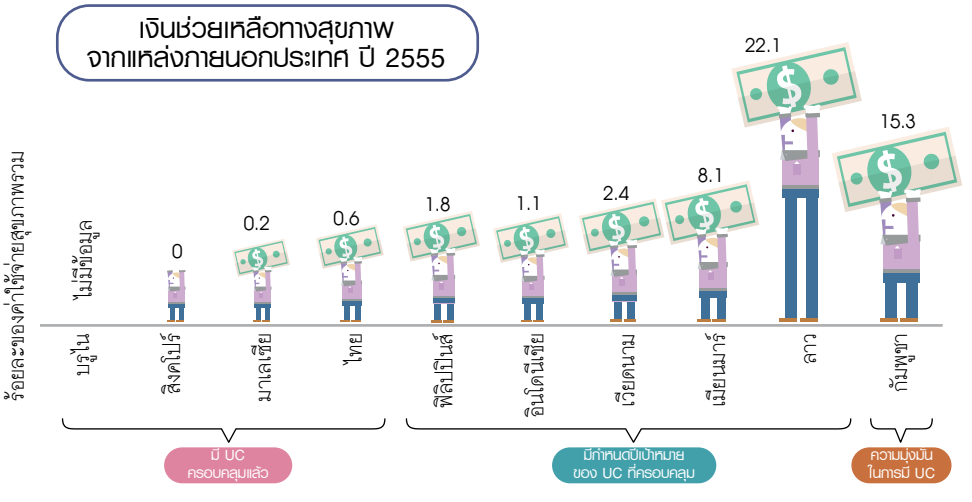


ที่มา: World Health Organization-Global Health Observatory (WHO-GHO), 2014

ใน 10 ประเทศอาเซียน แบ่งกลุ่มตามระดับความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพที่มีได้เป็นหนึ่ง กลุ่มที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือ Universal Health Coverage (UHC) ได้แก่ สิงคโปร์ บรูไน มาเลเซีย และไทย สอง กลุ่มที่หลักประกันสุขภาพยังไม่ถ้วนหน้า แต่ได้กำหนดปีเป้าหมายที่จะบรรลุ UHC ไว้ ได้แก่ อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ เวียดนาม ลาวและเมียนมาร์ และสาม กลุ่มที่ไม่ได้กำหนดปีเป้าหมายที่จะบรรลุ UHC แต่แสดงออกถึงความมุ่งมั่นในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมถ้วนหน้าให้เกิดขึ้นในประเทศ ได้แก่ กัมพูชา



ที่มา: World Health Organization-Global Health Observatory (WHO-GHO), 2014



ที่มา: World Health Organization- Global Health Observatory (WHO-GHO), 2014

ประชากรอาเซียนในประเทศที่มีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมแล้ว ได้รับการคุ้มครองความเสี่ยงจากภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพดีกว่าคนในประเทศที่หลักประกันสุขภาพยังไม่ถ้วนหน้าอย่างชัดเจน พิจารณาจากสัดส่วนค่าใช้จ่ายสุขภาพรวมของประเทศที่มาจากภาคเอกชนหรือครัวเรือนโดยตรง (out-of-pocket) ของกลุ่มแรกซึ่งต่ำกว่าอย่างเห็นได้ชัด ในบรูไนและไทยค่าใช้จ่ายสุขภาพที่มาจากภาครัฐคิดเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง คือร้อยละ 91.8 และร้อยละ 76.4 ตามลำดับ สิงคโปร์เป็นประเทศเดียว ที่ระบบประกันสุขภาพเน้นการส่งเสริมหน้าที่ส่วนบุคคลในการดูแลตนเองและใช้ระบบบัญชีเงินออมเพื่อสุขภาพ หรือ MediSave ทำให้ค่าใช้จ่ายสุขภาพจากครัวเรือนมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 58.6 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพรวม

เงื่อนไขด้านงบประมาณทางสุขภาพของภาครัฐเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมให้กับคนในประเทศ โดยเฉพาะในประเทศรายได้น้อย เช่น ลาว กัมพูชา และเมียนมาร์ ที่แม้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพต่อหัวจะต่ำกว่าประเทศสมาชิกอื่นๆ ของอาเซียน แต่ค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ก็มาจากกระเป๋าของประชาชน อีกทั้งยังมีการพึ่งพิงเงินช่วยเหลือทางสุขภาพจากแหล่งภายนอกประเทศในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง

9 ทรัพยากรสาธารณสุข

ไทยผลิตแพทย์ต่อปีต่อประชากรเป็นอันดับ 7 ของอาเซียน
จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทยยังอยู่ในระดับต้องระวัง

หลายประเทศในอาเซียนยังขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในขณะที่ความสามารถในการผลิตบุคลากรยังอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ยังมีบุคลากรจำนวนมากออกไปทำงานในต่างประเทศสร้างความท้าทายในการทุเลาปัญหาความขาดแคลน

จำนวนบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขต่อประชากรเป็นตัวชี้วัดสำคัญ ที่สะท้อนให้เห็นความพร้อมของประเทศในการดูแลสุขภาพของประชากร โดยรวมแล้ว ประเทศส่วนใหญ่ในภูมิภาคอาเซียนค่อนข้างขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีเพียงสิงคโปร์ บรูไน และมาเลเซีย ที่มีบุคลากรเพียงพอต่อประชากร ในขณะที่กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว และเมียนมาร์มีบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขในระดับที่ต่ำกว่าระดับต่ำสุดที่กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก คือต่ำกว่า 22.8 รายต่อประชากร 10,000 คน ในขณะที่ประเทศไทยมีบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขจำนวนสูงกว่าขั้นต่ำสุดเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ต่อประชากร 10,000 คน)

	การผลิตต่อประชากร 10,000 คน			
	แพทย์	พยาบาลและผดุงครรภ์	ทันตแพทย์	เภสัชกร
	2549-2556			
บรูไน	15.0	77.3	2.3	1.2
กัมพูชา	2.3	7.9	0.2	1.0
อินโดนีเซีย	2.0	13.8	1.0	1.0
ลาว	1.8	8.8	0.4	1.2
มาเลเซีย	12.0	32.8	3.6	4.3
เมียนมาร์	6.1	10.0	0.7	-
ฟิลิปปินส์	-	-	-	8.9
สิงคโปร์	19.2	63.9	3.3	3.9
ไทย	3.9	20.8	2.6	1.3
เวียดนาม	11.6	11.4	-	3.1

ที่มา: World Health Statistics 2014, World Health Organization (WHO)

ในด้านศักยภาพการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่าสิงคโปร์และมาเลเซียมีความสามารถในการผลิตแพทย์ต่อประชากรสูงที่สุดในภูมิภาค ในขณะที่ประเทศไทยมีความสามารถในการผลิตแพทย์ต่อประชากรอยู่ที่อันดับ 7 ของภูมิภาค คือสามารถผลิตได้ 2 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และสามารถผลิตพยาบาลได้ 12 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ส่วนฟิลิปปินส์มีความสามารถในการผลิตพยาบาลต่อประชากรสูงที่สุดในภูมิภาคอาเซียน แต่พยาบาลจำนวนมากออกไปทำงานในต่างประเทศ

ความสามารถในการผลิตบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (ต่อประชากร 100,000 คน)

	ปี	การผลิตต่อประชากร 100,000 คน		
		แพทย์	พยาบาล	ผดุงครรภ์
บรูไน	2553	4	38	3
กัมพูชา	2551	3**	4**	4**
อินโดนีเซีย	2551	2	15	4
ลาว	2550	1	11	0
มาเลเซีย	2551	8	34*	ไม่ผลิตแล้ว
เมียนมาร์	2548	1	4	2
ฟิลิปปินส์	2550	4	78	5
สิงคโปร์	2553	8	32	ไม่ผลิตแล้ว
ไทย	2553	2	12	ไม่ผลิตแล้ว
เวียดนาม	2551	4	1^	-

ที่มา: Kanchanachitra et al. 2011, Lancet
หมายเหตุ: *ข้อมูลปี 2552^ รวมพยาบาลและผดุงครรภ์ **เฉพาะของภาครัฐ

นอกจากนี้ประเทศสิงคโปร์ บรูไน มาเลเซีย รวมถึงประเทศไทย มีความพร้อมทางการบริการสุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นด้านจำนวนโรงพยาบาล จำนวนเตียง หรือเครื่องมือทางการแพทย์ต่างๆ เช่น เครื่อง CT scan เครื่องฉายรังสี และเครื่องแมมโมแกรม

บริการสุขภาพและเทคโนโลยี

	โรงพยาบาล (ต่อประชากร 10,000 คน)	เตียงในโรงพยาบาล (ต่อประชากร 10,000 คน)	เครื่องเอกเรย์คอมพิวเตอร์ (ต่อประชากรล้านคน)	เครื่องฉายรังสี (ต่อประชากรล้านคน)	เครื่องแมมโมแกรม (ต่อประชากรหญิงอายุ 50-69 ปี ล้านคน)
	2556	2549-2555	2556	2556	
บรูไน	1.4	28	7.2	-	91.9
กัมพูชา	0.6	7	1.2	0.1	-
อินโดนีเซีย	0.4	9	-	0.1	-
ลาว	2.2	15	0.7	0.0	0.0
มาเลเซีย	0.5	19	6.4	1.4	86.7
เมียนมาร์	0.6	6	0.1	0.1	0.7
ฟิลิปปินส์	1.8	5	1.1	0.2	13.1
สิงคโปร์	0.5	20	8.9	3.5	127.6
ไทย	1.8	21	6.0	1.0	27.9
เวียดนาม	-		-	0.4	-

ที่มา: World Health Statistics 2014, World Health Organization (WHO)

การเคลื่อนย้ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

	นำเข้า	ส่งออก
บรูไน	+++	0
อินโดนีเซีย	0	++
มาเลเซีย	++	+
ฟิลิปปินส์	0	++++
สิงคโปร์	++++	+
ไทย	0	+

ที่มา Kanchanachitra et al. 2011, Lancet



ยาที่จำเป็น

	ค่ามัธยฐานของการมียาสามัญบางประเภท (%)		ค่ามัธยฐานของอัตราส่วนราคาผู้บริโภคของยาสามัญบางประเภท	
	รัฐ	เอกชน	รัฐ	เอกชน
	2544-2552			
อินโดนีเซีย	65.5	57.8	1.8	2.0
มาเลเซีย	25.0	43.8	-	6.6
ฟิลิปปินส์	15.4	26.5	6.4	5.6
ไทย	75.0	28.6	2.6	3.3

ที่มา: World Health Statistics 2014, World Health Organization (WHO)

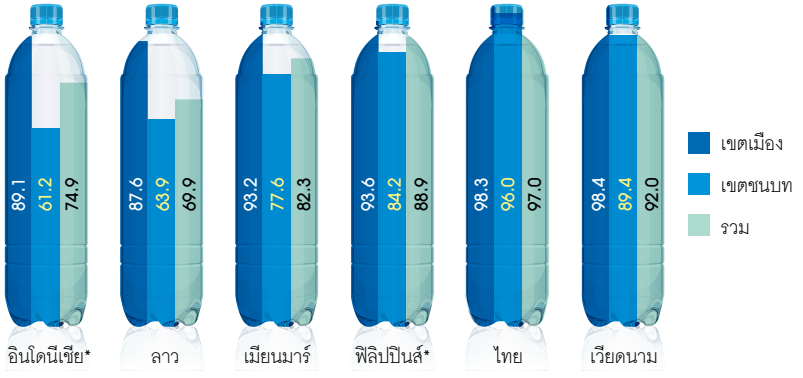
อย่างไรก็ตาม ทรัพยากรทางสาธารณสุขมีการเคลื่อนย้ายระหว่างประเทศได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะทรัพยากรด้านบุคคล บางประเทศมีนโยบายการผลิตบุคลากรเพื่อส่งออก เช่น ฟิลิปปินส์ ในขณะที่บางประเทศ เช่น สิงคโปร์และบรูไน มีนโยบายดึงดูดบุคลากรทางการแพทย์จากประเทศอื่น ดังนั้น จึงเป็นที่น่าติดตามว่าการกระจายตัวของบุคลากรทางสาธารณสุขในภูมิภาคจะเป็นอย่างไร เมื่ออนุญาตให้มีการเคลื่อนย้ายบุคลากรวิชาชีพได้อย่างเสรี

10 ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

หลายประเทศในอาเซียนยังมีความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เช่น การคลอดบุตรที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข ในประเทศลาว คนจนเพียงร้อยละ 11 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการคลอดบุตรโดยบุคลากรสาธารณสุข เปรียบเทียบกับคนรวยที่ร้อยละ 91

การได้รับบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและการมีสุขภาพที่ดีเป็นสิทธิที่ทุกคนในประเทศควรได้รับอย่างเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตามความไม่เป็นธรรมด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพในภูมิภาคอาเซียนยังปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน ในด้านการกระจายตัวของทรัพยากรนั้น พบว่ายังคงมีความเหลื่อมล้ำ โดยประเทศไทยมีการกระจุกตัวของแพทย์และพยาบาลในเขตเมืองอยู่ในระดับที่สูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในภูมิภาคอาเซียน

สัดส่วนประชากรที่ดื่มน้ำมีคุณภาพ จำแนกตามที่อยู่อาศัย



หมายเหตุ: *สัดส่วนครัวเรือนที่ดื่มน้ำมีคุณภาพ
ที่มา: อินโดนีเซีย-DHS 2555, ลาว-MICS 2554, เมียนมาร์-MICS 2552-2553, ฟิลิปปินส์-DHS 2552, ไทย-MICS 2555, เวียดนาม-MICS 2554

การฝากครรภ์และการคลอดบุตรโดยได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข เป็นบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานสำหรับสตรีตั้งครรภ์ และเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals – MDGs) ปัจจุบันกัมพูชา ลาว เมียนมาร์ และฟิลิปปินส์ ยังคงห่างไกลจากเป้าหมายการให้บริการเหล่านี้แก่ประชากรทุกกลุ่มอย่างถ้วนหน้า โดยเฉพาะในกลุ่มคนรายได้น้อยที่สุดของประเทศ ในลาวมีเพียงร้อยละ 23 ที่ได้ฝากครรภ์อย่างน้อยหนึ่งครั้ง เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ร่ำรวยที่สุดที่ร้อยละ 92

สัดส่วนการฝากครรภ์อย่างน้อยหนึ่งครั้ง จำแนกตามระดับรายได้ครัวเรือน

ประเทศ	แหล่งข้อมูล	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	รวม
กัมพูชา	DHS 2553	78.8	85.6	92.1	95.1	98.5	89.1
อินโดนีเซีย	DHS 2555	86.9	95.8	97.7	99.0	99.4	95.7
ลาว	MICS 2554	22.9	42.1	62.0	77.1	91.7	54.2
เมียนมาร์	MICS 2552-2553	70.7	77.7	82.9	92.6	97.4	83.1
ฟิลิปปินส์	DHS 2556	88.5	96.3	96.7	99.4	98.6	95.4
ไทย	MICS 2555	97.1	98.1	97.9	97.7	99.7	98.1
เวียดนาม	MICS 2554	78.4	96.2	97.2	99.2	99.1	93.7

หมายเหตุ: เรียงลำดับรายได้ครัวเรือนจาก Q1 ถึง Q5 แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆ กัน โดย Q1 หมายถึงครัวเรือนที่รายได้น้อยที่สุด (20%) และ Q5 หมายถึงครัวเรือนที่รายได้มากที่สุด (20%)
DHS = Demographic and Health Survey
MICS = The Multiple Indicator Cluster Survey

สัดส่วนการคลอดบุตรที่ได้รับการดูแลจากบุคลากรสาธารณสุข จำแนกตามระดับรายได้ครัวเรือน

ประเทศ	แหล่งข้อมูล	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	รวม
กัมพูชา	DHS 2553	48.7	63.7	74.5	86.5	96.7	71.0
อินโดนีเซีย	DHS 2555	57.5	81.8	89.7	93.2	96.6	83.1
ลาว	MICS 2554	10.8	23.9	45.0	64.3	90.7	41.5
เมียนมาร์	MICS 2552-2553	51.0	63.5	68.7	82.7	96.1	70.6
ฟิลิปปินส์	DHS 2556	42.2	71.0	83.8	92.4	96.2	72.8
ไทย	MICS 2555	98.4	99.6	100	99.7	99.9	99.6
เวียดนาม	MICS 2554	71.9	96.3	99.6	99.6	99.2	92.9

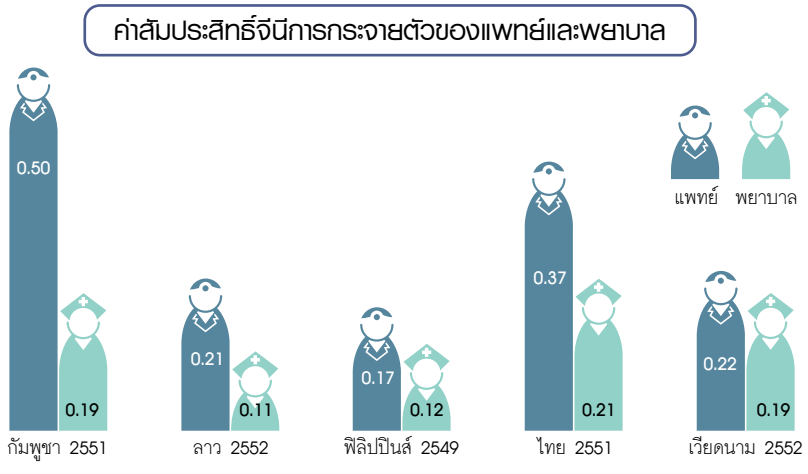
หมายเหตุ: เรียงลำดับรายได้ครัวเรือน จาก Q1 ถึง Q5 แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆ กัน โดย Q1 หมายถึงครัวเรือนที่รายได้น้อยที่สุด (20%) และ Q5 หมายถึงครัวเรือนที่รายได้มากที่สุด (20%)

นอกจากนี้ ความเหลื่อมล้ำยังปรากฏในสุขภาพของประชากรเด็กต่ำกว่า 5 ขวบ ในครัวเรือนยากจนที่สุดของประเทศไทย มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ถึงร้อยละ 14 เปรียบเทียบกับเพียงร้อยละ 4 ในครัวเรือนรายได้สูง

สัดส่วนของเด็กต่ำกว่า 5 ปีที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จำแนกตามระดับรายได้ครัวเรือน

ประเทศ	แหล่งข้อมูล	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	รวม
กัมพูชา	DHS 2553	35.4	32.6	27.8	24.6	15.9	28.3
ลาว	MICS 2554	36.5	29.6	25.2	19.4	12.1	26.6
ไทย	MICS 2555	13.5	10.0	10.2	7.0	3.7	9.2
เวียดนาม	MICS 2554	20.6	11.3	13.9	8.5	3.1	11.7

หมายเหตุ: เรียงลำดับรายได้ครัวเรือน จาก Q1 ถึง Q5 แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆ กัน โดย Q1 หมายถึงครัวเรือนที่รายได้น้อยที่สุด (20%) และ Q5 หมายถึงครัวเรือนที่รายได้มากที่สุด (20%)
DHS = Demographic and Health Survey
MICS = The Multiple Indicator Cluster Survey



หมายเหตุ: ค่าสัมประสิทธิ์จีนี เป็นวิธีการบ่งชี้ความเหลื่อมล้ำของการกระจายทรัพยากร มีค่าระหว่าง 0 และ 1 โดยที่ 0 หมายถึงความเท่าเทียมกันอย่างสมบูรณ์ และ 1 หมายถึงความเหลื่อมล้ำอย่างสมบูรณ์ ดังนั้น ค่าสัมประสิทธิ์ยิ่งเข้าใกล้ 1 ยิ่งมีความเหลื่อมล้ำสูง
ที่มา: Kanchanachitra 2011

การเข้าถึงแหล่งน้ำดื่มมีคุณภาพเป็นอีกตัวชี้วัดที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างด้านสุขภาพของประชากร โดยเฉพาะความแตกต่างระหว่างประชากรในเขตเมืองและเขตชนบท ในอินโดนีเซีย ครัวเรือนในเขตเมืองร้อยละ 89 ดื่มน้ำมีคุณภาพ เปรียบเทียบกับร้อยละ 61 ในเขตชนบท

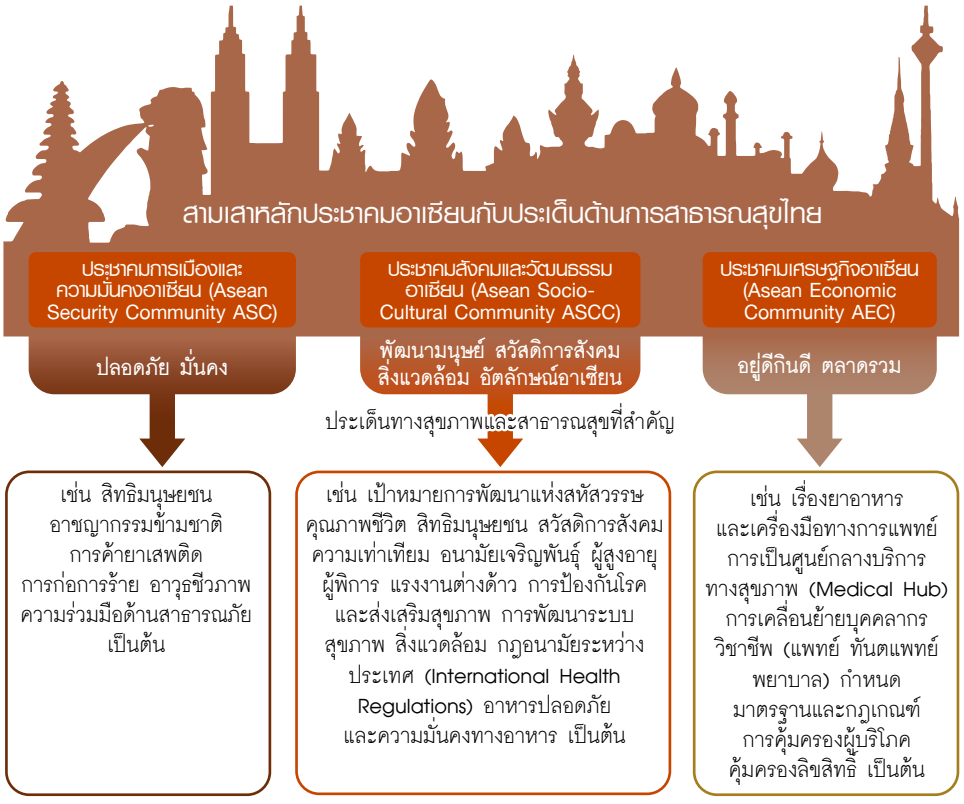
ความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพยังคงปรากฏให้เห็นในภูมิภาคอาเซียน จึงนับเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาต่อไปในอนาคต

11 อาเซียนกับความท้าทายทางสุขภาพ

ประชากรอาเซียนมีการเคลื่อนย้ายภายในภูมิภาคเพิ่มขึ้นจาก 3.3 ล้านคน ในปี 2543 เป็น 6.5 ล้านคน ในปี 2556

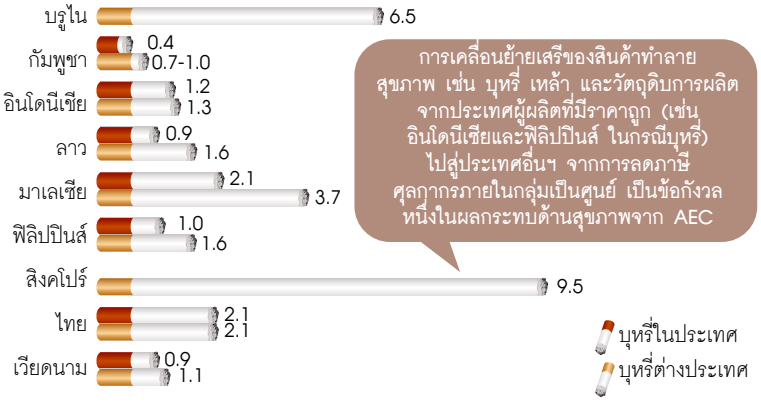
เพื่อรับมือกับความท้าทายของ Health in the Post 2015 และการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ประเทศสมาชิกควรเร่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ พัฒนาระบบการคลังและหลักประกันสุขภาพที่มีความครอบคลุมถ้วนหน้าสำหรับบริการพื้นฐานที่จำเป็น รวมทั้งส่งเสริมนโยบายสาธารณะเชิงบูรณาการที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพและต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านต่างๆ

บนเส้นทางของการพัฒนาความร่วมมือสู่ประชาคมอาเซียน ภายใต้ 3 เสาหลักทางเศรษฐกิจ การเมืองและความมั่นคง สังคมและวัฒนธรรม มีประเด็นท้าทายทางสุขภาพและการสาธารณสุขในภูมิภาคหลายเรื่อง ทั้งในส่วนที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงภายในแต่ละประเทศ เช่น การเปลี่ยนผ่านทางประชากรสู่สังคมผู้สูงอายุ การขยายตัวของเมืองและการย้ายถิ่น การเพิ่มขึ้นของการเจ็บป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป เป็นต้น และในส่วนที่อาจเป็นผลกระทบที่เกิดจากประชาคมอาเซียน เช่น การเคลื่อนย้ายแรงงาน ซึ่งรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และการรับบริการทางสุขภาพ



ที่มา: การบรรยาย "ประชาคมไทยกับอาเซียน: บุคลากรสาธารณสุข รู้ทันประชาคมอาเซียน" โดยนายแพทย์สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล ผู้อำนวยการสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เมื่อ วันที่ 20 พฤษภาคม 2556

ราคาบุหรี่ยี่ห้อยอดนิยมของแต่ละประเทศในอาเซียน ปี 2555

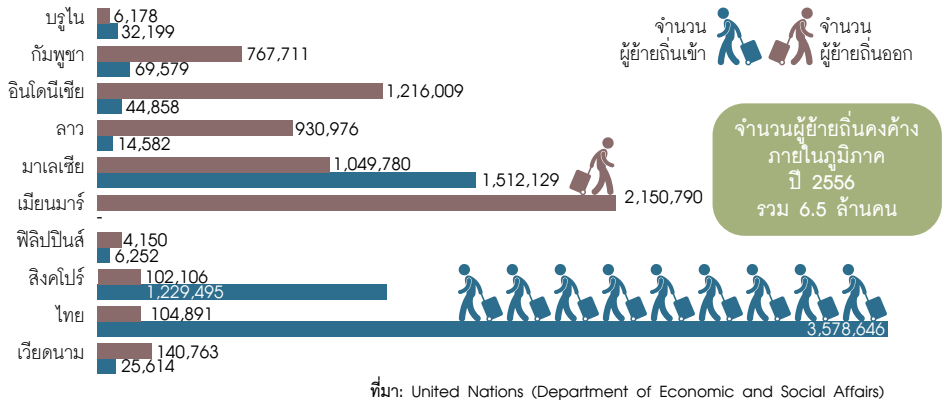


หน่วย: เหรียญสหรัฐ

ที่มา: Tobacco Taxes and Prices in ASEAN: An Overview (May 2014), Southeast Asia Initiative on Tobacco Tax (SITT) of the Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA)

ข้ามประเทศที่จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การเปิดเสรีทางการค้าที่อาจกระทบต่อการเคลื่อนย้ายสินค้าทางสุขภาพในภูมิภาค โดยเฉพาะ ยารักษาโรค เครื่องมือทางการแพทย์ และรวมถึงสินค้าที่ทำลายสุขภาพ เช่น บุหรี่ และเหล้า

จำนวนผู้ย้ายถิ่นคงค้างภายในภูมิภาค (Intra-regional migration)
กลุ่มประเทศอาเซียน ปี 2556



ที่มา: United Nations (Department of Economic and Social Affairs)
International migrant stock: By destination and origin

การพัฒนาความร่วมมือระหว่างกลุ่มประเทศสมาชิกทั้ง 10 ประเทศที่มีความแตกต่างและความเหลื่อมล้ำเชิงบริบทในหลายด้านเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน หรือ Sustainable Development Goals (SDGs) ในการมีสุขภาพที่ดีและความอยู่ดีกินดีของประชากรอาเซียนอย่างถ้วนหน้า การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการสุขภาพในระดับภูมิภาค ระบบการคลังสุขภาพที่เป็นธรรมมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน ยังคงเป็นโจทย์ในระดับภูมิภาคที่ท้าทายสำหรับประชาคมอาเซียนและทุกประเทศสมาชิก

ข้อเสนอตัวชี้วัดเป้าหมายที่สำคัญ ประกอบด้วย อัตราการตายของมารดา ทารกและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี การแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ มาลาเรีย วัณโรค และโรคติดเชื้อต่างๆ การตายก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อ อุบัติเหตุบนท้องถนน มลภาวะและการปนเปื้อนต่างๆ การใช้สารเสพติด การบริโภคแอลกอฮอล์ในระดับที่เป็นโทษ การเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ และการมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นต้น

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs)

Goal 1. การขจัดความยากจนทุกรูปแบบ	Goal 2. การขจัดความหิวโหย ความมั่นคงทางอาหาร และการเกษตร	Goal3. สุขภาพที่ดี และความอยู่ดีกินดี	Goal 4. การศึกษาที่มีคุณภาพ ทั่วถึงและเป็นธรรม
Goal 5. ความเท่าเทียมทางเพศ	Goal 6. น้ำและสุขาภิบาล ที่ยั่งยืนถ้วนหน้า	Goal 7. พลังงานสมัยใหม่ที่ ไม่แพง เชื่อถือได้ และยั่งยืน	Goal 8. การเติบโต ทางเศรษฐกิจที่ยั่งยืนและ งานที่มีคุณค่าสำหรับทุกคน
Goal 9. โครงสร้างพื้นฐาน การพัฒนาอุตสาหกรรม และนวัตกรรม	Goal 10. การลด ความไม่เท่าเทียมทั้งภายใน และระหว่างประเทศ	Goal 11. เมืองและที่พักอาศัย ที่ปลอดภัย ยั่งยืน	Goal 12. รูปแบบการบริโภค และการผลิตที่ยั่งยืน
Goal 13. การเปลี่ยนแปลง สภาพภูมิอากาศ และผลกระทบ	Goal 14. การอนุรักษ์ และใช้ประโยชน์อย่างยั่งยืน จากมหาสมุทร ทะเล และทรัพยากรทางน้ำ	Goal 15. ระบบนิเวศ การจัดการป่าไม้ การลด ความเสื่อมโทรมของดินและ การสูญเสียความหลากหลาย ทางชีวภาพ	Goal 16. สังคมที่สงบสุข เท่าเทียม มีความยุติธรรม และมีสถาบันในทุกระดับที่มี ประสิทธิภาพ โปร่งใส
Goal 17. กลไกและภาคีระดับโลกเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน			

ที่มา: Indicators and a Monitoring Framework for Sustainable Development Goals-Launching a data revolution for the SDGs (Revised working draft for consultation 16 January 2015)

สำหรับการอ้างอิงบทความ

โครงการสุขภาพคนไทย. 2558. ชื่อบทความ. สุขภาพคนไทย 2558 (เลขหน้าของบทความ).
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

10

สถานการณ์เด่น ประจำฉบับ 2558



1 รัฐประหาร 2557 ผ่าทางตันประเทศไทย



วิกฤตความขัดแย้งทางการเมืองไทยที่สะสมมาร่วมทศวรรษและปรากฏผ่านสงครามเสื้อสีระหว่างกลุ่มที่สนับสนุนกลุ่มการเมืองในสังกัดอดีตนายกรัฐมนตรีทักษิณ ชินวัตร และกลุ่มที่คัดค้านระบอบทักษิณ ได้ปะทุจนเกิดความรุนแรงและนำไปสู่จุดเปลี่ยนครั้งใหญ่ทางการเมืองไทยในปี 2557 ภายหลังการเสนอร่าง พ.ร.บ. นิรโทษกรรมโดยรัฐบาล น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2556 ได้ก่อให้เกิดกระแสต่อต้านและการรวมตัวประท้วงในหลายพื้นที่ทั่วประเทศติดต่อกันนานหลายเดือน มีการใช้กำลังสลายการชุมนุม แต่เหตุการณ์บานปลาย ประชาชนบาดเจ็บล้มตาย และนำไปสู่การรัฐประหารโดยคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) เพื่อยุติความขัดแย้งที่เกิดขึ้น ต่อมา คสช. ได้จัดตั้ง สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) คณะรัฐบาลและสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) เพื่อเขียนกติกาและกำหนดโครงสร้างการเมือง รวมทั้งแนวทางการบริหารและปฏิรูปประเทศ ผ่านทางรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ซึ่งคาดว่าจะแล้วเสร็จในปี 2558

เครือข่ายสาธารณสุขและปรากฏการณ์มวลมหาประชาชน

ร่าง พ.ร.บ.นิรโทษกรรมของรัฐบาล น.ส.ยิ่งลักษณ์ เปรียบเสมือนไม้ขีดไฟที่จุดกองเพลิงจนเกิดไฟลามทุ่งไปทั่วประเทศ และนำไปสู่การรวมตัวอย่างกว้างขวางของคนจำนวนมากและต่อเนื่องยาวนานติดต่อกันหลายเดือน จนเกิดปรากฏการณ์ "มวลมหาประชาชน" นับล้านคน เป็นปรากฏการณ์ทางการเมืองไทยที่มีผู้เข้าร่วมประท้วงมากที่สุด มวลชนผู้ประท้วงมีความหลากหลายของสาขาอาชีพและภูมิลำเนา ทั้งเกษตรกร ข้าราชการ แรงงานรับจ้าง คนชั้นกลาง นิสิตนักศึกษา นักวิชาการ นักการเมือง ดารานักแสดง นักกิจกรรม ผู้ทำงานในองค์กรอิสระ และบุคคลทั่วไป แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ในการชุมนุมครั้งนี้ กลุ่มผู้ประท้วงที่มีบทบาทสำคัญกลุ่มหนึ่งคือเครือข่ายวิชาชีพต่างๆ โดยหนึ่งในนั้นคือเครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ทั้งจากกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลรัฐ/เอกชน ชมรมแพทย์ชนบท พยาบาล แพทย์ คณาจารย์ และผู้บริหารโรงพยาบาลต่างๆ

เหตุผลสำคัญที่เครือข่ายบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขออกมาชุมนุมคัดค้านและขึ้นป้ายต่อต้านร่าง พ.ร.บ.นิรโทษกรรม ตามโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ เป็นการแสดงจุดยืนที่เข้มแข็งและหนักแน่นครั้งใหญ่ที่สุดของวงการสาธารณสุขนั้น เกิดจากการไม่ยอมรับการรวบรัดออกกฎหมายฟอกผิดคดีคอร์รัปชั่นและคดีอาญาประกอบกับความไม่พอใจการดำเนินนโยบายด้านสาธารณสุขของ นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจากพรรคเพื่อไทยขณะนั้น เช่น นโยบายปรับเปลี่ยนระบบการจ่ายค่าตอบแทนบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น นอกจากนี้บุคลากรด้านสาธารณสุขยังไม่เห็นด้วยกับการผลักดันให้แพทย์ในสังกัดของรัฐให้ไปอยู่กับภาคเอกชนเพื่อสนองนโยบายศูนย์กลางทางการแพทย์หรือเมดิคัลฮับของรัฐบาล ดังนั้นเมื่อ นพ.ประดิษฐ สั่งห้ามไม่ให้บุคลากรในกระทรวงฯ ชุมนุมหรือเคลื่อนไหวทางการเมือง จึงเกิดปฏิกิริยาต่อต้านหนักหน่วงยิ่งขึ้น

คสช. และรัฐประหาร 2557

ความขัดแย้งตลอด 6 เดือน ในช่วงปลายปี 2556 ถึงต้นปี 2557 ทำให้ประเทศไทยตกอยู่ในสภาพชะงักงัน และมีแนวโน้มเป็น "รัฐล้มเหลว" เนื่องจากรัฐบาลพรรคเพื่อไทยไม่มีอำนาจอย่างแท้จริงในการบริหารประเทศ อีกทั้งไม่สามารถสั่งการกองทัพได้ นอกจากนั้น น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร รักษาการนายกรัฐมนตรี ถูกศาลรัฐธรรมนูญวินิจฉัยให้พ้นจากตำแหน่งกรณีโยกย้ายนายถวิล เปลี่ยนศรี อดีตเลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติอย่างไม่เป็นธรรม ขณะที่ผู้ประท้วงก็ปักหลักชุมนุมไม่เลิก ภายหลังตำรวจใช้กำลังสลายการชุมนุมจนมีผู้บาดเจ็บล้มตายเมื่อ 18 กุมภาพันธ์ 2557 ทำให้เกิดเสียงเรียกร้องให้กองทัพเข้าแทรกแซง จนในที่สุดกองทัพภายใต้การนำของ พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา ผู้บัญชาการทหารบก ได้ประกาศใช้กฎอัยการศึกทั่วราชอาณาจักรเมื่อ 20 พฤษภาคม 2557 จากนั้นได้เรียกประชุมกลุ่มผู้ขัดแย้งสำคัญ 7 ฝ่าย ประกอบด้วย พรรคประชาธิปัตย์ สมาชิกวุฒิสภา พรรคเพื่อไทย แกนนำเสื้อแดง แกนนำคณะกรรมการประชาชนเพื่อการเปลี่ยนแปลงประเทศไทยให้เป็นประชาธิปไตยที่สมบูรณ์อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข (กปปส.) รัฐบาล และคณะกรรมการการเลือกตั้ง เพื่อหาทางออกของประเทศโดยให้โจทย์การเมือง 5 ข้อแก่ผู้เจรจาไปหาคำตอบ คือ 1. ปฏิรูปก่อน หรือเลือกตั้งก่อน 2. ทำประชามติ เรื่องใดก่อน 3. การตั้งนายกฯ คนกลาง 4. การตั้งรัฐบาลเฉพาะกาลโดยวุฒิสภา 5. ให้ กปปส. กับแนวร่วมประชาธิปไตยต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ (นปช.) ยุติการชุมนุม แต่สุดท้ายวงเจรจา 7 ฝ่าย ไม่สามารถหาข้อสรุปได้ พล.อ.ประยุทธ์ จึงประกาศยึดอำนาจการปกครองในนามคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) เมื่อ 22 พฤษภาคม 2557 โดย พล.อ.ประยุทธ์ พร้อมด้วยผู้บัญชาการเหล่าทัพได้แถลงเหตุผลการยึดอำนาจผ่านทีวีพูลว่าเพื่อยุติความขัดแย้งและนำประเทศไปสู่ความปรองดอง และเพื่อเป็นการปฏิรูปโครงสร้างทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และอื่นๆ เพื่อให้เกิดความชอบธรรมกับทุกพวกทุกฝ่าย[1]

ภายหลังการยึดอำนาจ คสช. ได้ออกคำสั่งเรียกแกนนำพรรคการเมือง แกนนำม็อบสีเสื้อต่างๆ นักธุรกิจ และคู่ขัดแย้งที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวจำนวนหลายร้อยคนมา "รายงานตัวเพื่อปรับทัศนคติ" บางรายถูกควบคุมที่ค่ายทหารระยะเวลาหนึ่ง ส่วนบางรายก็ปล่อยตัวกลับทันที นอกจากนี้ คสช. ได้มีคำสั่งปิดทีวีดาวเทียมของสีเสื้อต่างๆ ที่ใช้ปลุกระดม และห้ามสื่อมวลชนวิจารณ์การทำงาน คสช. หรือนำเสนอเนื้อหาที่กระทบความมั่นคง เพื่อให้สถานการณ์อยู่ในความสงบ ต่อมา คสช. ได้จัดเวทีความปรองดองภายใต้แนวคิด "คืนความสุข ให้กับประชาชน" ก่อนการประกาศแนวทางการบริหารประเทศหรือโรดแม็ป 3 ระยะ

โรดแม็ป 3 ระยะ สู่การเลือกตั้งใหม่

พล.อ.ประยุทธ์ ได้ประกาศโรดแม็ปการบริหารประเทศ 3 ระยะ ระยะแรกช่วงควบคุมอำนาจการปกครองจะทำเรื่องการปรองดองให้เร็วที่สุดภายใน 3 เดือน ตั้งศูนย์ปรองดองทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ ระยะที่สองประกาศใช้รัฐธรรมนูญชั่วคราว และจัดตั้งสภานิติบัญญัติแห่งชาติ สรรหานายกรัฐมนตรี ตั้งคณะรัฐมนตรี จัดทำรัฐธรรมนูญ พร้อมกับจัดตั้งสภาปฏิรูปแห่งชาติ โดยใช้เวลาประมาณ 1 ปี หากสถานการณ์เรียบร้อยเป็นปกติก็จะเข้าสู่ระยะที่ 3 คือ การเลือกตั้ง

สำหรับโรดแม็ประยะแรก คสช. ใช้เวลา 3 เดือนกว่าจะตั้งรัฐบาลใหม่ได้ เพราะต้องเร่งแก้ปัญหาเร่งด่วน เพื่อคลี่คลายคดีความรุนแรงที่คนร้ายใช้อาวุธสงครามยิงใส่ผู้ชุมนุม จัดเวทีสร้างความปรองดอง รวมทั้งจัดระเบียบสังคมทั้งปัญหารถตู้ วินมอเตอร์ไซค์ แรงงานต่างด้าว แก้ปัญหาผู้มีอิทธิพล ยึดคืนผืนป่าที่ถูกบุกรุก ตลอดจนแก้ปัญหาสินค้าเกษตร โดยเฉพาะการจ่ายเงินให้ชาวนาที่รัฐบาลติดค้างจากโครงการรับจำนำข้าว[2] ต่อมา คสช. ได้ตั้งรัฐบาลขึ้นบริหารประเทศ โดย พล.อ.ประยุทธ์ ได้ก้าวขึ้นมาดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี และควบเก้าอี้หัวหน้า คสช. โดยมีแกนนำ คสช. ร่วมเป็นรัฐมนตรี จำนวน 11 คน จากทั้งหมด 33 คน (รวมนายกรัฐมนตรี) และให้มีรัฐธรรมนูญชั่วคราว โดยก่อนหน้าได้มีการจัดตั้งสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) โดยโปรดเกล้าฯ แต่งตั้งครั้งแรก 200 คน มีทหาร 105 นาย ตำรวจ 11 นาย ที่สำคัญรัฐธรรมนูญชั่วคราวยังให้คง คสช. ไว้ และมาตรา 44 ยังให้อำนาจหัวหน้า คสช. ที่จะออกคำสั่งเพื่อป้องกันความมั่นคงของชาติได้โดยให้ถือว่าการกระทำนั้นมีผลในทางนิติบัญญัติ บริหาร และตุลาการด้วย

จากโรดแม็ปสู่กระแสการปฏิรูปประเทศ

การชุมนุมต่อต้านรัฐบาล น.ส.ยิ่งลักษณ์ในช่วงก่อนรัฐประหารได้นำมาสู่กระแสเรียกร้องให้เกิดการปฏิรูปทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคมของประเทศอย่างกว้างขวาง เช่น ปฏิรูปการเลือกตั้ง การแก้ไขปัญหาคอร์รัปชั่น การปฏิรูปพลังงาน การศึกษา เป็นต้น กระแสเรียกร้องดังกล่าวส่งผลให้ คสช. กำหนดหลักการให้มี "การปฏิรูป" ไว้ในรัฐธรรมนูญชั่วคราว และจัดตั้งสภาปฏิรูปแห่งชาติ (สปช.) เพื่อเป็นเจ้าภาพกำหนดแนวทางการปฏิรูปประเทศ 11 ด้าน ประกอบด้วย การเมือง การบริหารราชการแผ่นดิน กฎหมายและกระบวนการยุติธรรม การปกครองท้องถิ่น การศึกษา เศรษฐกิจ พลังงาน สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สื่อสารมวลชน สังคม และอื่นๆ

สปช. มีบทบาทสำคัญในการกำหนดแนวทางของร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ โดยระบุเนื้อหาสำคัญที่ต้องใส่ไว้ในรัฐธรรมนูญ อาทิ มาตรการป้องกันนโยบายประชานิยมที่จะสร้างปัญหาทางเศรษฐกิจ กลไกป้องกันมิให้มีการทำลายหลักการที่รัฐธรรมนูญวางไว้ และกลไกผลักดันการปฏิรูปในด้านต่างๆ โดยนายวิษณุ เครืองาม รองนายกรัฐมนตรีฝ่ายกฎหมายและหัวหน้าคณะร่างรัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราวชี้แจงว่า รัฐธรรมนูญฉบับชั่วคราวเป็นต้นสายแม่น้ำ 5 สาย สายที่ 1 คือ สนช. สายที่ 2 คณะรัฐมนตรี สายที่ 3 สภาปฏิรูปแห่งชาติ สายที่ 4 คณะกรรมาธิการยกร่างรัฐธรรมนูญ (กมธ.) และสายที่ 5 คสช. ที่จะทำงานร่วมกันเพื่อไม่ให้การรัฐประหาร "เสียของ"[3]

ประเด็นการปฏิรูปที่ได้รับความสนใจจากสังคมอย่างมาก คือ การปฏิรูปพลังงานและการศึกษา สำหรับเรื่องพลังงาน ภาคประชาชนเห็นว่านโยบายพลังงานต้องรักษาผลประโยชน์ให้กับผู้ใช้พลังงาน ประชาชนและผู้บริโภค แต่อีกกลุ่มมองว่า นโยบายพลังงานควรมุ่งพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งรสนา โตสิตระกูล เครือข่ายจับตานโยบายพลังงาน เห็นว่าหัวใจสำคัญคือการแก้ไขปัญหาการทุจริต และการปฏิรูปเรื่องกรรมสิทธิ์การใช้พลังงาน สำหรับเรื่องการศึกษานั้น พล.อ.ประยุทธ์ได้มอบนโยบายเร่งด่วนให้กระทรวงศึกษาธิการเน้นให้เยาวชนสนใจประวัติศาสตร์ ความเป็นไทย เชิดชูวีรบุรุษผู้สร้างชาติ การแก้ปัญหากวดวิชา การรับจ้างทำการบ้าน และการปรับภาพลักษณ์อาชีวะ โดยการปลูกฝังค่านิยมหลัก 12 ประการให้กับนักเรียนเพื่อเน้นความรักชาติ รักษาประเพณีไทย การเสียสละ อดทน มีอุดมการณ์เพื่อส่วนรวม เรียนรู้การเป็นประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุขที่ถูกต้อง และยึดหลักเศรษฐกิจพอเพียง

วางหลักการ รัฐธรรมนูญฉบับปรองดอง

ประเด็นสำคัญที่ทุกกลุ่มการเมืองกำลังจับตามอง คือการปฏิรูปการเมือง ผ่านการจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับใหม่ ได้มีการตั้งคณะกรรมาธิการยกร่างรัฐธรรมนูญขึ้น โดยมี ศ.บวรศักดิ์ อุวรรณโณ เลขาธิการสถาบันพระปกเกล้าเป็นประธาน ซึ่ง กมธ. ยกร่างได้ตั้งคณะอนุกรรมาธิการขึ้นมา 10 คณะ เพื่อพิจารณากรอบการจัดทำรัฐธรรมนูญ โดยมีข้อเสนอปฏิรูปการเมืองหลายชุดเพื่อพิจารณา เช่น ป้องกันกลุ่มทุนผูกขาด ให้นายกรัฐมนตรีและคณะรัฐมนตรีมาจากการเลือกตั้งโดยตรง การนิรโทษกรรมให้กับประชาชนที่มีคดีจากการชุมนุมโดย กมธ. ได้กำหนดหลักการสำคัญไว้ คือ ให้มีหมวดว่าด้วยการปรองดองขึ้นมาต่างหาก รวมถึงการปฏิรูปเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ อีกด้านหนึ่ง สนช. ได้เสนอแนวทางการจัดทำรัฐธรรมนูญจาก กมธ. 16 คณะ เพื่อส่งต่อให้ กมธ. ยกร่างรัฐธรรมนูญเช่นกัน โดยมีข้อเสนอต่างๆ เช่น ให้ประชาชนฟ้องศาลโดยตรงสำหรับคดีทุจริตของภาครัฐ คดีทุจริตไม่มีการหมดอายุความ ห้ามนักการเมืองที่เคยต้องคำพิพากษาหรือกระทำทุจริตเข้าดำรงตำแหน่งทางการเมือง และ ส.ส. ไม่จำเป็นต้องสังกัดพรรคการเมือง ในด้านภาคประชาสังคม ตัวแทนเครือข่ายกลุ่มต่างๆ เช่น เครือข่ายสุขภาพ กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มแรงงาน ผู้บริโภค กลุ่มองค์กรปกครองท้องถิ่น ก็ได้มายื่นข้อเสนอต่อ สปช. เพื่อพิจารณาข้อเสนอการปฏิรูปประเทศของกลุ่มตนเองด้วย

ทั้งนี้ กมธ. ยกร่างฯ มีระยะเวลาจัดทำรัฐธรรมนูญ 120 วัน นับตั้งแต่ 20 ธันวาคม 2557 โดยจะรวบรวมความเห็นที่ตกผลึกจากหลายฝ่ายที่เสนอเข้ามายัง กมธ. ยกร่างฯ ทั้งจาก สปช. ครม. คสช. สนช. ซึ่งคาดว่า กมธ. ยกร่างฯ จะสามารถจัดทำร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่แล้วเสร็จภายใน 17 เมษายน 2558[4] ซึ่งวิษณุ เครืองาม รองนายกฯ คาดว่า กระบวนการต่างๆ จะเสร็จและพร้อมให้มีการเลือกตั้งได้ประมาณเดือนกุมภาพันธ์ 2559[5]

สำหรับประเด็นเรื่องการปรองดอง นั้น บวรศักดิ์ ตั้งความหวังกับการปฏิรูปครั้งนี้ว่า สองโจทย์ใหญ่ที่ต้องทำให้ได้คือ 1. การปรองดองให้ประเทศก้าวต่อไปไม่ติดหล่มกับดักความขัดแย้ง 2. ทำอย่างไรให้การปฏิรูปสามารถลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในสังคมได้ โดยกล่าวเสริมว่า *"การปฏิรูปเหมือนกับคำสอนของพระพุทธองค์ว่า ดอกบัวซึ่งเป็นดอกไม้บริสุทธิ์ที่แทนความบริสุทธิ์ เกิดจากโคลนตมก็ได้ เช่นเดียวกับขณะนี้การปฏิรูปเกิดจากกระบวนการที่ไม่เป็นประชาธิปไตยได้ฉันนั้น"*[6]

ยิ่งลักษณ์ถูกถอดถอน เว้นวรรคทางการเมืองห้าปี

ในช่วงต้นปี 2558 ได้มีเหตุการณ์ทางการเมืองที่สำคัญ อันเป็นการส่งสัญญาณทางการเมืองในอนาคตที่ผู้นำประเทศต้องรับผิดชอบต่อความผิดพลาดในการบริหารราชการแผ่นดิน เมื่อ 23 มกราคม 2558 สนช. ได้พิจารณาลงมติถอดถอน น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร อดีตนายกรัฐมนตรี กรณีไม่ระงับยับยั้งความเสียหายโครงการจำนำข้าวตามมติของ ปปช. ที่ชี้มูลความผิดของ น.ส.ยิ่งลักษณ์ว่า มีพฤติการณ์ส่อว่าจงใจใช้อำนาจหน้าที่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 178 และส่อว่าจงใจใช้อำนาจหน้าที่ขัดต่อบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2534 มาตรา 11 (1) กรณีไม่ระงับยับยั้งความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการรับจำนำข้าวของรัฐบาล และได้จัดส่งรายงานการไต่สวนข้อเท็จจริง เรื่องถอดถอน น.ส.ยิ่งลักษณ์ ออกจากตำแหน่งนายกรัฐมนตรีให้กับประธาน สนช. โดย สนช. ได้ลงคะแนนถอดถอนด้วยคะแนนเสียง 190 – 18 งดออกเสียง 8 คะแนน บัตรเสีย 3 คะแนน ซึ่งมีคะแนนถอดถอนเกิน 132 คะแนน ถือว่าที่ประชุม สนช. มีมติให้ถอดถอน น.ส.ยิ่งลักษณ์ ออกจากตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ส่งผลให้ถูกเว้นวรรคทางการเมือง 5 ปี[7] และในวันเดียวกัน สนช. ได้ลงมติไม่ถอดถอน นายนิคม ไวยรัชพานิช อดีตประธานวุฒิสภา และนายสมศักดิ์ เกียรติสุรนนท์ อดีตประธานสภาผู้แทนราษฎร กรณีดำเนินการพิจารณาร่างแก้ไขรัฐธรรมนูญปี 2550 เกี่ยวกับที่มา ส.ว. เป็นการกระทำที่ส่อว่าจงใจใช้อำนาจหน้าที่ขัดรัฐธรรมนูญปี 2550 ทำให้อดีตนักการเมืองทั้งสองคนรอดพ้นจากมลทิน และไม่ต้องเว้นวรรคทางการเมืองห้าปีดังกรณีของอดีตนายกรัฐมนตรียิ่งลักษณ์[8]

บทสรุป

การรัฐประหารปี 2557 นับได้ว่าประสบความสำเร็จในการผ่าทางตันของประเทศและยุติความรุนแรง รวมถึงการก่อการร้ายที่นำไปสู่การบาดเจ็บล้มตายของประชาชน และกำลังอยู่ในโรดแม็ประยะที่สอง ซึ่งเป็นเรื่องยากและท้าทาย เนื่องจากเป็นการกำหนดโครงสร้างและวางแนวทางการปฏิรูปประเทศ สิ่งที่ต้องติดตามคือ การปฏิรูปครั้งนี้จะสำเร็จมากน้อยแค่ไหนและจะพาสังคมก้าวพ้นจากกับดักความขัดแย้งได้จริงหรือไม่ การยกร่างรัฐธรรมนูญฉบับใหม่จะช่วยแก้ปัญหามะเร็งร้ายของประเทศ ทั้งการคอร์รัปชั่น การซื้อสิทธิ์ขายเสียง การตรวจสอบนักการเมืองและพรรคการเมืองที่ไร้ประสิทธิภาพ การรวบอำนาจทางการเมืองของกลุ่มทุนการเมืองขนาดใหญ่ได้หรือไม่ ถ้าไม่สำเร็จในครั้งนี้การต่อสู้ทางการเมืองของภาคประชาชนจนปลุกกระแสปฏิรูปขึ้นมาจนสำเร็จก็เท่ากับเป็นการเสียโอกาสและการรัฐประหารรอบนี้ที่ถือเป็นต้นทุนราคาแพงของประเทศก็เท่ากับเสียของและอาจนำไปสู่วงจรเดิมของวิกฤตทางการเมืองภายหลังการเลือกตั้งอีกในอนาคต

ดังนั้น ภาคประชาสังคมจึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง การสร้างจิตสำนึกและการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในกระบวนการทางการเมืองเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินต่อไป แม้ในยุครัฐบาล คสช. ที่การรวมกลุ่มของประชาชนถูกจำกัด แต่ภาคประชาสังคมก็ควรดำรงบทบาทและผลักดันแนวความคิดผ่านกลไกต่างๆ เช่น สปช. และ สนช. ขณะเดียวกันการพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนและการสร้างเครือข่ายในลักษณะพหุภาคีท้องถิ่นที่เชื่อมโยงหลายพื้นที่เข้าด้วยกันจะสามารถสร้างพลังการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจจากฐานรากได้ ปรากฏการณ์มวลมหาประชาชนและเครือข่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นและสืบเนื่องติดต่อกันนานกว่าครึ่งปีเป็นอีกขั้นตอนหนึ่งของการพัฒนาภาคประชาสังคมให้เข้มแข็งขึ้น อีกทั้งเป็นการเชื่อมโยงเครือข่ายภาคประชาชนในหลายระดับ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการเติบโตของภาคประชาสังคมในระยะยาว



2 ชีวิตบนเส้นด้าย ปัญหาความปลอดภัยของระบบขนส่งสาธารณะของไทย

ระบบขนส่งสาธารณะ ถือเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่รัฐบาลสนับสนุนให้ประชาชนเดินทางร่วมกัน โดยอาศัยการนำภาษีมาอุดหนุนต้นทุนและให้ประชาชนจ่ายส่วนต่างตามทางเลือก ทั้งนี้เพื่อความสะดวก ประหยัดค่าใช้จ่าย และลดการใช้พลังงาน อย่างไรก็ดีระบบขนส่งสาธารณะในประเทศไทย เช่น รถไฟ รถโดยสาร และเรือยังมีข้อบกพร่องที่ต้องแก้ไขอยู่หลายประการ บางข้อสามารถยอมรับได้ในระดับหนึ่ง แต่บางข้อก็เป็นปัญหาใหญ่เกินกว่าที่จะยอมรับได้โดยเฉพาะปัญหาเรื่องความปลอดภัย เหตุการณ์โศกนาฏกรรมครั้งหนึ่งที่เกิดขึ้นบนรถไฟเมื่อ 6 กรกฎาคม 2557 เด็กหญิงวัย 13 ปีถูกทำร้ายจนเสียชีวิต เป็นเหตุสะเทือนขวัญที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของการรถไฟแห่งประเทศไทย (รฟท.) มากที่สุดครั้งหนึ่งในรอบ 117 ปี[1] เหตุการณ์ครั้งนี้ได้สะท้อนสภาพปัญหาในเรื่องความปลอดภัยต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้ใช้บริการได้อย่างชัดเจน แม้ว่าความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นในระบบขนส่งสาธารณะ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะอุบัติเหตุที่ไม่สามารถควบคุมได้ แต่ในขณะเดียวกันก็มีปัญหาที่เกิดจากพนักงานผู้ให้บริการภายในระบบขนส่งสาธารณะหรือผู้ที่ร่วมใช้บริการระบบขนส่งสาธารณะด้วยกันเอง ซึ่งในบทความนี้จะแยกนำเสนอเป็นประเด็นต่างๆ ตามประเภทของระบบขนส่งสาธารณะ ดังต่อไปนี้

รถไฟ

รถไฟเป็นยานพาหนะที่มีจุดมุ่งหมายในการขนส่งสินค้าหรือเคลื่อนย้ายผู้โดยสารจากสถานที่หนึ่งไปอีกสถานที่หนึ่ง นับเป็นระบบขนส่งสาธารณะที่สามารถขนส่งผู้โดยสารจำนวนมากไปยังจุดหมายได้ในคราวเดียวกัน เนื่องจากลักษณะการโดยสารรถไฟที่บรรจุผู้โดยสารจำนวนมาก และต้องใช้ระยะเวลาเดินทางที่ค่อนข้างนานจึงส่งผลให้การรักษาความปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพตลอดระยะเวลาการเดินทางไม่ใช่เรื่องง่าย ประกอบกับการดูแลควบคุมพนักงานที่หละหลวม ทั้งหมดนี้ล้วนเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดเหตุปัญหาอาชญากรรมขึ้นบนรถไฟ ดังกรณีเด็กสาววัย 13 ปีที่ถูกนายวันชัย แสงขาว พนักงานบริษัทรับสัมปทานดูแลความสะอาดบนรถไฟ ของ รฟท. ทำร้ายขณะอยู่บนรถไฟตู้นอนตู้ที่ 3 ขบวนรถที่ 174 สุราษฎร์ธานี–กรุงเทพฯ โดยคนร้ายรับสารภาพว่าตนเองเสพยาเสพติดตั้งแต่ต้นทางจังหวัดนครศรีธรรมราช อีกทั้งได้ดื่มเบียร์กับเพื่อนจนอยู่ในสภาพมึนเมา ก่อนที่จะเข้ามาทำร้ายและล่วงละเมิดเด็ก โดยมีนายณัฐกร ชำนาญ เพื่อนพนักงานทำความสะอาดช่วยดูต้นทางให้ จากนั้นได้โยนเหยื่อออกนอกหน้าต่างรถไฟบริเวณสถานีวังก์พง – สถานีเขาเต่า อำเภอปราณบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ อย่างโหดร้ายจนทำให้เด็กเสียชีวิต

แม้ในตอนท้าย ศาลจะพิพากษาให้นายวันชัยมีความผิดหลายกรรม และให้ลงโทษสูงสุดประหารชีวิต ส่วนนายณัฐกร มีความผิดฐานให้การสนับสนุน มีโทษจำคุก 4 ปี แต่ความรู้สึกหวาดวิตกของผู้ใช้บริการของ รฟท. ก็ยังคงอยู่ ด้วยเพราะผู้ก่อคดีเป็นพนักงานที่ทำงานบนขบวนรถไฟโดยตรง ทั้งยังมีการตรวจสอบพบว่า นายวันชัยมีประวัติการเข้าทำงานที่ไม่โปร่งใส กล่าวคือมีญาติเป็นพนักงานระดับ 6 หรือเจ้าหน้าที่ระดับหมวดภายในการรถไฟแห่งประเทศไทย ทำให้สามารถใช้เส้นสายรับเข้าทำงานจนมาก่อคดีขึ้นในที่สุด

อีกหนึ่งเหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยบนรถไฟเกิดขึ้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2557 โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจรถไฟหาดใหญ่ได้รับการประสานงานจากตำรวจรถไฟทุ่งสงว่าเกิดเหตุลักทรัพย์ผู้โดยสารกลางดึกบนตู้ที่ 10 ของขบวนรถด่วนพิเศษทักษิณที่ 37 กรุงเทพฯ – สุไหงโกลก ซึ่งเป็นตู้นอนปรับอากาศชั้นสอง โดยผู้เสียหายถูกลักทรัพย์ไปทั้งสิ้น 9 รายจากจำนวนผู้โดยสาร 32 ราย ทรัพย์สินที่ถูกโจรกรรมประกอบด้วยโทรศัพท์มือถือจำนวน 10 เครื่อง และเงินสดรวมมูลค่าประมาณ 70,000 บาท โดยผู้โดยสารเกือบทุกคนให้การว่ารู้สึกสะลึมสะลือคล้ายถูกวางยาสลบ[2] ต่อมาเมื่อวันที่ 16 สิงหาคม 2557 เจ้าหน้าที่ตำรวจได้จับกุมผู้ก่อเหตุ คือ นายอุสมาน หรือสมนึก อาดัม อายุ 19 ปี ซึ่งรับสารภาพว่าลงมือก่อเหตุจริง โดยเจตนาเลือกที่นั่งด้านหลังสุด เมื่อสบโอกาสช่วงกลางคืนจึงลงมือขโมยสิ่งของและนำไปฝากไว้กับเพื่อนอีกคนที่ยังหลบหนีคดีอยู่ คือ นายอับดุลเลาะ สาหะ อายุ 21 ปี โดยผู้ต้องหายืนยันว่าไม่ได้มีการวางยาผู้โดยสาร ซึ่งตรงกับผลตรวจปัสสาวะของผู้โดยสาร รวมทั้งผลการตรวจสอบผ้าห่ม ปลอกหมอน ผ้าปู และผ้าม่านในโบกี้ดังกล่าวที่ไม่พบสารเคมีใดๆ

ทั้งสองกรณีที่ยกมาเป็นตัวอย่างนี้ เป็นเครื่องยืนยันอย่างชัดเจนถึงความไม่ปลอดภัยจากการใช้บริการระบบขนส่งสาธารณะประเภทรถไฟอันเป็นผลมาจากตัวบุคคลทั้งในส่วนของผู้โดยสารด้วยกันเองและพนักงานที่ประจำอยู่บนรถไฟ นอกจากนั้นความไม่ปลอดภัยขณะโดยสารรถไฟยังอาจเกิดขึ้นในรูปของอุบัติเหตุ เช่น การเกิดเหตุรถไฟชนรถหรือชนคน อันเป็นผลมาจากการที่จุดตัดหรือถนนที่ตัดผ่านทางรถไฟในประเทศไทยจำนวนมากขาดแคลนเครื่องกั้นขณะที่รถไฟแล่นผ่าน ตารางต่อไปนี้เป็นตัวอย่างเหตุการณ์อุบัติเหตุทางรถไฟที่เกิดขึ้นในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งมีทั้งรถไฟตกราง การชนกับรถหลากหลายประเภท ทั้งรถเก๋ง รถตู้ รถบรรทุก และรถกระบะ[3]

ตัวอย่างอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับขบวนรถไฟ สิงหาคม 2553 - ตุลาคม 2557

วันที่	ขบวนรถไฟที่เกี่ยวข้อง	ลักษณะอุบัติเหตุ	สถานที่เกิดเหตุ	ความเสียหาย
19 สิงหาคม 2553	ขบวนรถด่วนพิเศษ 36 บัตเตอร์เวอร์ธ – กรุงเทพฯ	ชนรถเก๋ง	ต.บ้านพรุ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา	เสียชีวิต 2 ราย
13 ตุลาคม 2553	ขบวนรถดีเซลราง ปรับอากาศ 78 อุดรธานี – กรุงเทพฯ	ตกราง	ใกล้สถานีรถไฟท่าพระ จ.ขอนแก่น	บาดเจ็บ 9 ราย
10 กรกฎาคม 2554	รถด่วนพิเศษ กรุงเทพฯ – ศิลาอาสน์	ชนรถหกล้อ	ต.หัวหวาย อ.ตาคลี จ.นครสวรรค์	เสียชีวิต 1 รายและ บาดเจ็บมากกว่า 20 ราย
19 สิงหาคม 2555	ขบวนรถนำเที่ยว 910 น้ำตก – กรุงเทพฯ	ชนรถเก๋ง	ใกล้สถานีรถไฟจิ้วราย อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม	เสียชีวิต 4 ราย
18 ตุลาคม 2555	ขบวนรถท้องถิ่น 410 ศิลาอาสน์ – พิษณุโลก	ชนรถกระบะ	อ.เมือง จ.พิษณุโลก	บาดเจ็บสาหัส 3 ราย
3 มีนาคม 2556	ขบวน 4040 ธนบุรี – น้ำตก	ชนรถตู้	ต.ท่ามะขาม อ.เมือง จ.กาญจนบุรี	บาดเจ็บ 6 ราย
30 ตุลาคม 2557	ขบวนรถธรรมดาที่ 415 นครราชสีมา – หนองคาย	ชนกับรถบรรทุก	จุดตัดบ้านหนองกุง ใกล้สถานีรถไฟสำราญ อ.เมือง จ.ชัยภูมิ	รถดีเซล 3 คันเสียหาย มีผู้เสียชีวิต 5 ราย และบาดเจ็บจำนวนมาก

รถโดยสาร

รถโดยสารในที่นี้หมายถึงรถโดยสารสาธารณะที่อยู่ในรูปของรถโดยสารประจำทาง เช่น รถทัวร์ รถเมล์ และรถตู้ มีเจ้าพนักงานขับรถจำนวน 1 – 2 คนต่อการรับส่งหนึ่งครั้ง ซึ่งแม้จะขนส่งผู้โดยสารได้ในปริมาณที่น้อยกว่ารถไฟ แต่ก็มีข้อดีในแง่ของรูปแบบยานพาหนะที่หลากหลาย ราคาค่าโดยสาร ตลอดจนจำนวนเส้นทางเดินรถที่มากกว่ารถไฟ ทำให้ผู้โดยสารได้รับความสะดวกสบายระหว่างการเดินทาง ส่วนความไม่ปลอดภัยในการใช้บริการระบบขนส่งสาธารณะประเภทรถโดยสารอาจเกิดจากสาเหตุต่างๆ แต่ที่พบมากที่สุดในช่วงหลายปีที่ผ่านมาก็คือความประมาทของผู้ขับขี่ยานพาหนะ ทั้งจากการละเลยไม่ตรวจสอบยานพาหนะก่อนใช้งาน การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมาระหว่างขับรถ และการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอจนเกิดอาการหลับใน นำไปสู่อุบัติภัยบนท้องถนน ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สินของทั้งผู้ขับขี่ยานพาหนะ ผู้โดยสาร ตลอดจนผู้ใช้รถใช้ถนนรายอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งรถโดยสารประเภทรถทัวร์ที่ต้องเดินทางข้ามจังหวัดเป็นระยะทางที่ค่อนข้างไกล

ตัวอย่างสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยที่พบเห็นได้บ่อย ได้แก่ อุบัติเหตุรถทัวร์พลิกคว่ำตามหัวโค้งต่างๆ ในช่วงวันหยุดยาวหรือเทศกาลสำคัญ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องเพิ่มจำนวนรถโดยสารให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ใช้บริการ ทำให้เกิดความหละหลวมในการคัดเลือกบุคลากร และอาจรวมถึงการลดจำนวนพนักงานต่อรถหนึ่งคัน โดยการโยกย้ายไปประจำรถโดยสารคันอื่นที่ยังไม่มีพนักงานประจำ ทำให้พนักงานขับรถต้องรับผิดชอบขนส่งผู้โดยสารเพียงลำพังตลอดเส้นทาง จึงเกิดความเมื่อยล้าและขาดความระมัดระวัง ทั้งนี้สถิติความสูญเสียที่เกิดขึ้นระหว่างการใช้บริการระบบขนส่งสาธารณะประเภทรถโดยสารที่รวบรวมโดย ศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค (มพบ.) ระหว่าง 1 ตุลาคม 2554 ถึง 22 พฤศจิกายน 2556 พบว่ามีอุบัติเหตุรวมทั้งสิ้นถึง 301 ครั้ง มีผู้เสียชีวิต 417 คน และบาดเจ็บ 4,660 คน ดังตารางต่อไปนี้[4]



http://www.thairath.co.th/media/NjpUs24nCQKx5e1HUZEkiVUjyrBmsxz0VCZJF1utmaU.jpg

สถิติความสูญเสียจากรถโดยสารช่วง ตุลาคม 2554 - พฤศจิกายน 2556

ประเภทรถโดยสาร	จำนวนอุบัติเหตุ (ครั้ง)	จำนวนผู้บาดเจ็บ (คน)	จำนวนผู้เสียชีวิต (คน)
รถตู้	96	719	134
รถโดยสารปรับอากาศ	88	2,006	146
รถโดยสารนำเที่ยว	45	1,108	66
รถโดยสารระหว่างจังหวัด	24	452	19
รถเมล์	23	91	28
รถรับส่งพนักงาน	20	279	18
รถแท็กซี่	5	5	6
รวม	301	4,660	417

เรือโดยสาร

แม้สถิติของอุบัติเหตุทางเรือจะมีจำนวนน้อยกว่าอุบัติเหตุทางบก แต่ความไม่ปลอดภัยระหว่างใช้ระบบขนส่งสาธารณะประเภทเรือก็สามารถเกิดขึ้นได้จากหลากหลายสาเหตุ เช่นเดียวกับระบบขนส่งสาธารณะประเภทรถโดยสาร กล่าวคือ หากผู้ขับขี่ดื่มสุราเครื่องดื่มมึนเมาขณะขับเรือ หรือมีอาการหลับในเนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอตลอดจนผู้ขับเรือเป็นผู้ที่ไม่มีประสบการณ์มาก่อน ก็ย่อมส่งผลให้เกิดอันตรายจากการขับเรือไปชนสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในน้ำจนเรือล่มได้ ทั้งนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เรือล่มยังอาจเกิดจากผู้โดยสารที่ขึ้นเรือเป็นจำนวนมากจนเรือไม่สามารถรับน้ำหนักทั้งหมดได้ หรืออาจเกิดจากการที่ผู้โดยสารไปยืนรวมกันที่ด้านหนึ่งของเรือจนน้ำหนักเทไปที่ด้านดังกล่าว ทำให้เรือเสียสมดุลพลิกคว่ำลง ทั้ง 2 ปัจจัยข้างต้น ถือเป็นปัจจัยด้านบุคคลซึ่งสามารถร่วมมือกันป้องกันและควบคุมได้ ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ต่อการเกิดอุบัติภัยทางน้ำ อาทิเช่น ความผันผวนของกระแสน้ำและสิ่งกีดขวางใต้น้ำ เมื่อผู้ขับเรือพบเจอสิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องมีสติและพยายามแก้ปัญหาด้วยความระมัดระวังมากที่สุด

มาตรการแก้ไขปัญหา

จะเห็นได้ว่า ระบบขนส่งสาธารณะในประเทศไทยทุกประเภทต่างมีภาวะความไม่ปลอดภัยอันเกิดจากปัจจัยหลักๆ 2 ลักษณะ ได้แก่ ความไม่ปลอดภัยอันเกิดจากเจ้าหน้าที่และบุคคลที่โดยสารด้วยกันเอง และความไม่ปลอดภัยอันเกิดจากอุบัติเหตุซึ่งควบคุมได้ยาก สำหรับความไม่ปลอดภัยลักษณะแรกนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนต่างเร่งแก้ไขและวางแผนดำเนินการเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ใช้บริการมากยิ่งขึ้น ตัวอย่างเช่น รฟท. ได้นำร่องเปิดตัว "เลดี้โบกี้" หรือรถไฟสำหรับผู้โดยสารสุภาพสตรีและเด็กโดยเฉพาะ ในชื่อ "Ladies And Children Car" ในบางเส้นทางเมื่อ 1 สิงหาคม 2557 โดยการออกแบบตู้โดยสารที่เน้นสีชมพู และให้พนักงานปูผ้า พนักงานทำความสะอาด พนักงานเสบียง และเจ้าหน้าที่ตำรวจรถไฟเป็นผู้หญิงทั้งหมด ส่วนเด็กผู้ชายที่ขึ้นเลดี้โบกี้พร้อมสุภาพสตรีต้องมีอายุไม่เกิน 10 ปี บริบูรณ์ และมีส่วนสูงไม่เกิน 150 เซนติเมตร เพื่อความสบายใจของผู้ใช้บริการท่านอื่น มาตรการนี้ได้รับการตอบรับที่ดี สังเกตได้จากยอดจองที่นั่งบนรถไฟที่เต็มแทบทุกเที่ยว

ในทำนองเดียวกัน บริษัท นครชัยแอร์ จำกัด ซึ่งเป็นหนึ่งในบริษัทที่ให้บริการรถโดยสารก็ได้กำหนด "เลดี้โซน" ขึ้นเมื่อ 7 สิงหาคม 2557 มีลักษณะคล้ายกับ "เลดี้โบกี้" ของ รฟท. คือเป็นการจัดโซนที่นั่งเฉพาะสำหรับผู้หญิงที่เดินทางเพียงคนเดียว ที่นั่งของเลดี้โซนจะมีป้ายสีชมพูแสดงตำแหน่งของ "เลดี้ซีท" (Lady Seat) อย่างชัดเจนในแถวที่ 3 บนทุกคันรถ แบ่งเป็น NCA Gold Class 3 ที่นั่ง และ NCA First Class 4 ที่นั่ง บนรถโดยสารที่เป็นเส้นทางนำร่องทั้งหมด 12 เส้นทาง ประกอบด้วยเส้นทางกรุงเทพฯ – ขอนแก่น, กรุงเทพฯ – มหาสารคาม, กรุงเทพฯ – หนองบัวลำภู, กรุงเทพฯ – อุดรธานี, กรุงเทพฯ – หนองคาย, กรุงเทพฯ – บุรีรัมย์, กรุงเทพฯ – สุรินทร์, กรุงเทพฯ – ศรีสะเกษ, กรุงเทพฯ – อุบลราชธานี, กรุงเทพฯ – อุตรดิตถ์, กรุงเทพฯ – เชียงใหม่ และกรุงเทพฯ – เชียงราย

ทิ้งท้าย

ปัญหาที่สำคัญยิ่งของระบบขนส่งสาธารณะในประเทศไทยคือปัญหาความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้ใช้บริการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้ให้บริการจึงต้องพยายามปรับปรุงการให้บริการและแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง รวมทั้งวางมาตรการป้องกันมิจฉาชีพให้รัดกุมขึ้น ส่วนผู้โดยสารเองก็ต้องสังวรถึงความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของตนเองอยู่เสมอโดยตั้งอยู่ในความไม่ประมาท และช่วยเป็นหูเป็นตาแทนเจ้าหน้าที่ ในบางโอกาส เมื่อพบผู้ที่มีพิรุธหรือพบสิ่งของต้องสงสัยก็ควรที่จะถอยห่างออกมาและรีบแจ้งเจ้าหน้าที่ที่น่าเชื่อถือให้เข้าไปตรวจสอบ อีกทั้งเมื่อเกิดเหตุไม่คาดฝันขึ้นแล้ว ผู้โดยสารก็ต้องตั้งสติหาวิธีหลีกเลี่ยงหรือป้องกันตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อที่ตนเองและผู้ร่วมเดินทางจะสามารถใช้ระบบขนส่งสาธารณะได้อย่างปลอดภัย

3 การจัดการขยะและสารพิษ: ขึ้นแท่นวาระแห่งชาติ?



ไฟไหม้บ่อขยะที่แพรกษาครั้งแรกเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 16 มีนาคม 2557 ควันพิษจากเหตุไฟไหม้ขยะซึ่งมีกลิ่นเหม็นฉุนได้ลอยปกคลุมพื้นที่โดยรอบซึ่งเป็นเขตชุมชนที่มีผู้อยู่อาศัยจำนวนมากและแผ่กระจายเป็นระยะทางไกลไปยังเขตอื่นๆ ของจังหวัดสมุทรปราการ และกรุงเทพฯ จนทางการต้องอพยพประชาชนกว่าพันครอบครัวออกจากพื้นที่ และประกาศเป็นพื้นที่ภัยพิบัติฉุกเฉิน[1] รวมทั้งระดมพนักงานดับเพลิง เจ้าหน้าที่บรรเทาสาธารณภัย และอาสาสมัครจำนวนมากเข้าดับไฟ ใช้เวลาถึง 8 วันกว่าจะควบคุมเพลิงได้ และในเวลาอีกไม่นานก็เกิดเหตุไฟไหม้บ่อขยะแห่งเดิมซ้ำขึ้นอีกถึง 2 ครั้ง จนสร้างความวิตกกังวลให้กับประชาชนที่อาศัยในบริเวณพื้นที่ใกล้เคียง รวมทั้งเกิดคำถามต่อภาครัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่นและชุมชนถึงแนวทางในการจัดการขยะที่ยั่งยืนในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ

เหตุการณ์ไฟไหม้ที่แพรกษาเป็นไฟไหม้บ่อขยะครั้งใหญ่ที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจนจากภาพถ่ายดาวเทียมของสำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (GISTDA) โดยกลุ่มควันได้ลอยปกคลุมพื้นที่อำเภอเมืองและอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ และบางเขตของกรุงเทพฯ โดยแนวควันไฟพุ่งไปทางทิศเหนือเป็นทางยาวประมาณ 20 กิโลเมตร จนทางการได้ประกาศให้บริเวณรัศมี 1 กิโลเมตรรอบบ่อขยะเป็นเขตภัยพิบัติ[2] มีผู้ป่วยกว่าพันรายเข้ารับการรักษาอาการแสบจมูก แสบคอ แสบตา และผู้ป่วยบางรายมีอาการหนัก กรมควบคุมมลพิษได้ทำการตรวจกลุ่มควัน พบว่ามีสารพิษหลายชนิดในปริมาณที่สูงเกินค่ามาตรฐาน เช่น ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ คาร์บอนไดออกไซด์ ฟอร์มาลดีไฮด์ คาร์บอนมอนอกไซด์ ไดออกซิน (สารก่อมะเร็ง) และสารอินทรีย์ระเหยง่าย (VOC) โดยสารพิษดังกล่าวหากได้รับในปริมาณเข้มข้นสูงอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้[3] นอกจากนี้ สารพิษจากการเผาไหม้ที่ถูกชะลงไปกับน้ำดับเพลิง ทำให้น้ำชะขยะเดิมที่มีในบ่อสกปรกมากขึ้น หากไม่ได้รับการบำบัดอย่างถูกวิธีก็จะปนเปื้อนแหล่งน้ำสาธารณะหรือน้ำใต้ดิน ส่งผลให้เกิดปัญหามลพิษทางน้ำตามมาอีก[4]

เหตุการณ์ไฟไหม้บ่อขยะที่แพรกษาได้ส่งผลกระทบต่อประชาชนทั้งด้านสุขภาพอนามัยและสุขภาพจิต รวมถึงก่อความเสียหายแก่กิจการที่อยู่โดยรอบ จนเกิดการรวมตัวของชาวบ้านราว 2,000 คน ร่วมกันฟ้องดำเนินคดีทั้งทางแพ่งและทางปกครองแก่เจ้าของที่ดินบ่อขยะ ผู้ประกอบกิจการคัดแยกฝังกลบบ่อขยะ รวมทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง และเรียกร้องให้มีการปิดบ่อขยะแห่งนี้[5] ตลอดจนเร่งฟื้นฟูระบบนิเวศบริเวณบ่อขยะให้กลับมามีสภาพตามปกติ กรณีดังกล่าวเปรียบเสมือนการจุดประกายให้ชุมชนทั่วประเทศตื่นตัวและหันกลับมามองถึงปัญหาการจัดการขยะของตนและกดดันผู้รับผิดชอบให้ปรับปรุงแก้ไขการจัดการขยะให้ดีขึ้น เนื่องจากในปี 2557 มีปัญหาไฟไหม้บ่อขยะขึ้นถึง 15 กรณีทั่วทุกภาคของประเทศ โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นในพื้นที่ภาคกลาง

ขยะสะสมของไทยสูงเท่าตึกใบหยกกว่าหนึ่งร้อยตึก

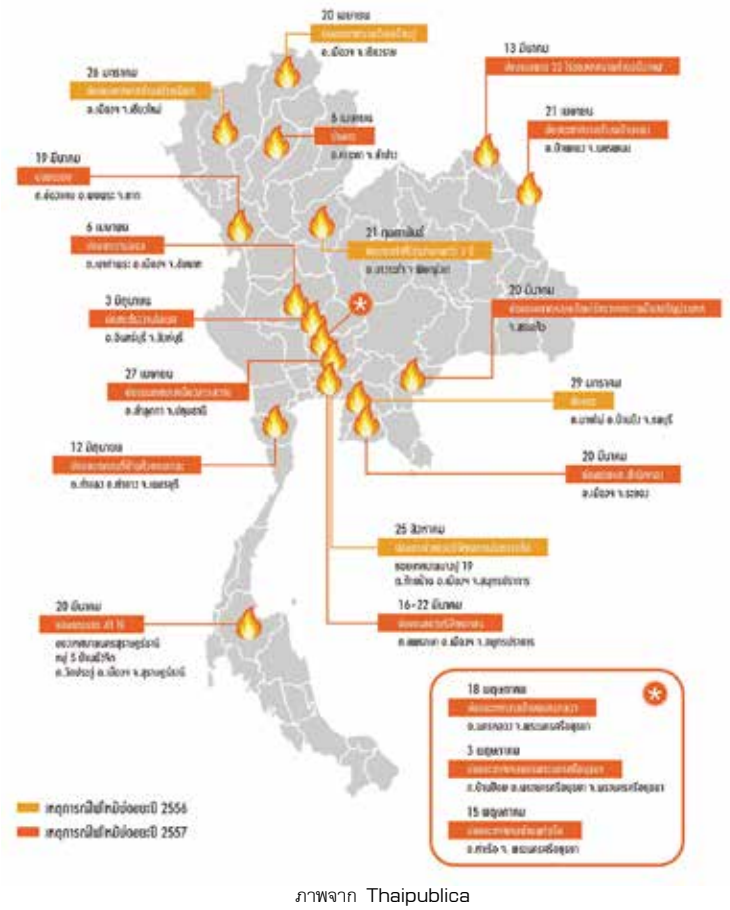
ปี 2556 กรมควบคุมมลพิษ ได้สำรวจปริมาณขยะมูลฝอยทั่วประเทศพบว่า ปริมาณขยะมูลฝอยทั่วประเทศมีจำนวนรวมถึง 27 ล้านตัน เพิ่มขึ้นจากปีก่อน 2 ล้านตัน โดยขยะมูลฝอยดังกล่าวได้รับการกำจัดแบบถูกต้องเพียงร้อยละ 27 และถูกนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่เพียงร้อยละ 19 ขณะที่เหลือได้รับการกำจัดแบบไม่ถูกต้องถึงร้อยละ 26 และไม่ได้รับการเก็บขนทำให้ตกค้างในพื้นที่ร้อยละ 28 ปัจจุบันทั่วประเทศมีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยทั้งหมด 2,490 แห่ง เป็นสถานที่ซึ่งมีการกำจัดขยะมูลฝอยแบบถูกต้องเพียง 466 แห่ง (ร้อยละ 19) และมีสถานที่กำจัดขยะมูลฝอยแบบไม่ถูกต้อง เช่น การเทกองกลางแจ้งและการเผาในที่โล่งถึง 2,024 แห่ง (ร้อยละ 81) ทำให้เกิดปริมาณขยะมูลฝอยสะสมตกค้างเพิ่มขึ้นสูง โดยปริมาณขยะมูลฝอยสะสมทั้งประเทศมีจำนวนสูงถึง 19.9 ล้านตัน เทียบเท่ากับตึกใบหยก 2 จำนวน 103 ตึกเรียงต่อกัน[6] ส่วนหนึ่งเป็นขยะอุตสาหกรรมที่ถูกนำมาทิ้งปะปนกับขยะเทศบาลซึ่งเป็นอันตรายมาก หากไม่ได้รับการกำจัดที่เหมาะสม

ภาพถ่ายดาวเทียมของควันไฟจากเหตุการณ์เพลิงไหม้บ่อขยะแพรกษา



ภาพจาก GISTDA

เหตุการณ์ไฟไหม้บ่อขยะ 15 กรณี ในปี 2557
จากการสำรวจของมูลนิธิบูรณะนิเวศ



ภาพจาก Thaipublica

ปริมาณขยะมูลฝอยที่ถูกกำจัดและถูกนำมาใช้ประโยชน์
ปี 2551–2556



ที่มา: เอกสาร "สถานการณ์ ปัญหา และข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการขยะมูลฝอย" โดยกรมควบคุมมลพิษ[7]

กากของเสียอุตสาหกรรมถูกลักลอบทิ้งลงบ่อขยะเทศบาล

เทศบาลเป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบขยะมูลฝอยชุมชนซึ่งต้องจัดให้มีบริการขนส่งขยะจากบ้านเรือนและจัดหา "หลุมฝังกลบแบบถูกหลักสุขาภิบาล"[8] แต่หลุมฝังบางส่วนได้รับการจัดการไม่ดีพอ เช่น ไม่มีการคัดแยกประเภทก่อนฝัง ไม่มีการดาดที่ผิวบ่อ ไม่มีระบบป้องกันเพลิงไหม้ ไม่มีการป้องกันสัตว์รบกวน นอกจากนี้ยังมีพื้นที่ว่างอีกมากที่ถูกลักลอบทิ้งขยะมูลฝอยชุมชนและกากของเสียอันตรายจากโรงงานอุตสาหกรรม จนเกิดเป็นกองขยะ ที่ไม่สามารถหาผู้รับผิดชอบได้ นายณัฐพล ณัฏฐสมบูรณ์ อธิบดีกรมโรงงานอุตสาหกรรม (กรอ.) กล่าวว่าปัจจุบันประเทศไทยมีกากของเสียอุตสาหกรรมปีละกว่า 44.8 ล้านตัน แบ่งเป็นกากอุตสาหกรรมที่ไม่อันตราย 42 ล้านตัน และกากอุตสาหกรรมอันตราย 2.8 ล้านตัน อย่างไรก็ตามมีการส่งใบกำกับการขนย้ายกากของเสียออกจากโรงงานมายังกรมโรงงานอุตสาหกรรมที่เป็นกากอุตสาหกรรมไม่อันตรายเพียง 12 ล้านตัน และกากอุตสาหกรรมที่เป็นอันตราย 1 ล้านตัน สะท้อนว่ายังมีการลักลอบทิ้งกากอุตสาหกรรมทั้งสองประเภทตามที่ต่างๆ จำนวนมาก โดยส่วนใหญ่พบในพื้นที่ภาคตะวันออก[9]

เพ็ญโฉม แซ่ตั้ง ผู้อำนวยการมูลนิธิบูรณะนิเวศกล่าวว่า ขณะนี้มูลนิธิกำลังยกร่าง พ.ร.บ.การรายงานการปล่อยและการเคลื่อนย้ายสารมลพิษสู่สิ่งแวดล้อมฉบับประชาชน เพื่อเป็นเครื่องมือแก้ปัญหาลักลอบนำขยะอันตรายไปทิ้ง โดยที่มาของร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้เกิดจากการประชุมสุดยอดผู้นำด้านสิ่งแวดล้อมเมื่อปี 2535 ซึ่งที่ประชุมมีมติร่วมกันที่จะยกระดับความสำคัญของการแก้ปัญหามลพิษด้วยการพัฒนาระบบข้อมูลการปล่อยและการเคลื่อนย้ายมลพิษ (Pollutants Release and Transfer Register) หรือ PRTR ปัจจุบันประเทศอุตสาหกรรม 40 ประเทศบังคับใช้กฎหมายนี้แล้ว และประเทศกำลังพัฒนาอีก 10 ประเทศ รวมทั้งไทยกำลังร่างกฎหมายนี้[10]

ทิวา แตงอ่อน ผู้ติดตามศึกษาปัญหาขยะอุตสาหกรรมในภาคตะวันออกวิเคราะห์ว่า ต้นเหตุของปัญหาขยะอุตสาหกรรมมี 2 ประการ หนึ่ง หน่วยงานผู้รับผิดชอบไม่ทำหน้าที่ของตัวเองอย่างตรงไปตรงมา ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่และมีผลประโยชน์ร่วมด้วย สอง ประเทศไทยยังมีบ่อฝังกลบขยะไม่เพียงพอ ข้อมูลจากกรมโรงงานอุตสาหกรรมพบว่ามีโรงงานอุตสาหกรรมประมาณ 1.3 แสนโรงงาน คำถามคือว่าเราจะเอาขยะอุตสาหกรรมไปไว้ที่ไหนในเมื่อบ่อขยะอุตสาหกรรมเรามีน้อยมากมีเพียง 4 แห่งเท่านั้น โดยมีพื้นที่รวมกันไม่เกิน 1,000 ไร่ แล้วประเทศไทยจะรองรับขยะอันตรายปีละหลายล้านตันได้อย่างไร[11]

การจัดการขยะ ชุมชนต้องช่วยกัน

ธารา บัวคำศรี ผู้อำนวยการฝ่ายรณรงค์ กรีนพีซ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ให้ข้อมูลว่า ขยะมูลฝอยในชุมชนกับขยะพิษหรือขยะอุตสาหกรรมมีแนวโน้มที่จะมาผสมปนเปกันในสายพานการจัดการขยะของไทย โดยกากอุตสาหกรรมที่เป็นอันตรายบางส่วนถูกลักลอบทิ้ง แต่ขยะพิษส่วนหนึ่งก็มาจากชุมชนด้วย โดยเฉพาะของเสียที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์อิเล็กทรอนิกส์ ทั้งนี้ขยะที่ตกค้างและเหตุไฟไหม้บ่อขยะต่างๆ สะท้อนให้เห็นว่าสังคมบริโภคจนล้นเกิน กินเหลือใช้เหลือทิ้ง พอไปเจอข้อจำกัดในการจัดการขยะ มันก็ย้อนกลับมาหาตัวเราเอง[12] ในช่วง 5 – 10 ปีที่ผ่านมา คนไทยผลิตขยะเฉลี่ยแล้ว 1 – 1.5 กก./คน/วัน ซึ่งถือเป็นเกณฑ์ที่สูง "บางประเทศที่ด้อยพัฒนากว่าเราอาจขึ้นไปที่ 1.6 – 1.7 กก./คน/วัน แต่ถ้าเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วจะน้อยกว่ามาก ประมาณ 0.6 – 0.7 กก./คน/วัน โดยสัดส่วนของขยะที่ถูกนำกลับมาใช้ใหม่จะสูงมาก แต่ของไทยขยะถูกนำกลับไปใช้ใหม่ไม่ถึง 10% ของขยะที่ควรนำกลับมาใช้ใหม่ได้ ในขยะมูลฝอย 100% ประมาณ 85% สามารถนำกลับมาใช้ใหม่หรือนำมาใช้ประโยชน์ได้ ประเทศที่พัฒนาแล้วเช่นในยุโรปมีเป้าหมายในการนำกลับมาใช้ใหม่ให้ถึง 50%" รศ.ดร.พิสุทธิ์ เพียรมนกุล อาจารย์ประจำภาควิชาวิศวกรรมสิ่งแวดล้อม คณะวิศวกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยกล่าว[13]

สำหรับแนวทางการจัดการขยะของไทยนั้น วิเชียร จุ่งรุ่งเรือง อธิบดีกรมควบคุมมลพิษแสดงความเห็นว่าจะต้องผลักดันการจัดการขยะมูลฝอยเป็นระเบียบวาระแห่งชาติ กรอบแนวคิดและยุทธศาสตร์สำคัญคือการเสริมสร้างสังคมรีไซเคิล การจัดระบบเรียกคืนซากผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์ การรวมกลุ่มขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การแปรรูปขยะมูลฝอยเป็นพลังงาน การวิจัยพัฒนาเทคโนโลยีอย่างมีประสิทธิภาพ และการให้เอกชนมีส่วนร่วมในรูปแบบ Public Private Partnerships กระบวนการทั้งหมดนี้ต้องทำให้ทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและเอกชนช่วยกันจัดการขยะ[14]

คสช. กำหนดให้การจัดการขยะมูลฝอยเป็นวาระแห่งชาติ

พลเอกดาว์พงษ์ รัตนสุวรรณ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมกล่าวว่าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้เห็นความสำคัญของปัญหาขยะมูลฝอยชุมชนที่จะต้องแก้ไขโดยเร่งด่วนและกำหนดให้เรื่องการจัดการขยะมูลฝอยเป็นระเบียบวาระแห่งชาติ โดยมอบหมายให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (ทส.) เป็นเจ้าภาพดำเนินการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดมาตรการแนวทางการแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายโดย ทส. ได้จัดทำ Roadmap การจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายจากการหารือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง Roadmap ดังกล่าวได้ผ่านความเห็นชอบจาก คสช. เมื่อ 26 สิงหาคม 2557 โดยกรมควบคุมมลพิษได้เสนอแผนการกำจัดขยะเป็น 3 ระยะ คือ



http://www.dailynews.co.th/imagecache/670x490/cover/599424.jpg



- ระยะเร่งด่วน 6 เดือน ให้เร่งกำจัดขยะเก่าสะสมใน 6 จังหวัด คือ นครปฐม พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สมุทรปราการ และปทุมธานี เร่งทำการฝังกลบรวมถึงนำไปเป็นเชื้อเพลิงผลิตไฟฟ้า โดยมีจังหวัดนำร่อง 5 จังหวัดคือ นนทบุรี กทม. ภูเก็ต เชียงรายและสงขลา จากนั้น จะก่อสร้างโรงไฟฟ้าในลักษณะนี้ให้แล้วเสร็จ 15 แห่งทั่วประเทศ[15]

- แผนระยะปานกลางจะครอบคลุม 20 จังหวัดที่ตั้งเป้าให้มีการแก้ปัญหาขยะตกค้างโดยการตั้งศูนย์กำจัดขยะมูลฝอย ศูนย์รวบรวมของเสียอันตรายชุมชนอย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

- แผนระยะยาวที่จะขยายพื้นที่ออกไป 46 จังหวัดทั่วประเทศโดยทุกจังหวัดจะต้องจัดตั้งศูนย์กำจัดขยะมูลฝอยรวมเพื่อจัดการขยะมูลฝอยแบบผสมผสานและสามารถแปรรูปขยะมูลฝอยรวมทั้งผลิตกระแสไฟฟ้า นอกจากนี้จะจัดตั้งศูนย์รวบรวมของเสียอันตรายที่ครอบคลุมทุกจังหวัด[16]

พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ซึ่งเป็นประธานเปิดงานวันสิ่งแวดล้อมไทยเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2557 ภายใต้แนวคิด "เมืองสะอาด คนในชาติมีสุข" ได้กล่าวถึงนโยบายการจัดการขยะว่า รัฐบาลและ คสช. ให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายให้หมดจากประเทศไทยอย่างเร่งด่วน ด้วยการให้การจัดการขยะมูลฝอยเป็น "ระเบียบวาระแห่งชาติ" และให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จัดทำ Roadmap การจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายและแสดงความเห็นด้วยว่า ต่อไปนี้ทุกภาคส่วนต้องช่วยกัน ภาคประชาชนต้องช่วยกันลดปริมาณขยะด้วยการนำมาใช้ใหม่ การลดการทิ้งขยะ ใช้ประโยชน์จากขยะให้ได้มากที่สุด ภาครัฐในการออกกฎหมายและการจัดการขยะอย่างเหมาะสม ส่วนภาคอุตสาหกรรมต้องกำจัดขยะอันตรายอย่างเป็นระบบ เพื่อรักษาสิ่งแวดล้อมและสังคมที่ยั่งยืนให้กับลูกหลานในอนาคต[17]

บทสรุป: การจัดการขยะและสารพิษ

ปัญหาขยะสะสมในพื้นที่ต่างๆ ของไทยกำลังขยายตัวเป็นวิกฤตด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ไฟไหม้บ่อขยะที่แพรกษาเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาขยะที่กำลังปะทุขึ้นทั่วประเทศจากสาเหตุหลายประการ ถึงเวลาแล้วที่ทุกฝ่ายต้องร่วมกันแก้ไขปัญหาขยะแบบบูรณาการ โดยเริ่มจากบุคคลแต่ละคนที่ต้องคัดแยกขยะก่อนทิ้ง พื้นที่ต่างๆ ต้องจัดการปัญหาขยะอย่างเป็นระบบโดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ เอกชน ชุมชนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม ส่วนภาครัฐโดยหน่วยงานผู้รับผิดชอบต้องทำหน้าที่ของตนอย่างตรงไปตรงมาและมีประสิทธิภาพ และในอนาคต ร่างพ.ร.บ. การรายงานการปล่อยและการเคลื่อนย้ายสารมลพิษสู่สิ่งแวดล้อมฉบับประชาชนจะเป็นความเคลื่อนไหวสำคัญที่ต้องติดตามต่อไป



http://newshour-tc.pbs.org/newshour/wp-content/uploads/2014/07/EBOLA.jpg

4 อีโบลาและการจัดการโรคข้ามพรมแดน

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลาถือเป็นปรากฏการณ์เกี่ยวกับโรคระบาดที่ร้ายแรงที่สุดครั้งหนึ่งของโลกยุคปัจจุบัน ด้วยผลที่สะท้อนผ่านจำนวนการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของประชาชนในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตกในระยะเวลาอันสั้น รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อประชากรมากถึงร้อยละ 71 ของประชากรในพื้นที่ดังกล่าว ทำให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขทั่วโลกต้องจับตามองและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลาในประเทศของตนอย่างเข้มงวด

อีโบลา – โรคระบาดข้ามปี

จุดเริ่มต้นของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลาครั้งนี้ คือที่ประเทศกินี ซึ่งเริ่มเกิดโรคระบาดเมื่อเดือนสิงหาคม 2556 จากนั้นได้แพร่ขยายออกไปอย่างรวดเร็วและลามไปยังประเทศใกล้เคียงอย่างต่อเนื่อง จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2558 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้รายงานว่า มีประเทศที่มีอัตราการแพร่ระบาดในวงกว้างถึง 3 ประเทศ ได้แก่ กินี ไลบีเรีย และเซียร์ราลีโอน นอกจากนี้ ยังมีอีกหลายประเทศ ที่พบการแพร่ระบาดในวงจำกัด ได้แก่ ไนจีเรีย เซเนกัล สเปน สหรัฐอเมริกา และมาลี[1] สาเหตุที่ประเทศในภูมิภาคแอฟริกามีอัตราการแพร่ระบาดสูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ ของโลก เนื่องจากประเทศในแถบนี้เป็นพื้นที่ป่าที่ยากต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ทำให้การควบคุมโรคติดต่อทำได้อย่างจำกัด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านวัฒนธรรมท้องถิ่นที่ก่อพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจทำให้ติดโรคได้ง่าย เช่น การสัมผัสศพ การชำระล้างศพ การจุมพิตศพ ฯลฯ อีกด้วย

ความยากลำบากในการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลาอีกประการหนึ่งก็คือ ความไม่พร้อมของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในประเทศที่มีการแพร่ระบาด ทั้งการขาดบุคลากรที่จำเป็น การขาดความรู้ที่จะรับมือกับโรคดังกล่าว ตลอดจนการขาดอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม ทั้งหมดนี้ต่างก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของประเทศในแอฟริกาตะวันตกเอง และบุคลากรด้านการแพทย์ต่างชาติที่เข้าไปให้ความช่วยเหลือ อาทิ นายแพทย์โมดูเปห์ โคล์ ที่ติดเชื้อขณะที่เขาดูแลผู้ป่วยที่อาการกำลังทรุดหนักที่โรงพยาบาลคอนนอต ในเซียร์ราลีโอน[2] โดยในช่วงเดือนสิงหาคม 2557 องค์การอนามัยโลกรายงานว่าร้อยละ 10 ของผู้เสียชีวิตจากเชื้อไวรัสอีโบลาเป็นกลุ่มพนักงานและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จนถึงเดือนมีนาคม 2558 มีรายงานข่าวว่ามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดเชื้ออีโบลาถึง 839 คน โดยมีผู้เสียชีวิตถึง 491 คน[3] เฉพาะในเซียร์ร่าลีโอนก็มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสียชีวิตกว่า 200 คน โดยเป็นแพทย์ 11 คน จากแพทย์ทั้งประเทศราว 300 คน[4]

องค์การอนามัยโลกกับมาตรการควบคุมโรค

ท่ามกลางกระแสความตื่นตระหนกของประเทศต่างๆ ที่เริ่มเห็นการแพร่ระบาดของไวรัสอีโบลาเข้าไปยังประเทศตะวันตก เช่น สหรัฐอเมริกา และสเปน ในช่วงปี 2557 องค์การอนามัยโลก (WHO) จึงได้เสนอมาตรการสกัดกั้นเชื้อไวรัสอีโบลา ผ่านทาง Voice of America เมื่อวันที่ 10 กันยายน 2557 เป้าหมายแรกขององค์การอนามัยโลก (WHO) คือ การยุติการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลาในประเทศที่มีการแพร่ระบาดในวงจำกัดทั้ง 5 ประเทศ จากนั้นจึงค่อยขยายผลไปสู่ประเทศซึ่งควบคุมการแพร่ระบาดได้ยาก

การดำเนินงานในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตกนั้น เจ้าหน้าที่จะต้องทำความเข้าใจร่วมกับชาวบ้านถึงลักษณะการแพร่ระบาดของโรค และการละเว้นพฤติกรรมทางวัฒนธรรมบางอย่างที่เสี่ยงต่อการติดโรค ซึ่งแพทย์หญิง Marianne Ngoulla ที่ปรึกษาด้านสาธารณสุขของประชาคมเศรษฐกิจของประเทศในแอฟริกาตะวันตก ได้แจ้งว่าชาวบ้านได้จัดตั้งองค์กร และมีหัวหน้ากลุ่มสำหรับประสานงานด้านนี้แล้ว จากนั้นจะให้ความรู้แก่ชุมชน โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้หญิงเข้าไปเคาะประตูตามบ้านและให้ข้อมูลแก่เพื่อนผู้หญิงด้วยกันเพื่อนำไปเผยแพร่แก่คนในครอบครัวเป็นลำดับต่อไป เมื่อคนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจในทิศทางเดียวกันก็จะเกิดความร่วมมือที่จะป้องกันและดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) เป็นอีกหน่วยงานหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมเชื้อไวรัสอีโบลา เพื่อบรรเทาผลกระทบที่มีต่อเด็ก ครอบครัวและชุมชน ในเดือนตุลาคม 2557 UNICEF ได้ระดมทุนมูลค่า 200 ล้านเหรียญสหรัฐ จากหลายประเทศทั่วโลก เพื่อรับมือกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลา โดยได้นำอุปกรณ์ป้องกันโรค เครื่องใช้สุขอนามัย และยารักษาโรคที่จำเป็น รวม 1,300 ตัน ขนส่งทางอากาศไปยังประเทศกินี ไลบีเรีย และเซียร์ราลีโอน พร้อมทั้งดำเนินความร่วมมือร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่นในการช่วยเหลือเด็กครอบครัวและชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อไวรัสอีโบลา โดยรับอุปการะดูแลเด็กกำพร้าจากอีโบลาและเด็กที่ถูกละเลยจากญาติพี่น้อง นอกจากองค์การระหว่างประเทศและองค์กรเอกชนต่างๆ แล้ว หลายประเทศได้ให้ความช่วยเหลือโดยส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าไปในพื้นที่เฝ้าระวัง เช่น อังกฤษได้จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเซียร์ราลีโอน และจีนได้จัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยในไลบีเรีย เป็นต้น แต่ยังมีปัญหาเรื่องบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการ

มาตรการสกัดกั้นเชื้อไวรัสอีโบลาขององค์กรและหน่วยงานต่างๆ ได้ช่วยให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลาถูกจำกัดอยู่ในวงแคบและแทบไม่แพร่ขยายออกไปยังพื้นที่อื่นนอกแอฟริกาตะวันตก แต่กระนั้นก็ยังมีผู้ได้รับผลกระทบจำนวนมาก จนถึงวันที่ 1 มีนาคม 2558 มีผู้ติดเชื้อสะสมในเซียร์ราลีโอน 11,466 คน เสียชีวิต 3,546 คน ผู้ติดเชื้อในไลบีเรีย 9,249 คน เสียชีวิต 4,117 คน และติดเชื้อในกินี 3,219 คน เสียชีวิต 2,129 คน แต่จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนตั้งแต่ช่วงปลายปี 2557 เป็นต้นมา[5]

ไทยกับอีโบลา

ประเทศไทยตื่นตัวต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลาที่อาจแพร่เข้ามาในประเทศและได้ดำเนินมาตรการตรวจสอบและเฝ้าระวังนักเดินทางที่มาจากพื้นที่เสี่ยงอย่างเข้มงวด ทั้งด่านเข้า – ออกทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ ตลอดจนให้ความร่วมมือกับศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกาใน 5 เรื่อง ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานกับโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา 2) การจัดการอบรมบุคลากรและการจัดหาชุดทดสอบเชื้อในภาคสนาม 3) การเพิ่มความรวดเร็วในการตรวจหาเชื้อไวรัสอีโบลา 4) การสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ และ 5) การเผยแพร่รายงานสถานการณ์ประจำวันของสำนักระบาดวิทยา

นพ.ศุภมิตร ชุณห์สุทธิวัฒน์ นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อไวรัสอีโบลาว่ามีระยะฟักเชื้อประมาณ 2 – 21 วัน หรืออาจยาวได้ถึง 2 เดือน และจะสามารถติดต่อถึงกันได้จากสารคัดหลั่ง เช่น เลือด น้ำมูก เหงื่อ และเครื่องใช้ของผู้ป่วย[6] และ นพ.อภิชัย มงคล อธิบดีกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระบุว่าประเทศไทยได้เตรียมชุดตรวจหาสารพันธุกรรมด้วยวิธี

ชีวโมเลกุล ซึ่งมีความแม่นยำในการตรวจแต่ละครั้งถึงร้อยละ 90 โดยสั่งซื้อมาจากประเทศจีนและเยอรมนี โดยประเทศไทยมีห้องปฏิบัติการความปลอดภัยทางชีวภาพ (BSL) ถึงระดับ 3 จึงสามารถตรวจเชื้อที่มีความเสี่ยงร้ายแรงพร้อมให้ความช่วยเหลือด้านการพัฒนายาและวัคซีนสำหรับรักษาด้วย

นอกจากนี้ หน่วยงานวิชาการของไทยยังได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลา โดย ศ.เกียรติคุณ ดร.วันเพ็ญ ชัยคำภา และทีมแพทย์ศิริราชได้ผลิตแอนติบอดี้รักษาโรคไข้เลือดออกอีโบลาซึ่งพัฒนาขึ้นจากโปรตีนชนิดหนึ่งที่สร้างมาจากระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์ เมื่อฉีดแอนติบอดี้ชนิดนี้เข้าสู่ร่างกายจะต่อต้านเชื้อไวรัสอีโบลาไม่ให้ลุกลาม และกลไกภายในร่างกายก็จะสามารถรักษาตัวเองได้อย่างรวดเร็ว ทั้งนี้ทีมวิจัยได้เดินทางไปยังประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน 2557 เพื่อนำแอนติบอดี้ที่คิดค้นไปทดลองกับเชื้อไวรัสอีโบลาจริงในห้องปฏิบัติการระดับ 4 และหากผลการทดลองออกมาเป็นที่น่าพอใจ องค์การอนามัยโลกก็จะนำไปใช้รักษาผู้ติดเชื้ออีโบลาในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตกต่อไป

ประเทศไทยมีบททดสอบประสิทธิภาพของมาตรการควบคุมโรค เมื่อปรากฏว่ามีผู้เข้าข่ายสงสัยว่าอาจติดเชื้อไวรัสอีโบลาเดินทางจากแอฟริกาตะวันตกเข้ามาในประเทศ โดยเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2557 หญิงไทยอายุ 24 ปี เดินทางมาไทยจากประเทศกินี โดยมีไข้สูงถึง 38.8 องศาเซลเซียส ตลอดจนมีอาการเจ็บคอ มีน้ำมูก ซึ่งอาการสอดคล้องกับผู้ป่วยโรคอีโบลา หน่วยงานสาธารณสุขของไทยจึงรับตัวไปรับการดูแลรักษาโดยเฉพาะ พร้อมเจาะเลือดส่งไปตรวจหาเชื้ออีโบลาที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นอกจากนี้ได้ส่งทีมสอบสวนโรคเคลื่อนที่เร็ว สังกัดกรมควบคุมโรค ร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการติดตามคนใกล้ชิดของผู้ป่วยข้างต้นเพื่อเฝ้าระวังอาการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้น อย่างไรก็ตาม จากการเฝ้าระวังผู้เข้าข่ายสงสัยอาจติดเชื้ออีโบลา เจ้าหน้าที่พบว่าผู้เข้าข่ายต้องระวังมีอาการแข็งแรงและปลอดภัยจากโรคอีโบลา

อีกหนึ่งเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความตื่นตัวของคนไทยต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลา ได้แก่ การเดินทางเข้ามาในประเทศไทยของนักท่องเที่ยวชาวเซียร์ราลีโอน อายุ 31 ปี เมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2557 ขณะนั้นพนักงานสาธารณสุขประจำด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศท่าอากาศยานสุวรรณภูมิตรวจพบว่า บุคคลดังกล่าวเป็นผู้เข้าข่ายติดเชื้ออีโบลา จึงได้ควบคุมตัวไปตรวจสอบอย่างละเอียดที่สำนักโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ผลการตรวจสอบพบว่านักท่องเที่ยวรายนั้นไม่ได้ป่วยเป็นโรคอีโบลา เจ้าหน้าที่จึงกำชับให้ไปรายงานตัวเพื่อเฝ้าระวังในช่วงระยะเวลา 21 วัน ทว่าในวันที่ 16 พฤศจิกายน 2557 นักท่องเที่ยวรายนี้ได้ปิดโทรศัพท์มือถือ และหายตัวไป สำนักโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข จึงแจ้งความให้เจ้าหน้าที่ติดตามหาตัวนักท่องเที่ยวรายนี้ และได้พบตัวในวันที่ 25 พฤศจิกายน 2557 ที่สนามบินสุวรรณภูมิ และโชคดีที่ไม่พบอาการของเชื้อไวรัสอีโบลาแต่ประการใด อย่างไรก็ดีเจ้าหน้าได้ปรับบุคคลดังกล่าวเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามกฎการเฝ้าระวังโรคติดต่อในไทย (มีโทษปรับมูลค่าไม่เกิน 2,000 บาท) ก่อนจะปล่อยให้เดินทางออกนอกประเทศ

ไทยกับมาตรการควบคุมโรคข้ามพรมแดน

ในอดีตประเทศไทยเคยประสบปัญหาจากโรคติดต่อข้ามพรมแดนบ่อยครั้ง โดยโรคซึ่งเป็นที่กล่าวขวัญกันมากที่สุด ได้แก่ โรคไข้หวัดนกที่แพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทยระหว่างปี 2547 – 2551 ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุขต้องร่วมมือกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค ตลอดจนหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัดต่างๆ ในการเฝ้าระวังสัตว์ปีก โดยเฉพาะจังหวัดที่เคยพบการแพร่ระบาดของไข้หวัดนกและบริเวณชายแดนที่มีการเคลื่อนย้ายสัตว์ปีกเป็นจำนวนมาก นอกจากโรคไข้หวัดนกแล้ว ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยยังตรวจพบโรคติดต่อข้ามพรมแดนอีกหลายโรค เช่น โรคมาลาเรีย โรคเท้าช้าง วัณโรค โรคไข้หวัดใหญ่ โรคซาร์ส โรคเอดส์ โดยมักจะปรากฏในบริเวณชายแดนที่มีการอพยพเคลื่อนย้ายผู้คน อีกทั้งยังมีโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคมือเท้าปาก วัณโรคดื้อยา และโรคที่เคยหายไปในช่วงหนึ่ง แต่มีแนวโน้มว่าจะกลับมา



เป็นปัญหาอีกครั้ง เช่น โรคคอตีบ โรคไอกรน โรคมาลาเรีย ดื้อยา ทั้งหมดนี้ส่งผลให้กรมควบคุมโรค ต้องตรวจตราผู้เดินทางเข้า – ออกประเทศไทยเพื่อป้องกันไม่ให้โรคภัยต่างๆ เข้ามาแพร่ระบาดเป็นวงกว้างในประเทศไทย

เพื่อควบคุมโรคติดต่อข้ามพรมแดนที่อาจเข้ามาแพร่ระบาดในประเทศไทย ภายหลังจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 กรมควบคุมโรคจึงได้วางแนวทางรับมือกับปัญหาดังกล่าว โดยยึดข้อตกลงระหว่างประเทศและมีกรอบการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. ดำเนินงานตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 ว่าด้วยการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อและภัยสุขภาพระหว่างประเทศ

2. จัดทำแผนแม่บทประชาสังคมวัฒนธรรมอาเซียน

3. จัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555 – 2559 โดยยึดหลักปรัชญา "เศรษฐกิจพอเพียง" สร้างสมดุลในการพัฒนา โดยมีการพัฒนาคนเป็นศูนย์กลางในทุกมิติ พร้อมรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอกประเทศ

4. จัดทำกรอบยุทธศาสตร์การเข้าสู่ประชาคมอาเซียนของไทยในยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและการคุ้มครองทางสังคม และยุทธศาสตร์การเสริมสร้างความมั่นคง

5. จัดทำยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน กระทรวงสาธารณสุข และแผนแม่บทการแก้ปัญหาสาธารณสุขชายแดน พ.ศ. 2555 – 2559 เน้นความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการพัฒนาขีดความสามารถการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในรูปแบบจังหวัดคู่ความร่วมมือ หรือจังหวัดคู่ขนาน (Twin Cities) ดังต่อไปนี้

- *ชายแดนไทย – ลาว* จำนวน 5 จุด ได้แก่ เชียงราย – บ่อแก้ว น่าน – ไชยะบุรี มุกดาหาร – สะหวันนะเขต หนองคาย – เวียงจันทน์ และอุบลราชธานี – จำปาสัก
- *ชายแดนไทย – กัมพูชา* จำนวน 3 จุด ได้แก่ สระแก้ว – บันเตียมินเจย จันทบุรี – พระตะบอง และไพลิน และตราด – เกาะกง
- *ชายแดนไทย – พม่า* จำนวน 3 จุด ได้แก่ เชียงราย – ท่าขี้เหล็ก ตาก – เมียวดี และระนอง – เกาะสอง

บทสรุป

อีโบลาเป็นโรคติดต่อข้ามพรมแดนที่ส่งผลกระทบอย่างมหาศาลทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจต่อประชากรในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก แม้ว่าหลายประเทศจะประสบความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้ออีโบลา แต่พื้นที่ชนบทห่างไกลในแอฟริกาตะวันตกที่ขาดบริการทางการแพทย์ยังมีความเสี่ยง และยังมีผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ ดังนั้นทุกประเทศยังต้องเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลา รวมถึงโรคติดต่ออื่นๆ ด้วย ซึ่งหน่วยงานด้านสาธารณสุขของไทยได้ตื่นตัวและเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสอีโบลาและโรคข้ามพรมแดนอื่นๆ ตลอดจนเฝ้าติดตามอาการผู้ที่มีความสุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อหลายราย อย่างไรก็ตาม กระแสโลกาภิวัตน์และการเดินทางของผู้คนตลอดจนสินค้าระหว่างประเทศที่เพิ่มมากขึ้นทุกวันนับเป็นความเสี่ยง ที่ประเทศไทยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องปรับตัวและแผนการดำเนินงาน รวมทั้งขยายความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อให้สามารถจัดการโรคระบาดข้ามพรมแดนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

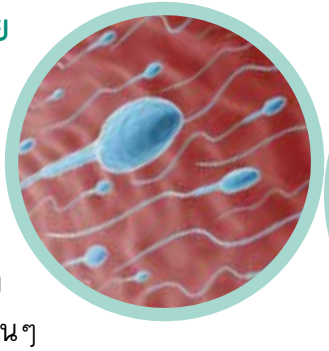
5 'การอุ้มบุญ' กับสิ่งที่สังคมไทยควรรับรู้

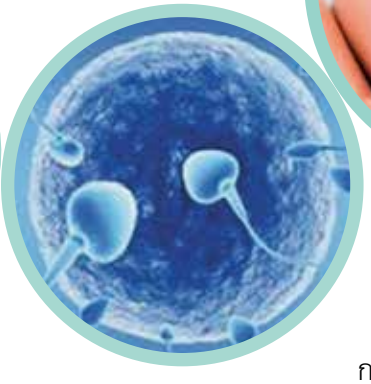


หลายประเทศในแถบเอเชีย (เช่น จีน ไต้หวัน) การอุ้มบุญถือเป็นเรื่องผิดกฎหมายด้วยความอ่อนไหวว่าอาจขัดต่อศีลธรรมอันดี โดยเฉพาะกรณีรับจ้างท้องแทน เนื่องจากร่างกายของผู้หญิงไม่ใช่สิ่งที่พึงซื้อขายกันได้ แต่สำหรับประเทศไทยก็ยังไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องนี้อย่างชัดเจน การอุ้มบุญในประเทศไทยจึงเติบโตค่อนข้างสูง มีคู่รักต่างชาติเข้ามามองหาแม่อุ้มบุญในบ้านเราดังที่เป็นข่าวโด่งดังเมื่อปี 2557



สถานการณ์อุ้มบุญในไทย





เดิมทีคนไทยไม่ค่อยสนใจเรื่องการอุ้มบุญมากนัก เพราะหลายคนเห็นว่าเป็นเรื่องไกลตัว แต่ในปี 2557 'การอุ้มบุญ' กลายเป็นข่าวโด่งดังอันดับต้นๆ เนื่องจากเกิดการอุ้มบุญสองกรณีที่กระตุ้นความสนใจของคนไทยเกี่ยวกับเรื่องนี้ขึ้นมา กรณีแรก สามีและภรรยาจากประเทศออสเตรเลียถูกกล่าวหาว่าละทิ้งลูกของตนเองที่เกิดจากการจ้างหญิงไทยให้ตั้งครรภ์แทนเนื่องจากทารกมีความพิการทางสมอง ทำให้หญิงไทยซึ่งรับจ้างอุ้มบุญต้องรับภาระเลี้ยงทารกไว้เอง ส่วนสามีภรรยาคู่ดังกล่าวปฏิเสธว่าไม่ได้ละทิ้งเด็ก แต่ไม่ทราบว่าหญิงไทยที่รับจ้างตั้งครรภ์ปฏิเสธที่จะทำแท้งทารกในครรภ์เมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าเด็กมีความบกพร่องทางสมองตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ในกรณีที่สองหนุ่มโสดที่เป็นเศรษฐีชาวญี่ปุ่นว่าจ้างให้ผู้หญิงไทยอุ้มบุญเด็กที่เกิดจากอสุจิของตน โดยพบว่ามีทารกอุ้มบุญที่เกิดจากอสุจิของผู้ชายคนนี้ถึง 15 คน ทำให้เกิดข้อสงสัยกันว่าชายญี่ปุ่นคนนี้อาจนำเด็กที่เกิดจากการอุ้มบุญไปกระทำการในทางละเมิดศีลธรรมและอาจเข้าข่ายการค้ามนุษย์ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งสองกรณีกลายเป็นประเด็นถกเถียงกันในหมู่นักกฎหมายและนักคุ้มครองสิทธิเด็กว่าประเทศไทยควรมีกฎหมายห้ามการอุ้มบุญในเชิงพาณิชย์หรือไม่

ความหมายและประเภท

การอุ้มบุญมาจากศัพท์ภาษาอังกฤษว่า Surrogacy แต่ถ้าต้องการแปลศัพท์คำนี้ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง ควรแปลว่า **การตั้งครรภ์แทน** หรือ **การอุ้มท้องแทน** เพราะหมายถึง *การที่ผู้หญิงคนหนึ่งสมัครใจรับตั้งครรภ์แทนหรือรับอุ้มท้องแทนให้กับบุคคลอื่นโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และโดยให้ข้อตกลงก่อนการตั้งครรภ์ว่าจะให้ทารกที่คลอดออกมาเป็นลูกของฝ่ายที่ขอให้ตั้งครรภ์แทน* การตั้งครรภ์แทนเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์สมัยใหม่ที่สามารถช่วยบุคคลซึ่งมีลูกยากหรือตั้งครรภ์เองไม่ได้ ให้มีลูกที่เกิดจากพันธุกรรมของตนเองหรือจากพันธุกรรมของคู่ตนเอง กรรมวิธีของเทคโนโลยีการตั้งครรภ์แทนใช้วิธีเดียวกับการสร้าง "เด็กหลอดแก้ว" ซึ่งมีกรรมวิธีที่ทำให้การปฏิสนธิเกิดนอกร่างกายของมนุษย์ เรียกวิธีนี้เป็นภาษาอังกฤษว่า IVF (In – vitro Fertilization) มีกรรมวิธีคือการนำไข่ (eggs) และอสุจิ (sperms) มาผสมกันให้เกิดการปฏิสนธิในห้องปฏิบัติการ หลังจากนั้นก็ย้ายไข่ที่ผสมแล้วจนเกิดเป็นตัวอ่อน (embryo) ฉีดกลับเข้าไปในมดลูกของผู้หญิงเพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์และให้ทารกเติบโตจนกระทั่งคลอดออกมา ปัจจุบันเทคโนโลยีนี้ได้รับการพัฒนาจนมีความก้าวหน้ามากผู้ที่มีบุตรยากหรือมีบุตรไม่ได้เลย

แต่ต้องการมีลูกที่มีพันธุกรรมเกี่ยวข้องกับตนเองสามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีนี้ได้ถ้ามีกำลังทรัพย์พอที่จะจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ที่มีราคาค่อนข้างสูงได้ แต่บางประเทศ เช่น สวีเดน ซึ่งใช้นโยบายรัฐสวัสดิการให้สิทธิคู่สามีภรรยาที่มีบุตรยากสามารถเข้าถึงบริการ IVF ได้ฟรีอย่างน้อย 1 ครั้ง

การตั้งครรภ์แทนอาศัยกรรมวิธีทางเทคโนโลยีแบบเดียวกับการสร้างเด็กหลอดแก้ว แตกต่างกันตรงที่กระบวนการย้ายตัวอ่อนจากหลอดแก้วไปฝังในมดลูก กล่าวคือ การตั้งครรภ์แทนไม่ได้ย้ายตัวอ่อนไปฝังในมดลูกของหญิงที่เป็นเจ้าของไข่ แต่ย้ายไปอยู่ในมดลูกของหญิงอื่นที่รับตั้งครรภ์แทน การตั้งครรภ์แทนที่ทำกันอยู่มี 2 วิธี คือ **วิธีแรก** นำไข่ของผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนไปผสมกับอสุจิของสามีของหญิงที่ต้องการมีลูกโดยกระทำในห้องปฏิบัติการ กรณีนี้เกิดขึ้นเพราะว่าหญิงที่ต้องการมีลูกมีไข่ที่ผิดปกติหรือเป็นหมัน วิธีนี้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนมีพันธุกรรมเกาะเกี่ยวกับเด็กที่เกิดมาเพราะว่าเป็นเจ้าของไข่ **วิธีที่สอง** เป็นการนำไข่ของหญิงที่ต้องการมีลูกไปผสมกับอสุจิบริจาคหรืออาจนำอสุจิของชายที่ต้องการมีลูกไปผสมกับไข่บริจาคทำในห้องทดลองเช่นกัน หลังการปฏิสนธิจึงค่อยนำตัวอ่อนฉีดเข้าไปฝังตัวในมดลูกของหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน การตั้งครรภ์แทนวิธีหลังนี้เป็นการตั้งครรภ์แทนแท้ เพราะว่าตัวอ่อนและผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนไม่ได้เป็นเจ้าของไข่ จึงไม่มีความเกี่ยวข้องกันด้านพันธุกรรมกับเด็กแต่อย่างไร วิธีหลังนี้คนที่ต้องการมีลูก เช่น คู่ชีวิตที่เป็นเกย์ คนโสด หรือคู่สมรสต่างเพศที่ผู้หญิงไม่สามารถท้องได้เองหรือเป็นหมันมักใช้กัน

ส่วนกระบวนการจัดการให้มีการตั้งครรภ์แทนที่มักกล่าวถึงกันบ่อยครั้งมีอยู่ 2 ลักษณะซึ่งยังมีปัญหาการตีความว่าจะสามารถแยกแยะความแตกต่างของการจัดการเรื่องการรับตั้งครรภ์แทนของทั้งสองลักษณะได้อย่างเด็ดขาดหรือไม่ ลักษณะแรกคือ *การรับตั้งครรภ์แทนที่ไม่ใช่เชิงพาณิชย์* (altruistic surrogacy) กล่าวคือ ผู้หญิงบางคนอาจอาสารับตั้งครรภ์แทนโดยไม่รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง เนื่องจากเกิดความเห็นอกเห็นใจต่อคนที่มีลูกยากหรือคนมีลูกด้วยตัวเองไม่ได้ ด้วยเพราะการมีลูกมีความหมายต่อพวกเขามาก โดยผู้ที่ขอให้ตั้งครรภ์แทนจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย เช่น ค่าบริการกรรมวิธีทางเทคโนโลยี ค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ และจ่ายค่าดูแลหญิงที่มารับตั้งครรภ์แทนจนกระทั่งคลอด ในกรณีนี้คนที่มารับตั้งครรภ์แทนมักเป็นญาติของคนที่ต้องการมีลูก มีข้อโต้แย้งว่าการรับตั้งครรภ์ในลักษณะนี้ อาจเข้าข่ายการรับค่าจ้างเช่นกันถึงแม้ว่าหญิงที่มารับตั้งครรภ์แทนจะเป็นญาติของคนที่มาขอให้ตั้งครรภ์ให้ก็ตาม ส่วนกรณีที่สองเป็น *การรับตั้งครรภ์แทนเชิงพาณิชย์* (commercial surrogacy) ซึ่งผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนได้ค่าจ้างหรือค่าตอบแทน ผ่านบริษัทคนกลางที่เข้ามาจัดบริการให้ตั้งแต่จัดหาผู้หญิงตามคุณสมบัติที่ต้องการมาให้เลือก จัดหาไข่ จัดหาอสุจิ หาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านนี้ ดูแลหญิงรับตั้งครรภ์แทนตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด และดำเนินการเกี่ยวกับการทำให้เด็กเป็นบุตรตามกฎหมายของผู้ว่าจ้าง

บริการรับตั้งครรภ์แทนในไทย

ความต้องการสร้างครอบครัวที่มีองค์ประกอบ พ่อ แม่ และลูก ที่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือทางพันธุกรรมเป็นหนึ่งในชุดอุดมการณ์ที่ถูกปลูกฝังให้กับคนในสังคมมาช้านาน ความต้องการมีลูกที่เกี่ยวพันทางสายเลือดกับตนเองหรือสืบสายโลหิตมาจากคนที่ตนเองรักกลายเป็นแรงผลักดันทำให้คนที่ประสบปัญหามีลูกยาก เป็นหมัน หรือคนที่กำลังสร้างครอบครัวกับคนเพศเดียวกัน หรือแม้กระทั่งคนที่อยู่เป็นโสดที่มีกำลังทรัพย์เพียงพอ อยากเข้าไปใช้ประโยชน์จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์เพื่อสร้างลูก ปัจจุบันนี้ประเทศไทยมีแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านนี้อยู่จำนวนไม่น้อยจนกลายเป็นศูนย์กลางหนึ่งในทวีปเอเชียและโลกที่ให้บริการสร้างลูกโดยใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ และมีผู้หญิงไทยจำนวนหนึ่งอาสารับตั้งครรภ์แทนโดยรับค่าตอบแทนโดยมีมุมมองว่าการอาสาดังกล่าวเป็นการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ โดยพวกเธอเองก็ได้รับค่าตอบแทนที่สมเหตุสมผล ทำให้มีโอกาสมีรายได้ก้อนโตที่ได้มาอย่างสุจริต

ผู้หญิงไทยที่รับตั้งครรภ์แทนแต่ละคนได้รับค่าตอบแทนราว 13,000 เหรียญสหรัฐ หรือประมาณ 400,000 บาท แต่ถ้าหากติดต่อผ่านนายหน้า ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนมักได้รับค่าตอบแทนประมาณ 340,000 บาท การรับค่าตอบแทนจะแบ่งตามระยะเวลาที่ระบุไว้ในสัญญา

ที่ทำไว้กับบริษัทคนกลางซึ่งมักเป็นบริษัทข้ามชาติ เมื่อรู้ผลชัดเจนว่ามีการตั้งครรภ์สำเร็จคู่สัญญาจะเริ่มให้ค่าตอบแทนรายเดือนแก่ผู้หญิงรับตั้งครรภ์เดือนละประมาณ 12,000 บาท ถึง 13,000 บาท จนกระทั่งถึงกำหนดคลอดเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายประจำวัน ส่วนค่าตอบแทนที่เหลือรวมแล้วประมาณ 9,400 เหรียญสหรัฐจะให้หลังคลอดโดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง ให้ครึ่งแรกหลังคลอด 20 วัน และอีกครึ่งหนึ่งให้หลังจากทำเรื่องโอนบุตรเสร็จเรียบร้อย หากการตั้งครรภ์ประสบภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดการแท้งหรือเด็กเสียชีวิตในช่วง 5 – 6 เดือนแรกด้วยเหตุสุดวิสัย หญิงรับตั้งครรภ์แทนยังคงได้รับค่าตอบแทนประมาณ 7,000 เหรียญสหรัฐ

นอกจากนั้น ผู้ใช้บริการรับตั้งครรภ์แทนยังต้องจ่ายค่าตอบแทนแก่บริษัทคนกลางจำนวน 4,500 เหรียญสหรัฐ ซึ่งรายจ่ายนี้ยังไม่รวมค่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ค่าเวชภัณฑ์ ค่าไข่ ค่าฝากครรภ์ และค่าดูแลหญิงรับตั้งครรภ์แทนระหว่างตั้งท้อง ที่จะต้องมาพบสูตินรีแพทย์ตามนัดหมาย ก่อนการตั้งครรภ์ผู้หญิงรับตั้งครรภ์แทนได้รับเงินทุกครั้งที่มารับการฉีดตัวอ่อนเข้าไปในมดลูก ครั้งละประมาณ 6,000 บาท กรณีที่ผู้หญิงไม่ต้องการเข้ารับการดูแลในคลินิก บริษัทคนกลางบางบริษัทจะจ่ายให้ 5,000 บาท แต่ผู้หญิงอาจถูกขอร้องให้นอนพักในคลินิกประมาณ 10 วัน เพื่อให้แพทย์มั่นใจว่าตัวอ่อนสามารถฝังตัวได้ดี กรณีตกลงเข้าพักที่คลินิกผู้หญิงรับตั้งครรภ์แทนจะได้รับค่าตอบแทนเพิ่มเป็น 7,000 บาท เป็นค่าชดเชยหรือค่าเสียเวลา[1]

ลักษณะของกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

หลายประเทศบัญญัติกฎหมายอนุญาตให้มีการรับตั้งครรภ์แทนในเชิงพาณิชย์ได้เช่น อินเดีย รัสเซีย ยูเครน แอฟริกาใต้ และบางรัฐในสหรัฐอเมริกา แต่หลายประเทศมีกฎหมายห้ามการตั้งครรภ์แทนทั้งสองลักษณะไว้ เช่น สวีเดน ฝรั่งเศส ฟินแลนด์ สเปน สวิสเซอร์แลนด์ และบางรัฐของสหรัฐอเมริกา ส่วนออสเตรเลีย อังกฤษ แคนาดา (ยกเว้นควิเบค) บางรัฐในสหรัฐอเมริกา อิสราเอล นิวซีแลนด์ โปรตุเกส เดนมาร์ก ฮังการี เบลเยี่ยม และเนเธอร์แลนด์ อนุญาตให้มีการตั้งครรภ์แทนเฉพาะที่ไม่ทำเป็นการพาณิชย์เท่านั้น อย่างไรก็ตามพบว่าประเทศส่วนใหญ่ยังไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องนี้ สำหรับประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยตรง แต่มีข้อบังคับของแพทยสภาฉบับที่ 21 พ.ศ. 2545[2] ซึ่งกำหนดเงื่อนไขให้แพทย์ต้องปฏิบัติตามเมื่อให้บริการตั้งครรภ์แทนอยู่ 3 เงื่อนไข ดังนี้ 1) ต้องใช้ตัวอ่อนที่เกิดจากเซลล์สืบพันธุ์ของคู่สมรสเท่านั้น 2) ต้องไม่เป็นไปในลักษณะการรับจ้างตั้งครรภ์ 3) หญิงที่ตั้งครรภ์แทนต้องเป็นญาติโดยสายเลือดของคู่สมรสฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง และหากแพทย์จะให้บริการนอกเหนือไปจากนี้ ต้องได้รับความเห็นชอบจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยก่อนทุกครั้ง เช่น การจะใช้เซลล์สืบพันธุ์บริจาค หรือเมื่อเกิดกรณีไม่มีญาติที่จะตั้งครรภ์แทน เป็นต้น

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเร่งรัดออกกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเรื่องการตั้งครรภ์แทน ได้แก่ (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. .... โดยมีกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นผู้เสนอร่างพระราชบัญญัติฉบับดังกล่าวยกร่างไว้ตั้งแต่ปี 2553 แต่ยังมีจุดอ่อนอยู่มาก เพราะว่าไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นหลายเรื่อง **ประการแรก** ยังมองว่าการรับจ้างตั้งครรภ์แทนหรือการจัดการให้มีการตั้งครรภ์แทนเพื่อประโยชน์ทางการค้าเป็นการกระทำที่ฝ่าฝืนศีลธรรมและจริยธรรม จึงบัญญัติบทลงโทษต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ฝ่าฝืนไว้ซึ่งเป็นการนำข้อบังคับของแพทยสภา ฉบับที่ 21 พ.ศ. 2545 ข้อที่ 3 มาขยายความไว้ แต่มีข้อสังเกตว่าการตั้งครรภ์แทนที่เป็นไปในลักษณะ 'การค้า' ถูกตีความเพียงแค่การให้หญิงอื่นที่ไม่ใช่ญาติมารับตั้งครรภ์แทนโดยให้ค่าจ้าง และการโฆษณาหรือการมีนายหน้าหรือมีคนกลางมารับดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน แต่ไม่ได้ตีความให้หมายรวมถึงการคิด



professionalriskgroup.files.wordpress.com/2013/02/bigstock-legal-gavel-on-a-law-book-24054575.jpg

ค่าบริการของแพทย์ที่ดำเนินกรรมวิธีตั้งครรภ์แทนว่าเป็นการทำเพื่อประโยชน์ทางการค้าด้วย ซึ่งเป็นประเด็นที่ย้อนแย้ง เนื่องจากแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านนี้มักรับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในอัตราที่สูงจากผู้รับบริการ

ประการที่สอง พ.ร.บ.ฉบับนี้มีลักษณะมุ่งควบคุมมากกว่าป้องกันและคุ้มครองการละเมิดสิทธิของผู้หญิง เนื่องจากมีบทลงโทษผู้หญิงที่ใช้ร่างกายและมดลูกของตนเองไปรับจ้างตั้งครรภ์แทนซึ่งเท่ากับว่ากฎหมายนี้กำลังละเมิดสิทธิในการเป็นเจ้าของร่างกายของผู้หญิงเสียเอง ในอดีตพบว่าการออกกฎหมายในลักษณะควบคุมและปราบปรามเช่นนี้ไม่เคยใช้ได้ผลในสังคมไทย ตัวอย่างความล้มเหลวของการออกกฎหมายในลักษณะนี้ เช่น พ.ร.บ.ป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณีในอดีต หรือแม้กระทั่งกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับการทำแท้งในปัจจุบัน ซึ่งไม่ได้ช่วยทำให้รัฐสามารถขจัดอาชีพการค้าประเวณีหรือปัญหาการทำแท้ง แต่ยิ่งกลับทำให้มีช่องทางสำหรับเจ้าพนักงานที่ประพฤติมิชอบในหน้าที่นำกฎหมายไปใช้เรียกรับผลประโยชน์จากผู้ที่ละเมิดกฎหมาย ซึ่งยิ่งทำให้การกดขี่เอาเปรียบและละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้หญิงทำได้ง่ายดายยิ่งขึ้น และทำให้ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ

ประการที่สาม ถึงแม้ว่าร่าง พ.ร.บ.นี้มีข้อดีในแง่ที่ว่าให้ความสำคัญกับการปกป้องสิทธิของเด็กที่เกิดมาจากเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ไม่ให้ตกเป็นเหยื่อการค้ามนุษย์ หรือตกอยู่ในอุปการะของผู้ที่ไม่เหมาะสม แต่การที่ร่างกฎหมายใหม่ดังกล่าวมุ่งล้มล้างสิทธิความเป็นมารดาตามกฎหมายของหญิงผู้ให้กำเนิดทารกดังที่ระบุอยู่ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน โดยกำหนดใหม่ว่าทารกที่เกิดมาจากการตั้งครรภ์แทนต้องเป็นบุตรของสามีภรรยาที่ให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทนเท่านั้น สะท้อนว่าร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้กำลังละเลยความรู้สึกผูกพันที่หญิงตั้งครรภ์แทนอาจมีต่อทารกที่ตนอุ้มท้องมา และตัดสินแทนเด็กในการที่จะได้ทราบว่าแม่ผู้ให้กำเนิดตนคือใคร กฎหมายที่มีความเป็นประชาธิปไตยควรให้ทางเลือกแก่ผู้หญิงรับตั้งครรภ์แทนว่าต้องการจะให้เด็กรับรู้หรือไม่รับรู้ก็ได้ว่าตนเป็นคนอุ้มท้องและให้กำเนิด

ประการที่สี่ ร่างกฎหมายฉบับนี้ร่างขึ้นภายใต้กระบวนทัศน์ที่ยึดมั่นในอุดมการณ์รักต่างเพศและอุดมการณ์ครอบครัวสมบูรณ์ ซึ่งมีความเชื่อว่าครอบครัวที่มีลูกได้ต้องเป็นครอบครัวของคนรักต่างเพศ และครอบครัวที่สมบูรณ์ต้องมีพ่อกับแม่ครบถ้วน พ.ร.บ.ฉบับนี้จึงเอื้อเฉพาะคู่สมรสหรือสามีและภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมายเท่านั้นโดยให้สิทธิเข้าถึงบริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ทั้งๆ ที่กลุ่มผู้ที่มีความต้องการใช้เทคโนโลยีการตั้งครรภ์แทนมีทั้งคนโสด และกลุ่มที่ใช้ชีวิตคู่กับคนรักเพศเดียวกันรวมอยู่ด้วย

ความเห็นทิ้งท้าย

สถานการณ์เรื่องการตั้งครรภ์แทนในประเทศไทยชี้ว่าถึงเวลาที่ประเทศไทยต้องมีกฎหมายที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องนี้ โดยกฎหมายดังกล่าวควรคำนึงถึงสิทธิของทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์แทน บุคคลที่ต้องการมีลูก ซึ่งอาจเป็นสามีภรรยาต่างเพศที่มีบุตรยาก คนรักเพศเดียวกัน หรือคนโสด ผู้หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน และแพทย์ผู้ให้บริการ เพื่อให้กฎหมายนี้มีความรอบด้าน สอดคล้องและทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมสาระของกฎหมายเรื่องนี้จึงไม่ควรมีลักษณะอนุรักษ์นิยม หรือสวนทางกับกระแสการเคลื่อนไหวในเรื่องสิทธิมนุษยชนของประชากรหลายกลุ่ม กฎหมายด้านลบที่ส่งผลกระทบต่อการปกป้องคุ้มครองสิทธิของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย การทำให้การตั้งครรภ์แทนที่รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนเป็นเรื่องผิดกฎหมาย โดยหวังผลในการขจัดเรื่องนี้ให้หมดสิ้นไปจากสังคมไทยเป็นสิ่งที่เป็นไปไม่ได้ เมื่อคำนึงถึงจำนวนความต้องการบุตรที่มีอยู่ในทางตรงกันข้ามการออกกฎหมายห้ามจะทำให้ขบวนการรับจ้างตั้งครรภ์แทนมีความซับซ้อนและหลบซ่อนตัวมากขึ้น เอื้อให้เกิดการเอารัดเอาเปรียบมากขึ้น ซึ่งจะยากต่อการควบคุมให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม ถึงแม้ว่าการรับตั้งครรภ์แทนอาจจะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการละเมิดจริยธรรมและการละเมิดสิทธิมนุษยชน หรืออาจจะสร้างปัญหาในเรื่องสิทธิทางกฎหมายของบุคคลที่เกี่ยวข้อง แต่ถ้าหากสังคมไทยพัฒนากฎหมายเกี่ยวกับเรื่องนี้โดยให้น้ำหนักกับการปกป้องและคุ้มครองสิทธิมากกว่าการจับกุมและปราบปราม ปัญหาความเสี่ยงเหล่านั้นก็จะได้รับการจัดการอย่างเป็นระบบ ปัญหาต่างๆ ก็จะไม่ถูกซุกไว้ใต้พรมเหมือนที่เกิดขึ้นกับกรณีการค้าประเวณีและการทำแท้ง



6 พ.ร.บ.ยาฉบับใหม่ ใครได้ ใครเสีย

กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามแก้ไขพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ซึ่งเป็นกฎหมายที่ใช้มานาน แม้ว่าจะมีการแก้ไขแล้วหลายครั้ง ครั้งสุดท้ายเมื่อปี 2530 แต่ก็เป็นเวลาหลายปีแล้ว ทำให้ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอร่างกฎหมายใหม่ทั้งฉบับเพื่อยกเลิกและทดแทนกฎหมายเดิม ร่างกฎหมายดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการกฤษฎีกาแล้ว เป็นที่รู้จักกันในชื่อ "ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. .... ฉบับสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา" (ร่างฯ ที่ สคก. ตรวจพิจารณาแล้ว เรื่องเสร็จที่ 1017/2557)[1] แต่เมื่อมีการเผยแพร่ร่างกฎหมายดังกล่าวปรากฏว่าเครือข่ายสาธารณสุขได้ร่วมกันคัดค้านและวิพากษ์วิจารณ์ร่างกฎหมายดังกล่าวอย่างกว้างขวาง จนเป็นข่าวตามสื่อโทรทัศน์และสื่อหนังสือพิมพ์ต่างๆ อีกทั้งมีการประชุมชี้แจงถึงผลกระทบจากร่างพระราชบัญญัติยาฉบับใหม่อย่างต่อเนื่อง

สาระสำคัญของการแก้ไขร่างพระราชบัญญัติยา

กระทรวงสาธารณสุขเห็นว่า ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. .... (ฉบับ สคก.) มีความจำเป็น เนื่องจากเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของประชาชนโดยตรง และมีความทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. ยกระดับเรื่องยาให้เป็นระเบียบวาระแห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการยาแห่งชาติ และเพิ่มคณะกรรมการเฉพาะเรื่องสำหรับการดูแลยาในภาพรวมของประเทศ รวมทั้งการดูแลตามประเภทของยา

2. แสดงข้อมูลสิทธิบัตร โครงสร้างราคายา ในกรณีเป็นยาที่ได้รับสิทธิบัตร

3. เพิ่มผู้ดำเนินการเพื่อให้สามารถควบคุมการประกอบการให้ครอบคลุม และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยผู้ประกอบวิชาชีพ[2]

4. เพิ่มบทลงโทษในภาพรวม โดยเพิ่มบทลงโทษผู้ฝ่าฝืนกฎหมาย ในบางกรณีจากเดิมที่มีโทษปรับอย่างเดียวก็ให้เพิ่มโทษถึงขั้นจำคุกด้วย เช่น การฝ่าฝืนเรื่องโฆษณายา

5. เพิ่มบทบาทของรัฐในการแก้ไขโฆษณาที่ฝ่าฝืนกฎหมาย โดยผู้อนุญาตสามารถสั่งให้ผู้โฆษณาเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องได้

6. เพิ่มความรับผิดทางแพ่งของผู้ประกอบการต่อผู้บริโภคซึ่งได้รับความเสียหายจากการใช้ยา

สภาเภสัชกรรมกับการคัดค้าน พ.ร.บ.ยา

ในทางตรงข้าม ร่าง พ.ร.บ.ยาฉบับใหม่ ได้รับการคัดค้านจากคนบางกลุ่ม โดยสภาเภสัชกรรมเป็นกลุ่มสำคัญกลุ่มหนึ่งที่เคลื่อนไหวต่อต้านร่างกฎหมายฉบับใหม่อย่างจริงจัง เนื่องจากจะส่งผลให้ผู้ประกอบวิชาชีพหรือบุคคลหลายกลุ่มที่มิใช่เภสัชกรได้รับประโยชน์เพิ่มขึ้นจากกระบวนการผลิตยา การขายยา และการนำเข้ายา สภาเภสัชกรรมได้มีหนังสือถึงหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.)[3] เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2557 ไม่เห็นด้วยกับร่างกฎหมายดังกล่าวใน 3 เรื่องสำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. การแบ่งประเภทยา ร่างกฎหมายฉบับใหม่เปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่มีความรู้เรื่องยาอย่างเพียงพอมีบทบาทในการสั่งใช้ยาหรือจ่ายยาได้ ไม่คำนึงถึงหลักการแยก

หน้าที่เพื่อให้เภสัชกรตรวจสอบการใช้ยา จึงอาจลดระดับการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภค และไม่สอดคล้องกับการแบ่งประเภทยาตามหลักสากลซึ่งแบ่งประเภทยาออกเป็น "ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา" "ยาที่เภสัชกรเป็นผู้สั่งจ่าย" และ "ยาที่ประชาชนเลือกใช้ได้เอง"

2. การผสมยา เปิดโอกาสให้ผู้ที่ไม่ใช่เภสัชกรสามารถผสมยา ทั้งนี้การผสมยาต้องอาศัยศาสตร์และกลวิธีเฉพาะด้านไม่ว่าจะเป็นการเลือกใช้วิธีการหรือสารที่นำมาผสม ลำดับขั้นตอนการผสม หากทำไม่ถูกต้องจะส่งผลต่อความคงตัวของยา ยาอาจเสื่อมฤทธิ์ อาจเกิดการตกตะกอน หรืออาจเกิดสารใหม่ซึ่งไม่สามารถคาดหมายได้ รวมทั้งอาจทำให้เกิดการปกปิดสูตรยาที่ผสมซึ่งล้วนเป็นอันตรายแก่ผู้ใช้ยา

3. การแบ่งบรรจุยา เปิดโอกาสให้วิชาชีพอื่นแบ่งบรรจุยา ซึ่งการแบ่งบรรจุต้องมีองค์ความรู้ว่ายานั้นๆ สามารถแบ่งบรรจุได้หรือไม่ จะต้องเลือกใช้ภาชนะที่บรรจุอย่างไร เพื่อให้ยาสามารถใช้งานได้ ยามีความคงตัวและปราศจากการปนเปื้อน

ต่อมา เครือข่ายเภสัชกรได้รวมตัวกันยื่นแถลงการณ์คัดค้าน พร้อมยื่นรายชื่อผู้คัดค้านกว่า 7,600 คน ณ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2557 โดยขอให้ตัวแทนกลุ่มผู้คัดค้านร่วมหารือเพื่อแก้ไขร่าง พ.ร.บ. ก่อนที่จะนำเสนอเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี[4]

ภาคประชาชนอยู่ตรงไหน

ทางด้านภาคประชาชนเห็นว่า ควรมีการแก้ไข พ.ร.บ.ยา พ.ศ. 2510 เพื่อคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน โดยมูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนาร่วมกับกลุ่มศึกษาปัญหายา (กศย.) แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา และเครือข่าย ได้ร่วมกันจัดทำร่าง พ.ร.บ.ยา พ.ศ. .... (ฉบับประชาชน ปรับปรุง 19.01.55)[5] โดยรวบรวมรายชื่อประชาชนจำนวน 10,565 คน เพื่อยื่นต่อประธานรัฐสภาในอดีต เมื่อวันที่ 19 มกราคม 2555 โดยมี ผศ.ดร.ภญ.นิยดา เกียรติยิ่งอังศุลี เป็นผู้ยื่นเสนอร่างกฎหมาย[6] มีสาระสำคัญในการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของประชาชน เช่น การคุ้มครองประชาชนจากการโฆษณาที่อวดอ้างเกินจริงหรือการส่งเสริมการขายยาที่ขาดจริยธรรม การกำหนดให้มีมาตรการที่ส่งเสริมการเข้าถึงยาที่จำเป็นของประชาชน ตลอดจนช่วยเสริมประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่

ต่อมาในยุค คสช. สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎรแจ้งว่ารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย (ฉบับชั่วคราว) พ.ศ. 2557 ไม่ได้บัญญัติให้สิทธิประชาชนในการเข้าชื่อเสนอร่าง พ.ร.บ. ไว้ จึงส่งผลให้ร่าง พ.ร.บ.ยา พ.ศ. .... ฉบับประชาชน ไม่สามารถดำเนินการต่อไปได้[7] เท่ากับว่าได้ตัดสิทธิของประชาชนในการมีส่วนร่วมเสนอและพิจารณากฎหมาย แต่ภาคประชาชนยังไม่ละความพยายามได้ทำหนังสือถึงนายกรัฐมนตรีและหัวหน้า คสช. เพื่อขอให้พิจารณาทบทวนและลงนามรับรองร่าง พ.ร.บ.ยา พ.ศ. .... ฉบับประชาชน ต่อมาสำนักปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีได้มีหนังสือแจ้งว่าได้ประสานส่งเรื่องให้กระทรวงสาธารณสุขแล้ว[8]

ความขัดแย้งและการหาทางออก

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาหาทางแก้ไขความขัดแย้งในเรื่องร่าง พ.ร.บ.ยา ฉบับใหม่ โดยให้ผู้แทนเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรมร่วมประชุมหารือเพื่อแก้ไขปรับปรุงร่างกฎหมาย และรับฟังความเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และตัวแทนภาคประชาชนเมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2557[9] ต่อมา เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาได้นำข้อเสนอทั้งหมดจากเวทีรับฟังความคิดเห็นของทุกภาคส่วนเสนอต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในวันที่ 29 ตุลาคม 2557[10] ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้สรุปและส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องเสนอต่อเลขาธิการคณะรัฐมนตรี[11] โดยประเด็นที่นำเสนอเพื่อแก้ไขร่าง พ.ร.บ. ยานี้ จะอิง 7 ประเด็นหลักตามที่เครือข่ายเภสัชกรได้ยื่นแถลงการณ์คัดค้าน (ซึ่งสามารถสรุปได้ดังตาราง) ในขณะเดียวกันคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมายได้เปิดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้เสีย เรื่อง "ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ...." เมื่อ 21 พฤศจิกายน 2557 และสรุปความเห็นของคณะกรรมการฯ เผยแพร่ผ่านทางเว็บไซต์[12]

ความเห็นในการเสนอแก้ไขร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ....
ซึ่งแก้ไขตามมติที่ประชุมผู้แทนเครือข่ายเภสัชกร และข้อเสนอจากภาคประชาชน

ประเด็นปัญหา	ร่าง พ.ร.บ.ยา พ.ศ. .... (ฉบับ สคก.)	ร่าง พ.ร.บ.ยา พ.ศ...ฉบับ สคก. ซึ่งแก้ไขตามมติที่ประชุมผู้แทนเครือข่ายเภสัชกร	ข้อเสนอจาก "ภาคประชาชน"
1. การแบ่งประเภทยา	- แบ่งประเภทยาออกเป็น ยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา, ยาที่ต้องจ่ายโดยผู้ประกอบวิชาชีพ และยาสามัญประจำบ้าน	- แบ่งประเภทยาเป็นยาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา ยาควบคุมและสามัญประจำบ้าน (ตามที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขประกาศ ไม่ควรระบุชื่อวิชาชีพซึ่งเกี่ยวข้องกับการแบ่งประเภทยาไว้ใน พ.ร.บ.)	- แบ่งประเภทยาออกเป็นยาควบคุมพิเศษ ยาอันตราย ยาสามัญประจำบ้าน (เหมือน พ.ร.บ.ยา พ.ศ. 2510)
2 ข้อยกเว้นให้ผู้ประกอบวิชาชีพฯ ไม่ต้องขออนุญาตผลิต ขาย หรือนำเข้ายาแผนปัจจุบัน ยาแผนไทย ยาแผนทางเลือกตามมาตรา 24 ยาสำหรับสัตว์ ตามมาตรา 60 และเภสัชเคมีภัณฑ์ เภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูป เภสัชชีววัตถุ และเภสัชสมุนไพรตามมาตรา 87	- ยกเว้นให้การนำยาที่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยาไว้แล้ว มาผสมตามหลักวิชาการไม่ต้องขออนุญาต - ยกเว้นให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถแบ่งบรรจุยาได้ในกรณีต่างๆ ที่กำหนด - ยกเว้นให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถขายยาได้ในกรณีต่างๆ ที่กำหนด	- ระบุให้ต้องผสมตามหลักวิชาการเภสัชกรรมเท่านั้น ตัดข้อความที่บ่งบอกถึงวิชาชีพต่างๆ ออก เนื่องจากแต่ละวิชาชีพต้องปฏิบัติตามบทบาทและหน้าตามกฎหมายวิชาชีพของตน - ให้ใช้คำว่า "แบ่งจ่าย" แทน "แบ่งบรรจุ" - ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถทำได้แค่ "จ่ายยา" ไม่ควรใช้คำว่า "ขายยา" - ตัดข้อความที่ให้ผู้ประกอบวิชาชีพต่างๆ ขายยาสำหรับผู้ซื้อในสถานที่ขายปลีกยา เพื่อป้องกันการเปิดร้านขายปลีกยาโดยไม่ได้รับอนุญาต	- เสนอให้ตัดข้อยกเว้นการผสมตามหลักวิชา การแบ่งบรรจุยาที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้แล้วของบุคคล ซึ่งไม่ใช่เภสัชกรเพราะเป็นการยกเว้นการขออนุญาตโดยไม่มีการกำหนดกรอบผู้ประกอบวิชาชีพเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับยา อาจเกิดการผลิต ขาย และนำเข้ายา ที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานด้านยา จะส่งต่อคุณภาพยา ประสิทธิภาพ ความคงตัวของยา และความปลอดภัย ของผู้บริโภค - เสนอให้จำเป็นต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ฯ ของสถานที่จำหน่ายยาสามัญประจำบ้าน
3. ให้ผู้ที่ไม่เชี่ยวชาญจัดการและควบคุมการประกอบการด้านยา	- กำหนดให้ผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยสามารถผลิตยาแผนไทยหรือยาแผนทางเลือกได้ - ให้สัตวแพทย์สามารถผลิตยาสำหรับสัตว์ที่เป็นชีววัตถุได้ - ให้ผู้ผ่านเฉพาะการอบรมผลิตยาสำหรับสัตว์ที่มีส่วนประกอบสำคัญเป็นเภสัชสมุนไพรผลิตหรือนำเข้ายาสำหรับสัตว์ที่เป็นแผนทางเลือกได้ - ให้ผู้ได้รับปริญญาทางวิทยาศาสตร์ผลิตเภสัชเคมีภัณฑ์และการผลิตเภสัชชีววัตถุได้	- ตัดผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทยออกจากกระบวนการผลิตยา เพราะมาตรานี้เป็นการผลิตยาในระดับอุตสาหกรรม ต้องใช้ผู้มีความรู้เฉพาะด้าน - ไม่ให้สัตวแพทย์เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการผลิตยาสำหรับสัตว์ที่เป็นชีววัตถุ - ไม่ให้ผู้ผ่านเฉพาะการอบรมฯ ผลิตยาสำหรับสัตว์ที่มีส่วนประกอบสำคัญเป็นเภสัชสมุนไพร ผลิตหรือนำเข้ายาสำหรับสัตว์ที่เป็นแผนทางเลือก - ไม่ยกเว้นการผลิตเภสัชเคมีภัณฑ์และการผลิตเภสัชชีววัตถุให้ผู้ได้รับปริญญาทางวิทยาศาสตร์กระทำ	- ไม่ยกเว้นให้สัตวแพทย์เป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการผลิตยาสำหรับสัตว์ที่เป็นชีววัตถุยอมให้เป็นผู้ดำเนินการได้เท่านั้น - ไม่ให้ผู้ผ่านเฉพาะการอบรมฯ เป็นผู้ดำเนินการหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการในการผลิตยาสำหรับสัตว์ที่มีส่วนประกอบสำคัญเป็นเภสัชสมุนไพร ผลิตหรือนำเข้ายาสำหรับสัตว์ที่เป็นแผนทางเลือก - ไม่ยกเว้นการผลิตเภสัชเคมีภัณฑ์และการผลิตเภสัชชีววัตถุให้ผู้ได้รับปริญญาทางวิทยาศาสตร์กระทำ - ไม่ให้ผู้ประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะผลิตเภสัชสมุนไพร

ประเด็นปัญหา	ร่าง พ.ร.บ.ยา พ.ศ. .... (ฉบับ สคก.)	ร่าง พ.ร.บ.ยา พ.ศ...ฉบับ สคก. ซึ่งแก้ไขตามมติที่ประชุมผู้แทนเครือข่ายเภสัชกร	ข้อเสนอจาก "ภาคประชาชน"
4. ไม่ทบทวนทะเบียนตำรับยา และต่ออายุทะเบียนแม้พบปัญหายา มาตรา 46, 51	– ขาดมาตรการทบทวนทะเบียนตำรับยา – ต่ออายุทะเบียนตำรับยา 5 ปี เพียงครั้งแรก หลังจากนั้นให้ใช้ได้ตลอดไป เว้นแต่จะพบปัญหา	– ให้เพิ่มมาตรการทบทวนทะเบียนตำรับยา – ต้องต่ออายุทะเบียนตำรับยาทุก 5 ปี เพื่อให้ทะเบียนตำรับยามีความทันสมัย สามารถตรวจสอบข้อมูลต่างๆ ได้เป็นระยะ	–ให้เพิ่มมาตรการทบทวนทะเบียนตำรับยา – ต้องต่ออายุทะเบียนตำรับยาทุก 5 ปี เพื่อให้ทะเบียนตำรับยามีความทันสมัย สามารถตรวจสอบข้อมูลต่างๆ ได้เป็นระยะ
5. การโฆษณายาทุกประเภทและโฆษณารักษาโรคร้ายแรงได้ มาตรา 143	ไม่ได้กำหนดเรื่องการห้ามโฆษณายาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา หรือยาที่ต้องจ่ายโดยผู้ประกอบวิชาชีพต่อประชาชนทั่วไป	ต้องกำหนดให้ชัดเจนว่าห้ามโฆษณายาที่ต้องจ่ายตามใบสั่งยา ยาควบคุมต่อประชาชนทั่วไป มิฉะนั้นจะถูกตีความว่ายาทุกประเภทสามารถโฆษณาได้ (อาจถูกตีความว่ากฎหมายเปลี่ยนเจตนารมณ์ไปจากเดิมว่าให้สามารถโฆษณาได้แล้ว)	– เพิ่มหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการส่งเสริมการขายและการโฆษณามีข้อมูลประกอบการต่ออายุใบอนุญาต และการเปิดเผยข้อมูลสู่สาธารณะ – ผู้แทนยาต้องเป็นเภสัชกร – ห้ามโฆษณายาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษต่อประชาชนทั่วไป
6. ไม่มีข้อห้ามการขายยาชุด	กำหนดเพียงการห้ามผู้รับอนุญาตขายปลีกยา ผู้ดำเนินการ หรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการประจำสถานที่ขายปลีกยา ขายปลีกยาโดยแบ่งยาจากภาชนะบรรจุไว้ล่วงหน้า	เสนอให้มีการกำหนดเรื่องการห้ามขายยาชุดดังเช่นกฎหมายเดิมตาม พ.ร.บ.ยา พ.ศ. 2510 มาตรา 75 ทวิ	– กำหนดให้มีทั้งมาตรการห้ามจำหน่ายยาชุด และห้ามแบ่งบรรจุล่วงหน้า (เนื่องจากมีผลต่อคุณภาพยา) – แก้จากคำว่า ผู้รับอนุญาตขายปลีกยา ผู้ดำเนินการ หรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เป็น "ผู้ใด"
7. ไม่มีความรับผิดทางแพ่งสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพที่ได้รับการยกเว้น มาตรา 159 และไม่มีโทษทางปกครอง	– ผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งได้รับการยกเว้นไม่เข้าข่ายผู้ผลิต ขาย หรือนำเข้า ไม่มีความรับผิดทางแพ่งกรณีทำให้เกิดความเสียหายต่อผู้เสียหายจากการใช้ยา – ไม่มีโทษทางปกครอง	– ให้ผู้ประกอบวิชาชีพซึ่งได้รับการยกเว้นไม่เข้าข่ายผู้ผลิต ขาย นำเข้า ต้องร่วมรับผิดทางแพ่งด้วย – เสนอให้มีโทษทางปกครองเพื่อประสิทธิภาพการบังคับใช้กฎหมายของเจ้าหน้าที่	– เสนอมาตรการความรับผิดทางแพ่ง – เสนอโทษทางปกครอง

บทส่งท้าย

แม้ว่าจะมีความจำเป็นในการแก้ไขปรับปรุง พ.ร.บ.ยา เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพในการกำกับดูแล และสอดรับกับการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีและสภาพสังคม แต่หากใช้ประชาชนเป็นตัวตั้งในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของร่าง พ.ร.บ.ยาฉบับใหม่แล้วจะพบว่า แม้จะมีประโยชน์ในการปรับปรุงมาตรฐานการกำกับดูแลเรื่องยาของรัฐ แต่ก็อาจมีผลเสียด้านความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชน จึงควรดำเนินการแก้ไขจุดอ่อนในเรื่องต่างๆ ให้เรียบร้อยก่อนที่จะผ่านร่างกฎหมายดังกล่าวเพื่อใช้บังคับ ทุกฝ่ายคงต้องติดตามต่อไปว่าท้ายที่สุดแล้ว คณะรัฐมนตรีจะมีมติอย่างไรต่อร่าง พ.ร.บ.ยาฉบับใหม่ และสภานิติบัญญัติแห่งชาติ (สนช.) จะพิจารณาร่างกฎหมายนี้อย่างไรและความเห็นของภาคประชาชนจะได้รับการสะท้อนผ่านร่าง พ.ร.บ.ฉบับนี้มากน้อยเพียงใด

7 'เขตสุขภาพ' บนความเห็นต่างประชาชนคือผู้รับเคราะห์

ความเห็นต่างในเรื่องการจัดสรรงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ได้เขม็งเกลียวขึ้นจนกลายเป็นความขัดแย้งและการเผชิญหน้ากันระหว่างหน่วยงานทั้งสอง ภายหลังจากการเดินหน้านโยบาย "เขตสุขภาพ" ที่กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้พยายามผลักดันมาตั้งแต่ปลายปี 2555 – 2557



โดย นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ได้เร่งเดินหน้าจัดตั้ง "เขตสุขภาพ" ทั่วประเทศ และกดดันให้ สปสช. ยอมให้ "เขตสุขภาพ" เป็นผู้จัดสรรงบประมาณให้กับโรงพยาบาลตามความเหมาะสมแทนการจ่ายงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว เพื่อเป็นการปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการและแก้ปัญหาการขาดแคลนงบประมาณของโรงพยาบาลหลายแห่ง มาตรการเชิงรุกของกระทรวงสาธารณสุขและกระแสโจมตี สปสช. อย่างต่อเนื่องโดย นพ.ณรงค์ ได้ขยายวงออกเป็นความขัดแย้งร้าวลึกระหว่างหน่วยงานทั้งสอง และอาจส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขของรัฐ รวมถึงสร้างความกังวลให้กับผู้ใช้บริการหรือประชาชนจำนวนไม่น้อยที่อาจได้รับผลกระทบจากการปรับเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณด้านสาธารณสุขในอนาคต

"พวงบริการ" หลักการดี

กำเนิดของแนวคิดเรื่อง "เขตสุขภาพ" เริ่มมาจากข้อเสนอในการปฏิรูประบบประกันสุขภาพที่ นพ.ณรงค์ ได้นำเสนอต่อ นพ.ประดิษฐ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (รมว.สธ.) ในยุครัฐบาลเพื่อไทย โดยขณะนั้นเรียกแนวคิดดังกล่าวว่า บริการแบบไร้รอยต่อ หรือ "พวงบริการ" โดย นพ.ณรงค์ กล่าวว่า "ที่ผ่านมาการบริหารระบบบริการของสถานพยาบาลในสังกัด สธ. ทุกระดับทั่วประเทศจะแยกส่วนทำให้ผู้ป่วยกระจุกตัวในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ด้วยเหตุนี้ รมว.สธ. จึงมีนโยบายในการจัดระบบใหม่ โดยทำเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แบ่งเป็นพวงบริการ 12 เขตพื้นที่[1]" ซึ่งหลักการคือ จะจัดกลุ่มจังหวัดให้ทุกๆ 5 – 6 จังหวัด เป็น 1 พวงบริการ

แต่ละพวงบริการจะสามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันได้ ซึ่งแนวคิดนี้จะช่วยลดปัญหาการขาดแคลนแพทย์ การกระจุกตัวของผู้ป่วยตามโรงพยาบาลใหญ่ และช่วยให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่เร็วขึ้นโดยไม่ต้องรอคิวรักษานาน

นพ.ประดิษฐ อธิบายว่า นโยบายนี้จะนำทรัพยากรมาแบ่งกันใช้ ไม่ว่าจะเป็นสถานที่ บุคลากร เตียงนอน ห้องผ่าตัด เครื่องมือแพทย์ ต่อไปก็จะให้แพทย์จากโรงพยาบาลขนาดใหญ่เดินทางไปผ่าตัดให้ที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยก็จะได้รับบริการรวดเร็วขึ้น ไม่ต้องรอคิวผ่าตัดนาน นอกจากนี้จะปรับเปลี่ยนระบบวิธีซื้อยาร่วมกัน ซึ่งจะทำให้ต้นทุนถูกลง สต็อกยาน้อยลง แต่มีคลังยากลางมากขึ้น สามารถส่งยาให้แก่กันได้ในยามฉุกเฉิน มีคลังยาอยู่ตามจุดต่างๆ ของประเทศ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความมั่นคงของประเทศ[2]

ในเชิงหลักการ นโยบาย "พวงบริการ" เป็นสิ่งที่ดี หากแต่ นพ.ประดิษฐ กลับต้องการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายงบประมาณ ด้วยการยกเลิกระบบอัตราค่าเหมาจ่ายรายหัวที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) และจะโอนงบเหล่านั้นซึ่งเดิมโรงพยาบาลรับตรงจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รวมถึงโอนงบประมาณเงินเดือนแพทย์และบุคลากร ซึ่งเดิมส่วนกลางเป็นผู้หักไปไว้ที่เขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต ซึ่งมีผู้ตรวจราชการ สธ. เป็นประธาน[3] แนวคิดนี้ทำให้เกิดการคัดค้านอย่างเข้มข้น จากการนำของ "ชมรมแพทย์ชนบท" โดย นพ.เกรียงศักดิ์ วัชรนุกูลเกียรติ ประธานชมรมแพทย์ชนบท แสดงออกเชิงสัญลักษณ์ด้วยการนัดรวมตัวแต่งดำและขู่ว่าจะยื่นหนังสือคัดค้านต่อ น.ส.ยิ่งลักษณ์ ชินวัตร นายกรัฐมนตรีในขณะนั้น เพื่อให้พิจารณาเปลี่ยนตัว รมว.สธ. คนใหม่ โดย นพ.เกรียงศักดิ์ ระบุว่านโยบายดังกล่าวไม่มีการรับฟังความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนได้เสียอย่างรอบด้าน[4]

จาก "พวงบริการ" สู่ "เขตสุขภาพ"

ความเห็นต่างต่อนโยบาย "พวงบริการ" ในสมัยรัฐบาล น.ส.ยิ่งลักษณ์ ทำให้บรรยากาศตึงเครียดขึ้นตามลำดับ และเกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้ นพ.ณรงค์ ปรับเปลี่ยนนโยบายจาก "พวงบริการ" ไปสู่ "เขตสุขภาพ" และเริ่มพูดถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายงบประมาณอย่างต่อเนื่อง แต่สถานการณ์ความขัดแย้งทางการเมืองในช่วงปลายของรัฐบาลพรรคเพื่อไทยทำให้นโยบายในเรื่องนี้ต้องชะลอออกไป

ทั้งนี้ นโยบาย "เขตสุขภาพ" ที่ นพ.ณรงค์ ผลักดันผ่าน นพ.ประดิษฐ ในช่วงท้ายรัฐบาลเพื่อไทย ยังคงมีสาระสำคัญเดียวกันกับ "พวงบริการ" คือการใช้ทรัพยากรร่วมกัน ทว่าสิ่งที่แตกต่างกันคือกำหนดให้ "ผู้ตรวจราชการ สธ." เป็นซีอีโอ และให้มี "คณะกรรมการเขตสุขภาพ" (Area Health Board) เป็นกลไกหลัก ทำให้ สธ. ถูกวิจารณ์อย่างกว้างขวางว่าต้องการ "รวบอำนาจ" และดึงอำนาจจาก สปสช. กลับไปที่ สธ. ทั้งนี้ "คณะกรรมการเขตสุขภาพ" จะมีคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับเขตของ สปสช. ร่วมกับโครงสร้างใหม่อีก 2 ส่วน คือ 1) Provider Board หรือ บอร์ดฝ่ายผู้ให้บริการที่ "ผู้ตรวจฯ" เป็นหัวหน้า 2) Regulator Board หรือ บอร์ดฝ่ายผู้กำกับควบคุม ที่มี "สาธารณสุขนิเทศก์" นั่งหัวโต๊ะ แม้จะมีการแยกบทบาทกันอย่างชัดเจนไม่ขึ้นต่อกัน แต่ในความเป็นจริงประธานทั้ง 2 ส่วนต่างเป็นข้าราชการสังกัด สธ. เช่นเดียวกัน[5] อีกประเด็นหนึ่งที่สร้างปัญหาความขัดแย้งคือการพยายามปรับเปลี่ยนหลักการในการจัดสรรงบประมาณของ สปสช. โดยนโยบายเขตสุขภาพได้มีแนวคิดที่จะ "ยุบกองทุนย่อย" ของ สปสช. อย่างต่อเนื่อง โดย สธ.ต้องการยุบจาก 14 กองทุน ให้เหลือเพียง 4 กองทุน[6] เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการ แต่อาจส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการในกองทุนที่ถูกยุบได้

ภายหลังคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) เข้าควบคุมอำนาจการบริหารราชการแผ่นดิน และพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา เข้าดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี นพ.ณรงค์ ได้เดินหน้าผลักดันนโยบาย "เขตสุขภาพ" อย่างจริงจังและมีการพูดถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายงบประมาณจากเดิมจ่ายตรงไปยังโรงพยาบาล เป็นจ่ายไปยัง "เขตสุขภาพ" แล้วให้แต่ละเขตจัดสรรให้แต่ละพื้นที่เองตามความเหมาะสม รวมถึงแนวโน้มการยุบกองทุนย่อยของ สปสช. โดย สธ. เห็นว่าควรจัดสรรงบประมาณเป็น 4 หมวดแทนที่จะเป็นหมวดย่อยๆ มากมายเหมือนที่ผ่านมา ได้แก่ 1) หมวด

ผู้ป่วยใน 2) หมวดผู้ป่วยนอก 3) หมวดส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 4) หมวดเงินชดเชยตามมาตรา 41 พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยกองทุนโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงยังคงมี แต่ขอให้ยุบเป็นกองทุนเดียว[7] แนวคิดดังกล่าวนำมาซึ่งความไม่พอใจจากหลายภาคส่วน และนำไปสู่การคัดค้านนโยบาย "เขตสุขภาพ" จากหลายองค์กร

กระแสคัดค้านนโยบาย "เขตสุขภาพ"

นโยบายดึงอำนาจในการจัดสรรงบประมาณไปที่ "เขตสุขภาพ" สร้างความกังวลและกระแสการคัดค้านจากหลายฝ่าย เนื่องจากเป็นการดึงอำนาจกลับไปที่กระทรวงสาธารณสุขและเป็นการรวมศูนย์อำนาจผู้ให้บริการและผู้จัดหาบริการเข้าด้วยกัน ซึ่งอาจไม่เป็นผลดีกับผู้รับบริการ

คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้สรุปทิศทางการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยจากเวทีการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 โดยมีมติว่าระบบสุขภาพเป็นเรื่องใหญ่ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้โดยหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง จำเป็นต้องใช้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การรวมศูนย์อำนาจในการบริหารที่ สธ. เรียกร้องอยู่นี้จึงไม่ใช่คำตอบ และอาจทำให้เกิดความขัดแย้งในระบบสุขภาพมากขึ้น[8]

ภาคประชาชนบางกลุ่ม เช่น **"กลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพ"** ได้สะท้อนจุดยืนคัดค้านผ่าน แสงศิริ ตรีมรรคา ผู้ประสานงานกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพที่ระบุว่ากรณีที่ สธ. ขอให้ สปสช. ส่งงบเหมาจ่ายตรงไปยังเขตสุขภาพยังขาดความชัดเจนในการกระจายงบไปยังหน่วยบริการ ว่าจะใช้หลักการใดจัดสรร จะยังคงคิดตามหัวประชากรหรือไม่ หรือมีหลักวิชาการใดรองรับเพื่อกระจายงบ ซึ่งอาจทำให้เกิดการกระจายงบที่ไม่เหมาะสมได้

"เช่นเดียวกับขอให้ สปสช. ยุบกองทุนย่อย ทั้งกองทุนโรคเรื้อรังและโรคที่มีค่าใช้จ่ายสูงไปรวมไว้ในงบเหมาจ่าย ที่อาจทำให้หน่วยบริการลังเลการดูแลผู้ป่วยเพราะต้องมีค่าใช้จ่ายที่สูง ซึ่งข้อเสนอของ สธ.นี้ นอกจากไม่เป็นตาม พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว ยังจะส่งผลกระทบต่อหน่วยบริการ รวมถึงประชาชน 49 ล้านคน ในฐานะผู้รับบริการรักษาพยาบาลได้ ซึ่งทางกลุ่มคนรักหลักประกันสุขภาพไม่เห็นด้วย"[9]

ทางด้าน ดร.อัมมาร สยามวาลา อดีตประธานสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ให้ความคิดเห็นว่า "ผมคิดว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าดีอยู่แล้ว การยกเลิกคงเป็นไปไม่ได้ และทางการเมืองไม่มีทางเกิดขึ้น แต่เมื่อมีแล้วจะมุ่งหน้าอย่างไร ยอมรับว่าหลังมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า งบลงทุนกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ลดลงไปมาก ส่งผลต่อการบริการประชาชน รัฐต้องใส่งบเพิ่มเติมส่วนนี้จึงนำมาสู่ข้อเสนอปรับจัดสรรงบเหมาจ่ายลง และเกิดข้อถกเถียงระหว่าง สธ. และ สปสช. ขณะนี้ แต่ผมมองว่า ไม่ว่าเงินจะอยู่ไหน ไม่ควรเป็นประเด็นหลัก แต่ควรตั้งโจทย์ว่าจะจัดบริการอย่างไรจึงเหมาะสม และประชาชนได้ประโยชน์มากที่สุด"[10]

ขณะที่ สปสช. ซึ่งเดิมสงวนท่าทีมาโดยตลอด ก็เริ่มตอบโต้ผ่านสื่อสาธารณะ ด้วยการเปิดแถลงข่าวว่าปลัด สธ. ให้ร้ายการบริหารงบกองทุนหลักประกันสุขภาพ และมีการตัดตอนข้อมูลเพียงบางส่วนทำให้สังคมเกิดความเข้าใจผิด โดยหวังรวมศูนย์การจัดสรรงบประมาณที่ สธ. และพยายามลดบทบาทและหลักการของ พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[11]

รมว.สธ. ดันฝันแนวคิด นพ.ณรงค์

ความขัดแย้งระหว่าง สธ. กับ สปสช. ขมึงเกลียวขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดย นพ.ณรงค์ ได้เดินสายทั่วประเทศวิจารณ์การบริหารงานที่ไร้ประสิทธิภาพของ สปสช. ว่าเป็นต้นเหตุให้โรงพยาบาลขาดทุน พร้อมกันนี้ได้ออกคำสั่งห้ามสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เข้าประชุมร่วมกับ สปสช. จนกว่า สปสช. จะยอมโอนงบประมาณปี 2558 ไปยัง "เขตสุขภาพ" ของ สธ. แต่ความพยายามของ นพ.ณรงค์ ได้สร้างแรงกดดันให้กับ นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รมว.สธ. ซึ่งต้องรับแรงเสียดทานจากหลายฝ่ายจนในที่สุด นพ.รัชตะ ในฐานะประธานบอร์ด สปสช. ด้วย ก็ได้ตัดสินใจในที่ประชุมบอร์ด สปสช. เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2557 มีมติยืนกรานให้ "จ่ายเงินตรงไปยังหน่วยบริการ" เช่นเดิม[12] โดย นพ.รัชตะ กล่าวว่า ยังเร็วเกินไปที่จะจัดสรรงบประมาณในรูปแบบใหม่ตามที่ นพ.ณรงค์

เสนอ ดังนั้น ไตรมาส 2 ของปี 2558 จะยังใช้การจัดสรรงบประมาณในหลักการเดิมไปก่อน แต่ได้มอบหมายให้ คณิศ แสงสุพรรณ กรรมการบอร์ด สปสช. "ทดลอง" จัดสรรงบประมาณในรูปแบบใหม่ด้วยการทำ "บัญชีเสมือน" ใน 2 เขต และให้สรุปผลเสนอบอร์ดอีกครั้งภายใน 1 เดือน[13]

สำหรับข้อโจมตีของ นพ.ณรงค์ ที่ว่าเพราะการบริหารของ สปสช. ทำให้โรงพยาบาลสังกัด สธ. ขาดทุนกว่าร้อยแห่งนั้น นพ.รัชตะ ได้แต่งตั้งกรรมการขึ้นมาศึกษาในเรื่องนี้ โดยมี นพ.ยุทธ โพธารามิก แพทย์อาวุโส อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน และมีกรรมการจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) แต่เมื่อเรียกประชุมนัดแรก นพ.ยุทธ ในฐานะประธาน ได้ขอลาออก เนื่องจากทางฝ่าย สธ. ไม่มาประชุม และคงไม่มาตลอดไป เพราะได้ให้เหตุผลว่าได้ชี้แจงหมดทุกอย่างแล้ว ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องมานั่งประชุมกับกรรมการชุดนี้อีก[14]



แม้ นพ.รัชตะ จะส่งสัญญาณชัดเจนว่า ไม่ต้องการปฏิรูประบบประกันสุขภาพครั้งใหญ่ตามแนวนโยบาย "เขตสุขภาพ" ที่ดำเนินการโดย นพ.ณรงค์ ในขณะนี้ แต่ นพ.ณรงค์ ก็ยังคงเดินหน้าต่อไป และประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างแนวร่วมจากเครือข่ายสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง จนเกิดปัญหาการประสานงานและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ สปสช. ในที่สุด รัฐบาลประยุทธ์จึงได้ออกคำสั่งย้าย นพ.ณรงค์ ไปประจำสำนักนายกรัฐมนตรี ในฐานะผู้ทรงคุณวุฒิ โดยนายกรัฐมนตรีเป็นผู้ลงนามในคำสั่ง[15] ทำให้เกิดกระแสต่อต้านการโยกย้ายดังกล่าวจากเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวนมาก โดยมีผู้มารวมกลุ่มให้กำลังใจ นพ.ณรงค์ ที่กระทรวงสาธารณสุขจำนวนมาก

บทสรุป: ที่ยังต้องติดตามต่อไป

นโยบายเขตสุขภาพถือกำเนิดขึ้นมาท่ามกลางความขัดแย้งระหว่าง สธ. และ สปสช. ทั้งในเรื่องอำนาจการจัดสรรงบประมาณ และแนวทางในการจัดสรรงบประมาณของระบบประกันสุขภาพ แม้ส่วนหนึ่งของปัญหาที่เกิดขึ้นจะมีพื้นฐานมาจากงบประมาณด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะค่าใช้จ่ายรายหัวที่ไม่เพียงพอจากการจัดสรรงบประมาณของรัฐที่ต่ำเกินไป ทำให้เกิดปัญหาการขาดทุนในโรงพยาบาลหลายแห่ง แต่ปัญหาอีกส่วนหนึ่งก็คือข้อคิดเห็นที่แตกต่างในเรื่องการกำหนดบทบาทหน้าที่และการจัดสรรงบประมาณของหน่วยงานหลักด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ ความแตกต่างเรื่องนโยบายการจัดสรรงบประมาณให้กับกองทุนต่างๆ ก็เป็นพื้นฐานความขัดแย้งที่ยังไม่หายไปไหน การย้าย นพ.ณรงค์ อาจช่วยลดอุณหภูมิความขัดแย้งเรื่องระบบประกันสุขภาพ แต่ยังมิใช่การแก้ปัญหาที่ยังดำรงอยู่ การปฏิรูประบบประกันสุขภาพในอนาคตเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพการให้บริการด้านสาธารณสุขควบคู่ไปกับการเพิ่มงบประมาณรายหัวเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ประชาชนในฐานะผู้รับบริการได้รับการคุ้มครองในเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาลอย่างแท้จริง



http://cdn.gotoknow.org/assets/media/files/001/017/373/original_DSCN6057.JPG?1399692093

8 แผ่นดินไหวเชียงราย ผลกระทบต่อชุมชน และการจัดการปัญหา

เหตุการณ์แผ่นดินไหวอย่างรุนแรงถึงขนาด 6.3 ริกเตอร์ เมื่อ 5 พฤษภาคม 2557 ที่จังหวัดเชียงรายสามารถรับรู้ได้ถึงแรงสั่นสะเทือนทั่วทั้งภาคเหนือและภาคอีสานบางส่วน รวมทั้งผู้ที่อาศัยในอาคารสูงในกรุงเทพฯ ซึ่งเกิดจากการเคลื่อนตัวของกลุ่มรอยเลื่อนพะเยา แผ่นดินไหวดังกล่าวได้สร้างความเสียหายแก่อาคารบ้านเรือน โรงเรียน โรงพยาบาล ภาคธุรกิจ โบราณสถาน ถนนและเส้นทางคมนาคมในจังหวัดเชียงราย รวมทั้งส่งผลกระทบเป็นวงกว้างแก่ประชาชนถึง 7 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ พะเยา น่าน แพร่ ลำปาง และกำแพงเพชร ภายหลังการเกิดแผ่นดินไหวครั้งใหญ่ได้เกิดแรงสั่นสะเทือน (Aftershock) อีกกว่า 1,200 ครั้ง[1] ต่อมาเมื่อวันที่ 12 พฤษภาคม 2557 ศูนย์อำนวยการเฉพาะกิจแผ่นดินไหวจังหวัดเชียงรายได้สรุปสถานการณ์พื้นที่ประสบภัยว่ามีพื้นที่ประสบภัยพิบัติรวมทั้งสิ้น 7 อำเภอ 50 ตำบล 609 หมู่บ้าน บ้านเรือนเสียหายรวม 8,935 หลังและมีผู้เสียชีวิต 1 คน[2] เหตุการณ์แผ่นดินไหวรุนแรงครั้งนี้ได้ส่งผลกระทบต่อชุมชนในภาคเหนือรวมทั้งสร้างความตื่นตระหนกให้แก่ผู้ที่อาศัยอยู่ในบริเวณรอยเลื่อนต่างๆ ของไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้



ภาพผลกระทบจากเหตุการณ์แผ่นดินไหว จังหวัดเชียงราย

http://www.oknation.net/blog/hothothot/2014/05/05/entry-1

แผ่นดินไหวขนาดใหญ่ที่ จ.เชียงราย

เหตุการณ์แผ่นดินไหวเมื่อ 5 พฤษภาคม 2557 เกิดขึ้นเวลา 18.08 น. จากการคำนวณเบื้องต้นพบว่าจุดศูนย์กลางอยู่บริเวณตำบลทรายขาว อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ความรุนแรง 6.3 ริกเตอร์ อยู่ที่ความลึก 7 กิโลเมตรมีความรุนแรงระดับ VIII ตามมาตราเมอร์คัลลี่) ต่อมาสำนักเฝ้าระวังแผ่นดินไหวได้วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า พิกัดมีการเปลี่ยนแปลงจากตำแหน่งเดิมประมาณ 8 กิโลเมตร ที่ระดับความลึก 2 กิโลเมตร ที่ตำบลจอมหมอกแก้ว อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย แผ่นดินไหวครั้งนี้จัดว่าเป็นแผ่นดินไหวตื้น ทำให้ประชาชนรู้สึกได้ถึงความสั่นไหวในหลายพื้นที่ของภาคเหนือโดยเฉพาะบริเวณจังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง น่าน พะเยา รวมถึงเลยและหนองคายในภาคอีสาน แม้แต่อาคารสูงหลายแห่งในกรุงเทพฯ ก็ยังรู้สึกสั่นไหว เนื่องจากกรุงเทพฯ ตั้งอยู่บนชั้นดินอ่อนซึ่งมีคุณลักษณะในการขยายแรงสั่นสะเทือนของแผ่นดินไหวได้ถึง 3 – 4 เท่า เหตุการณ์ครั้งนี้ทำให้มีผู้เสียชีวิต 1 คน บาดเจ็บมากกว่า 100 คน และสร้างความเสียหายกับบ้านเรือนและสิ่งปลูกสร้างเป็นจำนวนมากในบริเวณกว้าง รวมทั้งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพพื้นดินในลักษณะต่างๆ เช่น รอยแยกของพื้นดิน หลุมยุบ และน้ำผุดขึ้นมากจากบ่อน้ำผิวดิน[3] เป็นต้น



ยอดฉัตร วัดร่องขุน เอียงจากเหตุการณ์แผ่นดินไหว

https://dpmcr.wordpress.com

รอยเลื่อนในประเทศไทย

ข้อมูลจากกรมทรัพยากรธรณีพบว่าไทยมีแนวรอยเลื่อนมีพลังใหญ่ๆ อยู่หลายแนวกว่าสิบแห่ง สามารถจัดกลุ่มรอยเลื่อนที่สำคัญได้ 3 แนว ตามทิศทางการวางตัวและการเคลื่อนที่ คือกลุ่มรอยเลื่อนที่วางตัวในแนวทิศตะวันออกเฉียงเหนือ – ตะวันตกเฉียงใต้ กลุ่มรอยเลื่อนที่วางตัวในทิศตะวันตกเฉียงเหนือ – ตะวันออกเฉียงใต้ และกลุ่มรอยเลื่อนที่วางตัวอยู่ในทิศเหนือ – ใต้[4] โดยส่วนใหญ่อยู่ในภาคเหนือและภาคตะวันตก เช่น รอยเลื่อนแม่จันและแม่อิง รอยเลื่อนแม่ทา รอยเลื่อนเถิน รอยเลื่อนพะเยา รอยเลื่อนปัว รอยเลื่อนอุตรดิตถ์ รอยเลื่อนศรีสวัสดิ์ เป็นต้น ดังตารางต่อไปนี้

รอยเลื่อนมีพลังในประเทศไทย	
รอยเลื่อน	จังหวัด
แม่จันและแม่อิง	เชียงราย และเชียงใหม่
แม่ฮ่องสอน	แม่ฮ่องสอน และตาก
เมย	ตาก และกำแพงเพชร
แม่ทา	เชียงใหม่ ลำพูน และเชียงราย
เถิน	ลำปาง และแพร่
พะเยา	ลำปาง เชียงราย และพะเยา
ปัว	น่าน
อุตรดิตถ์	อุตรดิตถ์
เจดีย์สามองค์	กาญจนบุรี และราชบุรี
ศรีสวัสดิ์	กาญจนบุรี และอุทัยธานี
เพชรบูรณ์	เพชรบูรณ์
ระนอง	ประจวบคีรีขันธ์ ชุมพร ระนองและพังงา
คลองมะรุ่ย	สุราษฎร์ธานี กระบี่ และพังงา

ผลกระทบต่อชุมชนและการจัดการปัญหา

เหตุการณ์แผ่นดินไหวดังกล่าวส่งผลให้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต และทำให้ผู้ที่ประสบภัยได้รับความเดือดร้อนจากการไม่มีที่อยู่อาศัยและขาดปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต เช่น น้ำดื่ม อาหาร ไฟฟ้า น้ำประปา และสูญเสียทรัพย์สินเป็นจำนวนมาก อาคารต่างๆ ของภาครัฐ โรงเรียน โรงพยาบาล รวมทั้งภาคธุรกิจต่างได้รับความเสียหาย ระบบสาธารณูปโภคได้แก่ ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ ได้รับ

แผนที่รอยเลื่อนในประเทศไทย



http://www.dmr.go.th/images/active_fault-2012_table.pdf

ความเสียหาย และเส้นทางคมนาคมชำรุด ส่วนประชาชนในหลายพื้นที่ต้องดำรงชีวิตอยู่ด้วยความหวาดระแวงต่อเหตุการณ์แผ่นดินไหวที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ในช่วงเวลาที่ไล่เลี่ยกัน ทำให้ชาวบ้านไม่กล้าเข้าพักอาศัยในบ้านของตนเอง ท่ามกลางความหวาดกลัวจากข่าวลือต่างๆ เช่น เขื่อนแม่สรวยที่อาจพังเนื่องจากเกิดรอยร้าว

กรมทรัพยากรธรณี หน่วยงานภาครัฐ และหน่วยงานเอกชนจำนวนมากได้ลงพื้นที่เพื่อฟื้นฟูและเยียวยาผู้ประสบภัยอย่างเร่งด่วน โดยให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การแจกสิ่งของอุปโภคบริโภคและถุงยังชีพ การแจกอุปกรณ์สำหรับซ่อมแซมอาคารสถานที่ เช่น ปูน ฝ้าเพดาน และกระเบื้อง การช่วยเหลือด้านกำลังทรัพย์ และการส่งกำลังเจ้าหน้าที่เข้าไปดำเนินกิจกรรมจิตอาสา อาทิ การตรวจตราและซ่อมแซมอาคารสถานที่ ซ่อมแซมเส้นทางคมนาคม รื้อถอนซากปรักหักพัง ซ่อมแซมระบบสาธารณูปโภค และเยียวยาสุขภาพจิตเพื่อบรรเทาความหวาดวิตกของผู้ประสบภัย เป็นต้น[5]



http://fanthai.com/?p=99647



http://image.bangkokbiznews.com/media/images/size5/2014/05/06/5kagh8ajbg7kbkibag986.jpg

การเตรียมพร้อมรับมือเหตุการณ์แผ่นดินไหวในอนาคต

เหตุการณ์แผ่นดินไหวที่ภาคเหนือหรือพื้นที่อื่นๆ บริเวณใกล้รอยเลื่อนมีโอกาสเกิดขึ้นอีกในอนาคต และอาจก่อให้เกิดภัยพิบัติที่รุนแรงหากไม่มีการเตรียมพร้อมรับมือที่ดีทั้งในระดับภาครัฐ เอกชน และประชาชนทั่วไป เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจึงมีนโยบายเตรียมความพร้อมตั้งแต่กระบวนการดำเนินการก่อนเกิดภัย ขณะเกิดภัยและหลังเกิดภัย ทุกจังหวัดที่มีรอยเลื่อนแผ่นดินไหวที่มีพลังจะต้องเตรียมการป้องกันและแก้ไขปัญหาภัยจากแผ่นดินไหวและอาคารถล่ม เช่นการประเมินความเสี่ยงและการจัดทำบัญชีหมู่บ้านและชุมชนที่มีความเสี่ยง การเผยแพร่และเสริมสร้างองค์ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเกิดแผ่นดินไหวและอาคารถล่ม ส่วนกรมอุตุนิยมวิทยาและกรมทรัพยากรธรณีคงต้องถอดบทเรียนแผ่นดินไหวครั้งนี้ เพราะมีหลายอย่างที่ไม่เป็นไปตามความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เดิม และเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ โอกาส รวมทั้งแนวทางการรับมือให้กับภาคประชาชน นอกจากนี้ ส่วนราชการ หน่วยงาน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องประเมินและระบุระดับความเสี่ยงของสิ่งก่อสร้าง ความเสียหายของถนน สะพาน สถานที่ราชการ วัด โบราณสถาน โรงเรียน อาคารสิ่งปลูกสร้าง ฯลฯ ในพื้นที่เมื่อเกิดภัย และเฝ้าระวังสิ่งก่อสร้างขนาดใหญ่ เช่น ป้ายโฆษณา และเขื่อน อีกทั้งประชาสัมพันธ์ให้ผู้อยู่อาศัยบริเวณหน้าผาและที่ลาดเชิงเขาระมัดระวังพื้นที่ที่อาจเกิดแผ่นดินถล่ม หากพบความเสี่ยงก็ต้องสั่งการให้อพยพประชาชนออกจากพื้นที่เสี่ยงภัยทันที และตั้งศูนย์พักพิงชั่วคราวเพื่อรองรับประชาชนดังกล่าวด้วย[6]

บทส่งท้าย

แม้ว่าในประเทศไทยจะมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์แผ่นดินไหว ตลอดจนแผนแม่บทและแผนปฏิบัติการอยู่มากมาย แต่การเกิดแผ่นดินไหวก็ยังเป็นสิ่งที่ไม่อาจทำนายได้อย่างแม่นยำ ประชาชนเองจึงควรตั้งตนอยู่บนความไม่ประมาท หมั่นหาความรู้รอบตัวเกี่ยวกับภัยพิบัติทางธรรมชาติอยู่เสมอ และมีสติพร้อมที่จะรับมือหากต้องเผชิญกับสถานการณ์อันตรายอย่างไม่คาดฝัน สิ่งนี้เองจะช่วยลดโอกาสการเป็นผู้ประสบภัย อีกทั้งยังนำพาให้เกิดความปลอดภัยอย่างสูงที่สุดแก่ตนเองและสังคม ส่วนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องก็ต้องกำชับและกำกับการก่อสร้างบ้านเรือนและสิ่งปลูกสร้างที่สามารถรับสถานการณ์แผ่นดินไหวได้ โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงภัย ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ประชาชนในพื้นที่ และเตรียมพร้อมแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือเยียวยาผู้ประสบภัยหากเกิดเหตุดังกล่าวขึ้น

9



เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน: เหรียญสองด้านที่พึงตระหนัก

ในช่วงปลายปี 2558 ประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จะก้าวเข้าสู่การเป็นประชาคมอาเซียนโดยสมบูรณ์ แต่ละประเทศจึงกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมให้เกิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจและสร้างความเชื่อมโยงในภูมิภาคอาเซียน โดยเฉพาะกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดต่อกัน เพื่ออำนวยความสะดวกในด้านการค้า การลงทุน การเคลื่อนย้ายเงินทุน แรงงาน เทคโนโลยีและปัจจัยการผลิตต่างๆ

ประเทศไทยในสมัยรัฐบาลพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้ประกาศนโยบายทางเศรษฐกิจสำคัญนโยบายหนึ่งเพื่อส่งเสริมความร่วมมือทางด้านการค้าและการลงทุนกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดต่อกัน และเป็นการเสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันของประเทศ อันเนื่องมาจากปัญหาต้นทุนการผลิตของไทยที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จนเกิดการย้ายฐานการผลิตของภาคอุตสาหกรรมไปยังประเทศเพื่อนบ้าน นโยบายดังกล่าวคือ การจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษ (Special Economic Zone: SEZ) ในพื้นที่ชายแดนที่ติดต่อกับลาว เมียนมาร์ กัมพูชา และมาเลเซีย[1] ซึ่งจะมีลักษณะที่แตกต่างจากเขตเศรษฐกิจพิเศษที่เคยจัดตั้งบริเวณนิคมอุตสาหกรรมของพื้นที่ชายฝั่งทะเลตะวันออกซึ่งเป็นพื้นที่ด้านในของประเทศ ทำให้การควบคุมการเคลื่อนย้ายสินค้า แรงงาน และการจัดการผลกระทบต่างๆ ไม่ซับซ้อนมากนัก

ประเทศไทยกับการจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษ

เขตเศรษฐกิจพิเศษในระยะเริ่มแรกของโลก ได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อกระตุ้นการค้าระหว่างเมืองท่าที่ได้รับการยกเว้นภาษี ต่อมาการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษเป็นไปเพื่อ



เอื้อประโยชน์ทั้งภาคการค้าและภาคการผลิต โดยอาศัยคุณลักษณะทางกายภาพและศักยภาพของพื้นที่นั้นๆ โดยประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ให้แรงจูงใจทั้งสิทธิประโยชน์ทางภาษีและที่มิใช่ภาษีเพื่อกระตุ้นการลงทุนจากต่างประเทศและเพิ่มอัตราการจ้างงาน โดยเขตเศรษฐกิจพิเศษในประเทศอาเซียนส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นอุตสาหกรรมที่ใช้แรงงานที่มีทักษะต่ำรวมทั้งอุตสาหกรรมแปรรูปเพื่อการส่งออก[2]

ที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีนโยบายจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษในรูปแบบของนิคมอุตสาหกรรมตามนโยบายส่งเสริมการลงทุนของสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน (Board of Investment: BOI) ภายใต้ พ.ร.บ.ส่งเสริมการลงทุน พ.ศ. 2520[3] แต่ในส่วนของเขตเศรษฐกิจพิเศษบริเวณชายแดนไทยนั้นเริ่มจากโครงการที่ผลักดันโดยธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย (Asian Development Bank: ADB) ภายใต้กลยุทธ์การส่งเสริมการใช้ประโยชน์จากโครงการระเบียงเศรษฐกิจ (Economic Corridors) โดย ADB ได้บรรจุแผนการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษไว้เป็นแผนปฏิบัติการ และให้การสนับสนุนทางการเงินในการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการเชื่อมต่อเขตเศรษฐกิจพิเศษต่างๆ ในอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขงเข้าด้วยกัน รวมทั้งพัฒนาระบบขนส่งเพื่อเชื่อมโยงเขตเศรษฐกิจพิเศษกับท่าเรือและจุดกระจายสินค้าและตลาดปลายทาง[4]

ต่อมา นโยบายเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน มีความชัดเจนมากขึ้นภายใต้การดำเนินงานของคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ซึ่งจัดให้มีการประชุมคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (กนพ.) โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ซึ่ง กนพ.ได้เห็นชอบให้มีการพัฒนาพื้นที่ที่มีศักยภาพเหมาะสมในการจัดตั้งเป็นเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษระยะแรกของไทยใน 5 พื้นที่ชายแดนเพื่อให้สามารถก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียนได้อย่างสมบูรณ์ในปี 2558 ได้แก่ อ.แม่สอด จ.ตาก, อ.อรัญประเทศ จ.สระแก้ว, พื้นที่ชายแดน จ.ตราด, พื้นที่ชายแดน จ.มุกดาหาร และ อ.สะเดา จ.สงขลา (ด่านสะเดาและด่านปาดังเบซาร์)[5] และเมื่อวันที่ 19 มกราคม 2558 นายกรัฐมนตรีในฐานะประธาน กนพ. ได้ลงนามเพื่อกำหนดเขตเศรษฐกิจพิเศษในพื้นที่ 36 ตำบล บริเวณสิบอำเภอของห้าจังหวัดชายแดนข้างต้น กินพื้นที่รวม 1.83 ล้านไร่[6]

แนวทางการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน

วัตถุประสงค์ของการจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษตามที่ กนพ. ระบุไว้[7] ได้แก่ ดึงดูดการลงทุนโดยตรงจากต่างประเทศ เพิ่มขีดความสามารถของประเทศ กระจายความเจริญสู่ภูมิภาคเพื่อลดความเหลื่อมล้ำ ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนและแก้ปัญหาความมั่นคง โดยมีหลักเกณฑ์สนับสนุนการจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษ 4 เรื่อง ได้แก่ (1) สิทธิประโยชน์ทางการลงทุน (2) การให้บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) (3) มาตรการสนับสนุนการใช้แรงงานต่างด้าว และ (4) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและด่านศุลกากร ทั้งนี้จะมีการมุ่งเน้นกิจกรรมทางเศรษฐกิจที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เช่น พื้นที่ อ.แม่สอด เป็นศูนย์กลางอุตสาหกรรมที่ใช้แรงงานเข้มข้น พื้นที่ อ.สะเดา เป็นศูนย์กลางการขนส่งและโลจิสติกส์ เป็นต้น

เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน: เหรียญสองด้านที่พึงระวัง

เป็นที่แน่ชัดว่า เขตเศรษฐกิจพิเศษที่จัดตั้งขึ้นบริเวณพื้นที่ชายแดนมีจุดมุ่งหมายทางเศรษฐกิจเป็นหลัก จะเห็นได้จากปริมาณการค้าชายแดนของไทยที่มีมูลค่ามหาศาลในแต่ละปี โดยในปี 2556 มีมูลค่าการค้ารวม 924,237.06 ล้านบาท ซึ่งการค้าชายแดนไทย – มาเลเซียมีมูลค่าการค้าสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.4 ของการค้า

ชายแดนทั้งหมด[8] ประโยชน์อื่นๆ ที่ไทยคาดหวังจากเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนได้แก่ การดึงดูดแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านเพื่อแก้ปัญหาการขาดแคลนแรงงานอันเนื่องมาจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยของไทย[9] รวมทั้งการแก้ปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายและปัญหาการค้ามนุษย์ รวมทั้งช่วยลดความหนาแน่นของประชากรในเขตเมืองจากการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวเข้าสู่ภาคอุตสาหกรรมของไทย

แม้เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนอาจส่งผลดีทางเศรษฐกิจหลายประการ แต่นโยบายดังกล่าวยังมีประเด็นท้าทาย ซึ่งยังมีการพูดถึงไม่มากนักใน กนพ. โดยเฉพาะผลกระทบในเรื่องสุขภาพและสาธารณสุข ปัญหาสถานะบุคคลและการค้ามนุษย์ รวมทั้งประเด็นการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการกำหนดนโยบายสาธารณะที่มีผลกระทบในวงกว้าง ดังเช่นเรื่องนี้ สามารถสรุปประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาได้ดังนี้

(1) ปัญหาสถานะบุคคลและการค้ามนุษย์

สถานะบุคคลเป็นประเด็นปัญหาเรื้อรังยาวนาน โดยเฉพาะบริเวณชายแดนไทย การจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษในมุมหนึ่งอาจทำให้การแก้ปัญหาสถานะบุคคลสะดวกรวดเร็ว และเป็นระบบมากขึ้น แต่หากการบริหารจัดการขาดประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลเสียหายไม่แพ้กัน ทั้งนี้บุคคลที่มักเคลื่อนย้ายไปมาตามแนวชายแดนไทยกับประเทศเพื่อนบ้านบางส่วนเป็นแรงงานต่างด้าว บางส่วนเป็นผู้ติดตามแรงงาน บางส่วนเป็นผู้ที่ตกหล่นจากระบบทะเบียนราษฎรไทย หรือเดิมเคยมีญาติพี่น้องในเขตประเทศเพื่อนบ้านก่อนระบบปักปันเขตแดน ซึ่งยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาสถานะและสิทธิบุคคล พ.ศ. 2548 เรียกบุคคลกลุ่มนี้ว่า "ผู้มีปัญหาสถานะทางทะเบียน" การเปิดเขตเศรษฐกิจพิเศษอาจทำให้การจัดระเบียบสถานะบุคคลของประชากรเหล่านี้ซับซ้อนยิ่งขึ้น[10] เนื่องจากบทเรียนสำคัญของประเทศไทยคือ รัฐไทยยังไม่สามารถจัดการปัญหาสถานะบุคคลได้อย่างเป็นระบบและที่ผ่านมาเป็นเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าเท่านั้น

แม้รัฐบาลในยุค คสช. จะพยายามจัดการปัญหาแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย โดยออกประกาศให้นายจ้างหรือสถานประกอบการพาแรงงานต่างด้าวที่เข้าเมืองผิดกฎหมายมาขึ้นทะเบียนและขอใบอนุญาตทำงานในระบบ One Stop Service[11] ระหว่างวันที่ 2 กรกฎาคม ถึง 31 ตุลาคม 2557 ผลพบว่า มีแรงงานต่างด้าวมาขึ้นทะเบียนเพียง 1,626,235 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีผู้ติดตาม 92,560 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2557)[12] เทียบกับแรงงานต่างด้าวที่คาดว่าเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทย (ทั้งที่เข้าเมืองถูกกฎหมายและผิดกฎหมาย) จำนวนมากกว่า 3 ล้านคน[13] จึงมีความเป็นไปได้ว่ายังมีแรงงานต่างด้าวที่ตกหล่นและไม่ได้เข้าสู่ระบบทะเบียนอีกจำนวนมาก การเปิดเขตเศรษฐกิจพิเศษเพื่อรองรับแรงงานต่างด้าวในลักษณะเข้าไปเย็นกลับ หากขาดการบริหารจัดการที่ดีพอ อาจนำไปสู่ปัญหาการจัดการแรงงานต่างด้าวมากขึ้น เพราะแรงงานเข้าไปเย็นกลับมักเข้ามาในลักษณะของแรงงานนอกระบบ ซึ่งติดตามตัวมาขึ้นทะเบียนได้ยากลำบากกว่าแรงงานในสถานประกอบการ

นอกจากนี้ การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายด้วยการออกใบอนุญาตทำงานในระบบ One Stop Service เป็นเพียงส่วนหนึ่งของความพยายามแก้ไขปัญหา เนื่องจากแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายที่ได้เข้าชื่อในระบบทะเบียนราษฎร (ทร.38/1)[14] เหล่านี้จำเป็นต้องผ่านการพิสูจน์สัญชาติเพื่อให้ได้หนังสือเดินทางชั่วคราวและวีซ่าสำหรับการอยู่อาศัยในประเทศไทย โดยบทเรียนที่ผ่านมาพบว่า การแก้ปัญหาสถานะบุคคลยังมีลักษณะทำงานแบบแยกส่วน ในปี 2556 แรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายที่ขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาตทำงานซึ่งผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วมีจำนวนรวมสะสม 847,130 คน[15] แต่ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าแรงงานต่างด้าว


http://www.mol.go.th/sites/default/files/024.JPG

ที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วนี้ มีจำนวนเท่าใดที่กลับไปประเทศต้นทางหลังวีซ่าหมดอายุ นอกจากนั้นบุตรหลานของแรงงานต่างด้าวในไทยจำนวนไม่น้อยเป็นบุคคลไร้รัฐไร้สัญชาติ ซึ่งประเทศไทยเองก็ยังไม่มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจน ดังนั้น การเปิดศูนย์ One Stop Service ตามแนวทางเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนที่มุ่งเน้นเพียงการลงทะเบียนแรงงานที่เข้าสู่ตลาดในประเทศ โดยไม่ได้พิจารณาถึงการแก้ปัญหาสถานะบุคคลให้ครอบคลุมทั้งระบบ อาจก่อให้เกิดปัญหาในระยะยาว คือมีแรงงานที่ไม่กลับเข้าไปประเทศต้นทางมากยิ่งขึ้น แรงงานเหล่านี้เป็นกลุ่มที่สุ่มเสี่ยงต่อขบวนการค้ามนุษย์และนายหน้าที่หาประโยชน์อย่างไม่เป็นธรรม

(2) ปัญหาด้านสาธารณสุขและการประกันสุขภาพ

ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขเป็น 'เจ้าภาพ' หลักในการจัดการประกันสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมายในประเทศไทย โดยมีนโยบาย 'ขาย' บัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ซึ่งแรงงานต่างด้าวกลุ่มนี้คือแรงงานที่อยู่ระหว่างขั้นตอนการพิสูจน์สัญชาติและกลุ่มแรงงานนอกระบบ เช่น กิจการประมง คนรับใช้ในบ้าน หรือแรงงานตามฟาร์มเกษตรกรรม ในขณะที่แรงงานในระบบตามสถานประกอบการที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย โดยหลักการแล้วจะต้องประกันตนในระบบประกันสังคม[16]

อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติพบว่า แรงงานที่ประกันตนกับกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้วเข้าประกันตนกับระบบประกันสังคมน้อยกว่าที่คาดไว้มาก[17] เนื่องจากประสบปัญหาหลายประการ เช่น แรงงานต่างด้าวและนายจ้างหลีกเลี่ยงที่จะจ่ายเงินสมทบรายเดือน เป็นต้น ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้แก้ปัญหาเฉพาะหน้าโดยการ 'ขาย' บัตรประกันสุขภาพให้กับแรงงานที่ตกหล่นจากระบบประกันสังคม แต่นโยบายดังกล่าวเป็นระดับประกาศกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ไม่ใช่นโยบายระดับพระราชบัญญัติดังเช่นระบบประกันสังคม ทำให้เป็นมาตรการเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะหน้าซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องการดำเนินงาน

ยังไม่เป็นที่ชัดเจนว่า เมื่อเปิดเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนแล้ว ระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวจะเป็นไปในทิศทางใด เพราะระบบการขายบัตรประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้เฉพาะแรงงานที่มีใบอนุญาตทำงานเท่านั้น โดยครอบคลุมระยะเวลา 3 เดือน, 6 เดือน หรือ 1 ปี หากเปิดเขตเศรษฐกิจพิเศษแล้ว มีแรงงานที่ข้ามไปมาระหว่างพรมแดนในลักษณะเช้าไปเย็นกลับมากขึ้น จะมีมาตรการอย่างไรในการบังคับประกันสุขภาพ และสิทธิประโยชน์ของแรงงานกลุ่มนี้ควรเป็นเช่นไร จึงมีคำถามว่า ประเทศไหนและใครจะเป็น 'เจ้าภาพ' ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ที่ผ่านมาพบว่า ในจังหวัดชายแดนล้วนมีแรงงานต่างด้าวที่ข้ามมารักษาพยาบาลโดยไม่มีสิทธิประกันสุขภาพใดๆ อยู่แล้ว เนื่องจากการข้ามพรมแดนทำได้ง่าย ทำให้สถานพยาบาลฝั่งไทยต้องแบกรับค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ตัวอย่างเช่น จ.ระนอง ต้องรับดูแลผู้ป่วยพม่าที่ข้ามมาจากเกาะสอง เขตตะนาวศรี จำนวนมาก ทำให้มีภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพกว่า 20 ล้านบาทต่อปี[18] หากไม่มีมาตรการเรื่องการประกันสุขภาพที่ชัดเจนจากภาครัฐ



http://www.thaihealth.or.th/data/content/24921/cms/e_befgmnoqtx89.jpg

การเปิดเขตเศรษฐกิจพิเศษอาจทำให้ภาระของสถานพยาบาลในการดูแลแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีสิทธิประกันสุขภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น และหากแรงงานเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้ ก็อาจก่อปัญหาสาธารณสุข เช่น โรคระบาด โรคอุบัติใหม่ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนไทย

สำหรับคนไทย การเปิดเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนอาจส่งผลให้แรงงานไทยจำนวนหนึ่งข้ามพรมแดนไปทำงาน

ในเขตประเทศเพื่อนบ้านมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะกิจการลงทุนของคนไทยและชาวต่างชาติซึ่งปัจจุบันภาครัฐยังไม่มีมาตรการที่ชัดเจนในการดูแลแรงงานไทยในต่างแดนในเรื่องการประกันสุขภาพ ประเทศไทยจึงควรศึกษาในเรื่องนี้เพื่อกำหนดนโยบายให้ชัดเจนต่อไป โดยอาจถอดบทเรียนจากประเทศอาเซียนอื่น เช่น ประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่งกำหนดให้แรงงานฟิลิปปินส์รวมถึงผู้ติดตาม ต้องซื้อประกันสุขภาพในระบบ Overseas Filipinos Program (OFP) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสุขภาพหลักของประเทศ ซึ่งคล้ายระบบประกันสังคมของไทยที่ผู้ประกันตนต้องสบทบเข้ากองทุนและอีกส่วนหนึ่งได้รับการสนับสนุนผ่านระบบภาษีของรัฐบาลโดยผู้ประกันตนต้องออกค่าใช้จ่ายก่อนแล้วจึงเบิกค่าใช้จ่ายกับ OFP ในภายหลัง[19] เรื่องนี้จึงเป็นประเด็นท้าทายที่คณะอนุกรรมการศูนย์บริการเบ็ดเสร็จด้านแรงงาน การสาธารณสุข และความมั่นคงของ กนพ. ไม่ควรมองข้าม

(3) ปัญหาสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัย และการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม

ถึงแม้ว่าระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ พ.ศ. 2556 เป็นเพียงกรอบการดำเนินการใน "เชิงรูปแบบ" เท่านั้นไม่ใช่หลักเกณฑ์และวิธีการในเชิงเนื้อหาสาระ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า องค์ประกอบของคณะอนุกรรมการที่ดำเนินงานเขตเศรษฐกิจภายใต้ กนพ. ไม่ปรากฏว่ามีตัวแทนภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างชัดเจน ดังนั้นเมื่อมีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่จริง ต้องคำนึงถึงหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืนที่มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างเกื้อกูล ที่ผ่านมาประเทศไทยมีบทเรียนอันเกิดจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่สร้างปัญหาสิ่งแวดล้อมและส่งผลกระทบไปสู่วิถีชีวิตชุมชนอยู่เสมอ เช่น ปัญหามลพิษจากการพัฒนาอุตสาหกรรมที่มาบตาพุด ปัญหามลพิษจากเหมืองและโรงไฟฟ้าถ่านหินที่แม่เมาะ ปัญหาแคดเมียมในนาข้าวที่ อ.แม่สอด ปัญหาโลหะหนักปนเปื้อนที่ลำพูน เป็นต้น[20]

แม้ที่ผ่านมา กฎหมายจะกำหนดให้โครงการและกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงต้องทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (Environmental Health Impact Assessment หรือ EHIA)[21] โดยจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน จากนั้นจึงส่งให้คณะกรรมการผู้ชำนาญการและคณะกรรมการองค์การอิสระด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (กอสส.) ให้ความเห็นก่อนจะดำเนินการโครงการเพื่อเป็นการรับรองสิทธิชุมชนตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ (พ.ศ. 2550) แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ยังมีช่องโหว่ในการดำเนินการอยู่มาก เช่น รายงานมีสาระเชิงวิชาการมากจนประชาชนทั่วไปอ่านเข้าใจยาก ยิ่งไปกว่านั้นการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น ก็มักเป็นการจัดเวทีให้ครบอย่างน้อย 3 ครั้ง ตามที่กฎหมายกำหนดโดยไม่ได้มุ่งให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับชุมชนท้องถิ่นอย่างแท้จริง ในบางกรณีก็ใช้ช่องโหว่ทางกฎหมาย โดยการลดขนาดของพื้นที่ หรือลดกำลังการผลิตของโครงการเพื่อหลีกเลี่ยงการทำรายงาน EIA และ EHIA[22] การจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษจึงควรถอดบทเรียนเรื่องปัญหาสิ่งแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของประชาชนในอดีตเพื่อให้มีความรัดกุม เหมาะสม และส่งผลให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนต่อไป[23]

บทสรุป

แม้รัฐบาลไทยจะให้ความสำคัญและเร่งรัดให้เกิดเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน เพื่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศในแนวทางที่สอดคล้องกับการรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียน แต่การดำเนินงานของนโยบายเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนควรดำเนินการโดยมีมาตรการรองรับที่รัดกุมเพื่อป้องกันผลกระทบทางลบที่อาจเกิดขึ้น เช่น ปัญหาแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย ปัญหาสถานะบุคคลและการค้ามนุษย์ ปัญหาความไม่ชัดเจนในระบบประกันสุขภาพ ปัญหาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดนโยบายสาธารณะและประเด็นเรื่องสิ่งแวดล้อม เป็นต้น มิฉะนั้นเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดนก็อาจกลายเป็น 'วิกฤต' ซึ่งซ้ำเติมปัญหาทางสังคมและสาธารณสุขที่มีอยู่เดิมให้รุนแรงและซับซ้อนยิ่งขึ้น

10 ปัญหาอาชญากรรม: หนามยอกอกการท่องเที่ยวไทย

เสียงร้องขอความช่วยเหลือจาก 2 นักท่องเที่ยวชาวอังกฤษที่ถูกฆาตกรรมบนเกาะเต่า อ.เกาะพงัน จ.สุราษฎร์ธานี ในช่วงกลางดึกของวันที่ 15 กันยายน 2557 เปรียบเสมือนเสียงที่ปลุกให้ทั่วโลกหันมาจ้องมองและตั้งคำถามเกี่ยวกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของนักท่องเที่ยวในประเทศไทย

เพียงวันเดียวหลังจากเกิดเหตุ 2 นักท่องเที่ยวชาวอังกฤษที่ถูกฆาตกรรมบนเกาะเต่า สื่อเดลิเมล์ของอังกฤษได้ประโคมข่าวเรื่องอันตรายของการท่องเที่ยวในประเทศไทย โดยข้อมูลจากกระทรวงการต่างประเทศของสหราชอาณาจักรเปิดเผยว่าตั้งแต่ปี 2552 เป็นต้นมา นักท่องเที่ยวชาวอังกฤษจำนวนถึง 11 คน ได้ถูกฆาตกรรมในประเทศไทย นอกจากนี้ ยังมีคดีข่มขืนอีก 11 คดี การทำร้ายร่างกาย 6 คดี และมีชาวอังกฤษที่ถูกนำตัวไปยังโรงพยาบาลด้วยสาเหตุต่างๆ จำนวน 267คน

คดีเกาะเต่ากับกระแสตื่นตัวอาชญากรรมท่องเที่ยว

เหตุการณ์ที่เกาะเต่าและการเปิดเผยข้อมูลอาชญากรรมด้านการท่องเที่ยวในประเทศไทยจากสื่อต่างๆ ทั่วโลกนำมาซึ่งภาพลักษณ์ทางลบเกี่ยวกับความปลอดภัยของนักท่องเที่ยวในประเทศไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความไม่มั่นใจต่อมาตรการรักษาความปลอดภัยของหน่วยงานภาครัฐ รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายซึ่งย่อหย่อนและขาดประสิทธิภาพจนคดีสะเทือนขวัญจำนวนหลายคดียังไม่ได้รับการสะสาง อาชญากรผู้ก่อเหตุยังคงไม่ถูกจับกุมและดำเนินคดี



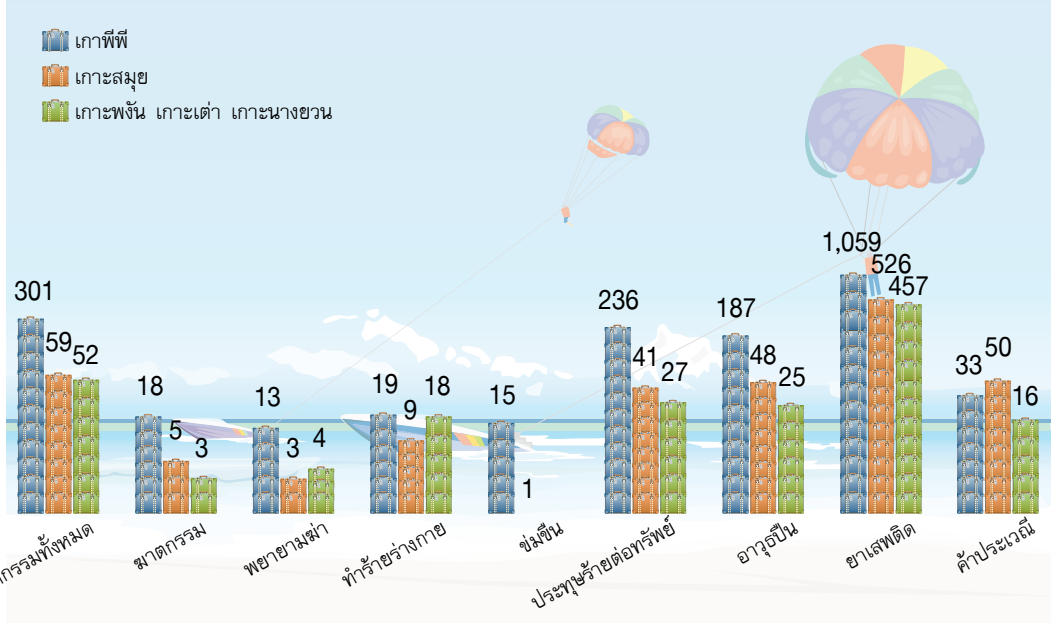
ความล่าช้าในการพิสูจน์ตัวผู้กระทำผิดในคดีเกาะเต่าทำให้สำนักข่าว CNN และเดอะมิเรอร์ ขุดคุ้ยคดีอาชญากรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับนักท่องเที่ยวต่างชาติในช่วงหลายปีที่ผ่านมา เพื่อเป็นการย้ำเตือนให้นักท่องเที่ยวทั่วโลกทราบถึงอันตรายจากการท่องเที่ยวในประเทศไทย ไม่ว่าจะเป็นคดีนักท่องเที่ยวชาวอเมริกันพร้อมลูกชายที่ถูกทำร้ายจนเสียชีวิตที่จังหวัดกระบี่ในเดือนกรกฎาคม 2556[1] คดีหนุ่มชาวอังกฤษที่ถูกฆาตกรรมบนหาดรินเกาะพงันในวันส่งท้ายปี 2555[2] คดีฆ่าชิงทรัพย์เจ้าของบริษัทนำเที่ยวของประเทศออสเตรเลียที่จังหวัดภูเก็ต[3] คดีข่มขืนนางแบบสาวชาวฮอลแลนด์ที่อ่าวพระนาง จังหวัดกระบี่[4] คดีนักท่องเที่ยวชาวออสเตรเลียร้องเรียนสื่อต่างประเทศว่าถูกตำรวจไทยยัดเยียดข้อหาและเรียกรับสินบนคดีนักท่องเที่ยวชาวออสเตรเลียเช่ารถจักรยานยนต์และถูกคนไทยชนท้ายทำให้เสียชีวิต แต่พนักงานสอบสวนกลับไม่แจ้งข้อหาคนไทยที่ขับรถชน รวมไปถึงคดีการทำร้ายร่างกายและปล้นทรัพย์ การหลอกลวงนักท่องเที่ยว การล้วงกระเป๋า กระชากกระเป๋า และการฉ้อโกงบัตรเครดิตที่เกิดขึ้นกับนักท่องเที่ยวในประเทศไทยบ่อยครั้งตามสถานที่ท่องเที่ยวยอดนิยมต่างๆ อาทิ เกาะสมุย ภูเก็ต เชียงใหม่ พัทยา และกระบี่ ซึ่งส่งผลให้ภาพลักษณ์ด้านการท่องเที่ยวของประเทศไทยติดลบในสายตาชาวโลก

พีพีกับสถิติอาชญากรรม 25 ครั้งต่อเดือน

จากสถิติการเกิดอาชญากรรมในพื้นที่ท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงทางทะเลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึง 30 กันยายน 2557 ได้แก่ เกาะพีพี เกาะสมุย เกาะพงัน เกาะนางยวน และเกาะเต่า ที่นับเฉพาะเหตุการณ์ที่ได้รับการแจ้งในพื้นที่รับผิดชอบของสถานีตำรวจภูธรในท้องที่รวบรวมโดยสำนักข่าวไทยพีบีเอสพบว่า ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมามีเหตุอาชญากรรมบนเกาะพีพีมากที่สุดเฉลี่ยเดือนละประมาณ 25 ครั้ง ขณะที่เกาะสมุย เกาะพงัน เกาะนางยวน และเกาะเต่า เกิดเหตุเฉลี่ยเดือนละประมาณ 5 ครั้ง ที่น่าสนใจคือ การจับกุมผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับคดียาเสพติด อาวุธปืน รวมไปถึงการประทุษร้ายต่อทรัพย์ที่มีจำนวนสูงจนน่าตกใจ อาทิ คดียาเสพติดในช่วงเวลา 1 ปีดังกล่าว มีมากถึงประมาณสองพันคดี คดีประทุษร้ายต่อทรัพย์กว่าสามร้อยคดี คดีฆาตกรรมมากถึง 26 คดี คดีข่มขืน 16 คดี (ดังปรากฏในรูปที่ 1) ซึ่งการกระทำผิดเหล่านี้อาจเป็นเหตุที่นำไปสู่อาชญากรรมขั้นร้ายแรงจนถึงชีวิตได้

ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ตำรวจผู้รับผิดชอบดูแลในพื้นที่ต่างให้ข้อมูลยืนยันว่า สถานที่ท่องเที่ยวที่เป็นเกาะมีอัตราการเกิดอาชญากรรมสูงกว่าสถานที่บนแผ่นดินใหญ่ สาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากนักท่องเที่ยวจากทั่วทุกมุมโลกที่ตั้งใจ

รูปที่ 1 สถิติอาชญากรรมบนแหล่งท่องเที่ยวประเภทเกาะที่สำคัญ



ที่มา : ข้อมูลจากการรวบรวมสถิติการเกิดอาชญากรรมในพื้นที่ท่องเที่ยวทางทะเล(เกาะ) จากทีมข่าวไทยพีบีเอส

มายังสถานที่เหล่านี้ก็เพราะแรงดึงดูดของกิจกรรมที่เสี่ยงต่ออาชญากรรม เช่น เทศกาลฟูลมูนปาร์ตี้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวพันกับสุรา และสุ่มเสี่ยงต่อปัญหายาเสพติด ความรุนแรง และการค้าบริการทางเพศ แต่คำถามที่สำคัญและท้าทายอำนาจของกฎหมายไทยคือ เหตุใดปัญหาอาชญากรรมเหล่านี้จึงไม่ได้รับการจัดการให้ดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ ทั้งๆ ที่สถานที่เหล่านี้ ล้วนแล้วแต่เป็นสถานที่มีชื่อเสียงและมีความอุดมสมบูรณ์ทางทรัพยากรธรรมชาติที่ดึงดูดใจนักท่องเที่ยวทั่วโลก เหตุใดภาครัฐจึงปล่อยปละละเลยให้อาชญากรรมหลากหลายรูปแบบที่กระทบต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของนักท่องเที่ยวฝังรากลึกเช่นนี้

เครือข่ายสังคมออนไลน์ กับการตื่นตัวเรื่องอาชญากรรม

จากคดีฆาตกรรม 2 นักท่องเที่ยวชาวอังกฤษที่เกาะเต่ากอปรกับเหตุการณ์ในลักษณะคล้ายคลึงกันที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งในอดีต ไม่เว้นแม้กระทั่งกับนักท่องเที่ยวชาวไทยเอง นำมาซึ่งความพยายามของหลายฝ่ายในการค้นหาความจริงปัจจัยที่สร้างความตื่นตัวให้กับสังคมอย่างเห็นได้ชัดคงหนีไม่พ้นกระแสการค้นหาข้อมูลในลักษณะการสืบสวนและร่วมแสดงความคิดเห็นผ่านเครือข่ายสังคมออนไลน์ (social networks) อย่างกว้างขวาง โดยกลุ่มนักท่องโลกออนไลน์จำนวนมากทั้งชาวไทยและต่างประเทศต่างตั้งคำถามเกี่ยวกับระบบการดูแลความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ต่อมาประเด็นได้ขยายวงกว้างออกไปเป็นความแคลงใจต่อความโปร่งใสในวิธีการสืบสวนของเจ้าหน้าที่รัฐ และความเป็นธรรมต่อผู้ถูกกล่าวหา โดยมีการตั้งข้อสังเกตที่เชื่อมโยงไปยังกลุ่มผู้มีอิทธิพลในพื้นที่ซึ่งอาจใช้อิทธิพลของตนเพื่อบิดเบือนกระบวนการยุติธรรมของรัฐ ไม่ว่าข้อสงสัยดังกล่าวจะมีข้อเท็จจริงมากน้อยเพียงใด สิ่งที่ปฏิเสธได้ยากก็คือการมีอยู่จริงของอิทธิพลท้องถิ่นที่เกี่ยวพันกับธุรกิจท่องเที่ยว

มาเฟียท่องเที่ยวกับปัญหาอาชญากรรม

ผลประโยชน์อันมหาศาลที่เกี่ยวพันกับธุรกิจท่องเที่ยวส่งผลให้ผู้ประกอบการและนายทุนทั้งชาวไทยและต่างชาติจำนวนไม่น้อยที่ตักตวงและหาผลประโยชน์จากธุรกิจท่องเที่ยวเพื่อสร้างรายได้อันสูงสุดให้ตน โดยพยายามช่วงชิงความได้เปรียบ หาช่องว่างทางกฎหมาย หรือแม้กระทั่งการใช้อิทธิพลหลากหลายรูปแบบ การรับสัมปทาน/ผูกขาดการใช้และบริหารจัดการทรัพยากรบนพื้นที่เฉพาะหรือรุกล้ำเขตหวงห้ามทั้งที่เป็นป่าไม้ ภูเขายอดดอย แหล่งน้ำ ชายหาด หรือแม้กระทั่งเขื่อนและเกาะแก่งต่างๆ และปรับเปลี่ยนสถานที่เหล่านั้นเพื่อรองรับธุรกิจการท่องเที่ยว การดำเนินการดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหา "มาเฟียท่องเที่ยว" ที่กลายเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติที่รอการจัดการอย่างเร่งด่วนจากภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ท่องเที่ยวอันเลื่องชื่อของไทย อาทิ ภูเก็ต พัทยา เชียงใหม่ หรือเกาะต่างๆ[5]

ปัญหามาเฟียท่องเที่ยวโดยเฉพาะมาเฟียข้ามชาติกำลังสร้างผลกระทบในวงกว้างต่อนักท่องเที่ยวและชุมชน



ท้องถิ่นจนนำไปสู่กระแสการต่อต้านที่รุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ในช่วงต้นปี 2557 กลุ่มผู้ประกอบการธุรกิจรถรับจ้าง ผู้ประกอบธุรกิจท้องถิ่น และประชาชนบางส่วนในเมืองภูเก็ต ได้ออกมาเรียกร้องให้ภาครัฐเร่งจัดการแก้ปัญหามาเฟียต่างชาติโดยเฉพาะผู้ประกอบการชาวรัสเซีย เกาหลี และจีน ที่เข้ามาแย่งอาชีพคนไทยและมีพฤติกรรมคุกคามนักท่องเที่ยว โดยจ้างคนไทยเป็นนอมินีเพื่อประกอบกิจการผิดกฎหมาย จนทำให้นายสมศักย์ ภูรีศรีศักดิ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา และนายธาริต เพ็งดิษฐ์ อธิบดีกรมสอบสวนคดีพิเศษ (ดีเอสไอ) ในขณะนั้นต้องลงพื้นที่เพื่อจัดการปัญหาดังกล่าวร่วมกับผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ต ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดภูเก็ต และตำรวจท่องเที่ยวจังหวัดภูเก็ต จนในที่สุดได้วางแนวทางแก้ปัญหาโดยการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการร่วมเพื่อป้องกันและปราบปรามผู้มีอิทธิพลที่เป็นภัยกับการท่องเที่ยว (ศป.อท.) ที่จังหวัดภูเก็ต แต่แนวทางดังกล่าวก็ยังคงเป็นเพียงความหวังที่รอให้เกิดการดำเนินการอย่างจริงจัง

ภายหลังการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในปี 2557 คณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้ออกมาตรการเพื่อจัดระเบียบสถานที่ท่องเที่ยวทางทะเลที่สำคัญ เช่น หาดพัทยา เกาะล้าน หาดบางแสน หาดหัวหิน โดยทำการปรับสภาพภูมิทัศน์ และจัดระเบียบผู้ประกอบการธุรกิจที่พัก ร้านอาหาร ธุรกิจเตียงผ้าใบ รวมถึงผู้ประกอบการรถเช่าและรถรับจ้างต่างๆ ที่มีพฤติกรรมเอารัดเอาเปรียบนักท่องเที่ยว นอกจากนี้กระทรวงมหาดไทยได้สั่งการให้ทุกจังหวัดเพิ่มระดับการดูแลความปลอดภัยให้แก่นักท่องเที่ยวและประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของตน อย่างไรก็ดี หากพิจารณาจากสภาพความเป็นจริงในปัจจุบันแล้ว คงต้องยอมรับว่าการจัดระเบียบดังกล่าว สามารถจัดการกับผู้ประกอบการรายย่อยที่ส่วนใหญ่เป็นคนไทยเท่านั้น ส่วนกลุ่มมาเฟียต่างชาติที่เป็นกลุ่มทุนใหญ่และมีระบบการดำเนินธุรกิจในพื้นที่แบบเบ็ดเสร็จก็ยังคงมีอิทธิพลและดำเนินธุรกิจที่สุ่มเสี่ยงต่อการละเมิดกฎหมายไม่ต่างจากเดิมนัก ทำให้ภาคประชาสังคมไม่แน่ใจว่าแนวทางดังกล่าวจะสามารถจัดการกับปัญหามาเฟียท่องเที่ยวได้อย่างจริงจัง

คสช. กับมาตรการกระตุ้นการท่องเที่ยว

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา สภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวแห่งประเทศ (สทท.) และสมาคมไทยธุรกิจการท่องเที่ยว (แอตต้า) ในฐานะที่เป็นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง ต่างออกมาแสดงความเป็นห่วงต่อแนวโน้มการท่องเที่ยวของประเทศไทยที่อาจได้รับผลกระทบจากภาพลักษณ์ทางลบต่อเหตุอาชญากรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นประกอบกับในช่วงปี 2557 ที่ผ่านมา จำนวนนักท่องเที่ยวที่เดินทางมาประเทศไทยมีจำนวนลดลงจากปัจจัยภายนอกที่เป็นผลกระทบจากการตกต่ำของภาวะเศรษฐกิจโลก รวมถึงปัจจัยภายในประเทศ อันได้แก่ การประกาศใช้กฎอัยการศึกทุกพื้นที่ จนรัฐบาลภายใต้การนำของ พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ต้องกระตุ้นเศรษฐกิจและการท่องเที่ยว เช่น การยกเว้นค่าธรรมเนียมการตรวจลงตราประเภทนักท่องเที่ยว (Tourist Visa) ที่ถือหนังสือเดินทางจีนและหนังสือเดินทางจีนไทเปเป็นเวลา 3 เดือน ในช่วงเดือนสิงหาคม – ตุลาคม 2557 เป็นต้น

ทิศทางต่อไปของการท่องเที่ยวไทย

การแผ่ขยายและหยั่งรากลึกของกลุ่มผู้มีอิทธิพลตั้งแต่ระดับพื้นที่ไปจนถึงระดับประเทศที่ครอบงำธุรกิจท่องเที่ยวและบริการที่เกี่ยวข้องทั้งบริษัททัวร์ อสังหาริมทรัพย์ ร้านอาหาร โรงแรม รีสอร์ท ผับ บาร์รวมถึงคิวรถเช่าและรถรับจ้าง ก่อให้เกิดปัญหาการผูกขาดและการให้บริการที่ไม่เป็นธรรม ตลอดจนการเอารัดเอาเปรียบ การข่มขู่และประทุษร้ายต่อชีวิตและทรัพย์สินของนักท่องเที่ยวทั้งทางตรงและทางอ้อม จนนำไปสู่ความไม่เชื่อมั่นในความปลอดภัยทางร่างกายและจิตใจ จนในที่สุดอาจส่งผลกระทบต่อการท่องเที่ยวในระดับมหภาค หากอุตสาหกรรมท่องเที่ยวที่สร้างรายได้ให้กับประเทศอย่างเป็นกอบเป็นกำตกอยู่ในภาวะซบเซา และนักท่องเที่ยวตัดสินใจเปลี่ยนจุดหมายการท่องเที่ยวไปยังประเทศอื่นก็จะนำมาซึ่งผลกระทบทางเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ หากรอให้วันนั้นมาถึงก็คงยากต่อการกู้คืนภาพลักษณ์และความเชื่อมั่นที่จะดึงดูดนักท่องเที่ยวจากทั่วโลก ดังนั้น การรักษาความปลอดภัยของนักท่องเที่ยวจึงต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการไขปัญหาเรื่องมาเฟียท่องเที่ยวซึ่งเป็นมูลเหตุเบื้องต้นที่บ่มเพาะปัญหาอาชญากรรมและการเอารัดเอาเปรียบนักท่องเที่ยวในรูปแบบต่างๆ

4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

พ่อหนานอินสม สิทธิตัน หมอไทยดีเด่นแห่งชาติ

พ่อหนาน อินสม สิทธิตัน ปราชญ์ชาวบ้านและผู้เชี่ยวชาญการแพทย์แผนไทย อายุ 65 ปี แห่งบ้านป่าป๋วย อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน ได้รับการยกย่องจากคณะกรรมการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแห่งชาติ ให้เป็นหมอไทยดีเด่นแห่งชาติปี 2557 พ่อหนานอินสม มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการแพทย์พื้นบ้านล้านนา ทั้งกายภาพบำบัด สมุนไพรบำบัดและพิธีกรรมบำบัด จนสามารถรวบรวมและเขียนเอกสารตำราเกี่ยวกับการแพทย์แผนไทย การนวดตอกเส้น กายภาพบำบัด พิธีกรรมบำบัด และสามารถปรุงยาเพื่อรักษาโรคต่างๆ ถึง 34 ชนิด อาทิ ลมชัก ริดสีดวง สมุนไพรวัยทอง ความดัน เบาหวาน อัมพฤกษ์ โรคปวดเส้นเอ็น กระดูกทับเส้น โรคมะเร็งผิวหนัง ผมร่วง และสมุนไพรไล่แมลง เป็นต้น นอกจากนี้ ยังร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ผลิตเอกสารด้านการแพทย์แผนไทยต่างๆ เช่น ตำราการแพทย์พื้นบ้านล้านนา เล่ม 1–4 เอกสารข้อมูลสมุนไพร จ.ลำพูน บทความภูมิปัญญาชาวบ้าน อาหารบำบัด ตำราคู่มือเกี่ยวกับสมุฏฐานโรค คู่มือการรักษามะเฮ็งคุด คู่มือการรักษากลุ่มโรคสันนิบาต คู่มือการรักษากลุ่มโรคปี๊ด เป็นต้น นอกจากนี้ พ่อหนานอินสมยังอุทิศตัวเพื่อช่วยเหลือทางราชการทั้งในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และการสร้างเครือข่ายหมอพื้นบ้านภาคเหนือ 17 จังหวัด

สมุนไพรกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

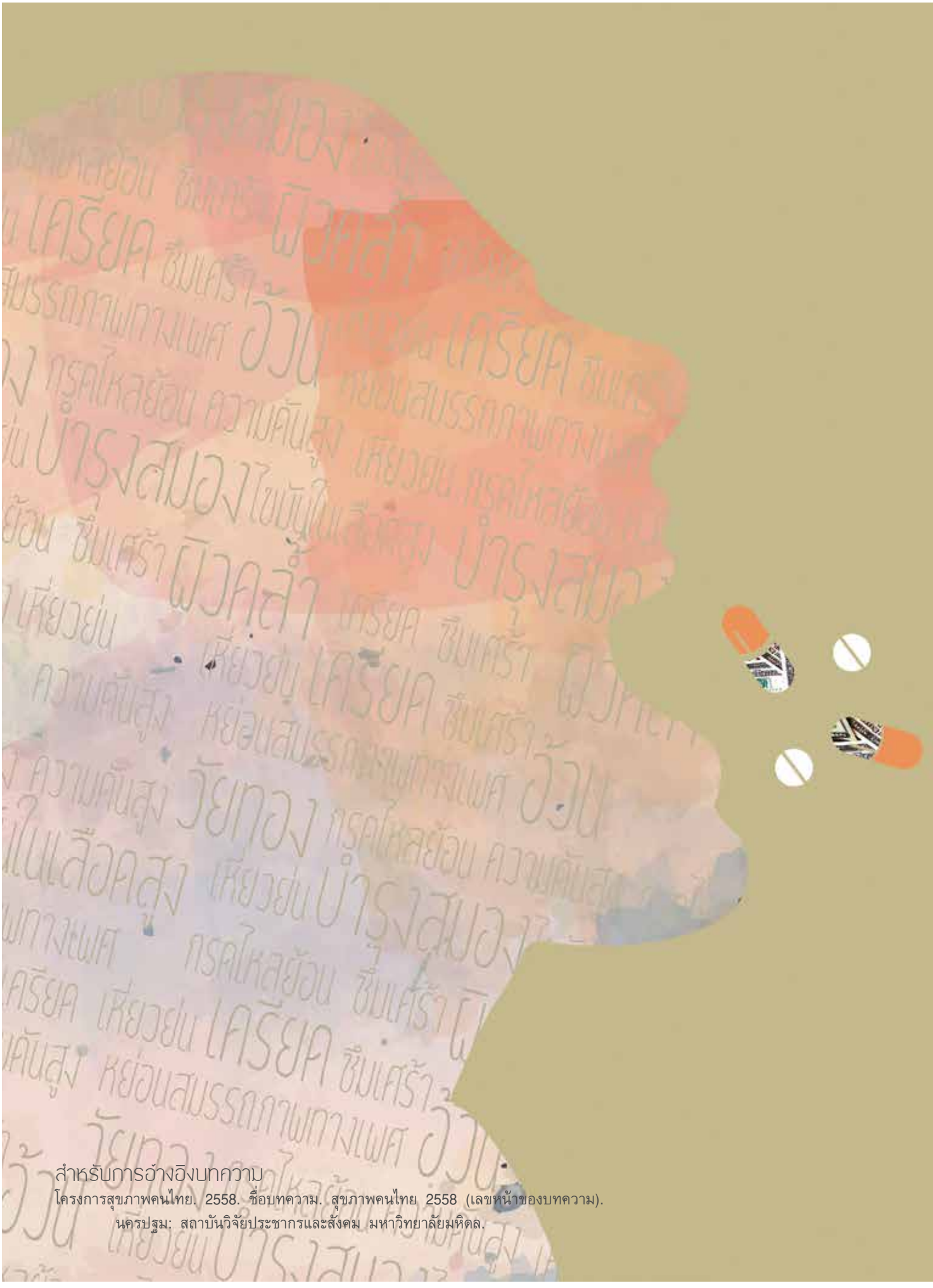
นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร โดยจะเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ ประเทศไทยถือเป็นประเทศต้นแบบประเทศกำลังพัฒนาในการขึ้นทะเบียนยาหลักแห่งชาติ โดยได้มีนโยบายเรื่องนี้ตั้งแต่ปี 2524 ภายใต้การริเริ่มของ นพ.เสม พริ้งพวงแก้ว รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในสมัยนั้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพึ่งตนเองด้านยา โดยจัดให้มียาปลอดภัยคุณภาพดี ในราคาพอสมควร และกระจายอย่างทั่วถึง โดยเฉพาะยาสำหรับการสาธารณสุขมูลฐานโดยให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและสนับสนุนการผลิตยาภายในประเทศ ปัจจุบันยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นยาหลักที่ใช้ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคมและระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ ประกอบด้วยยาแผนปัจจุบันกว่า 800 รายการ และบัญชียาสมุนไพร 71 รายการ

ปีทองของกีฬาไทย

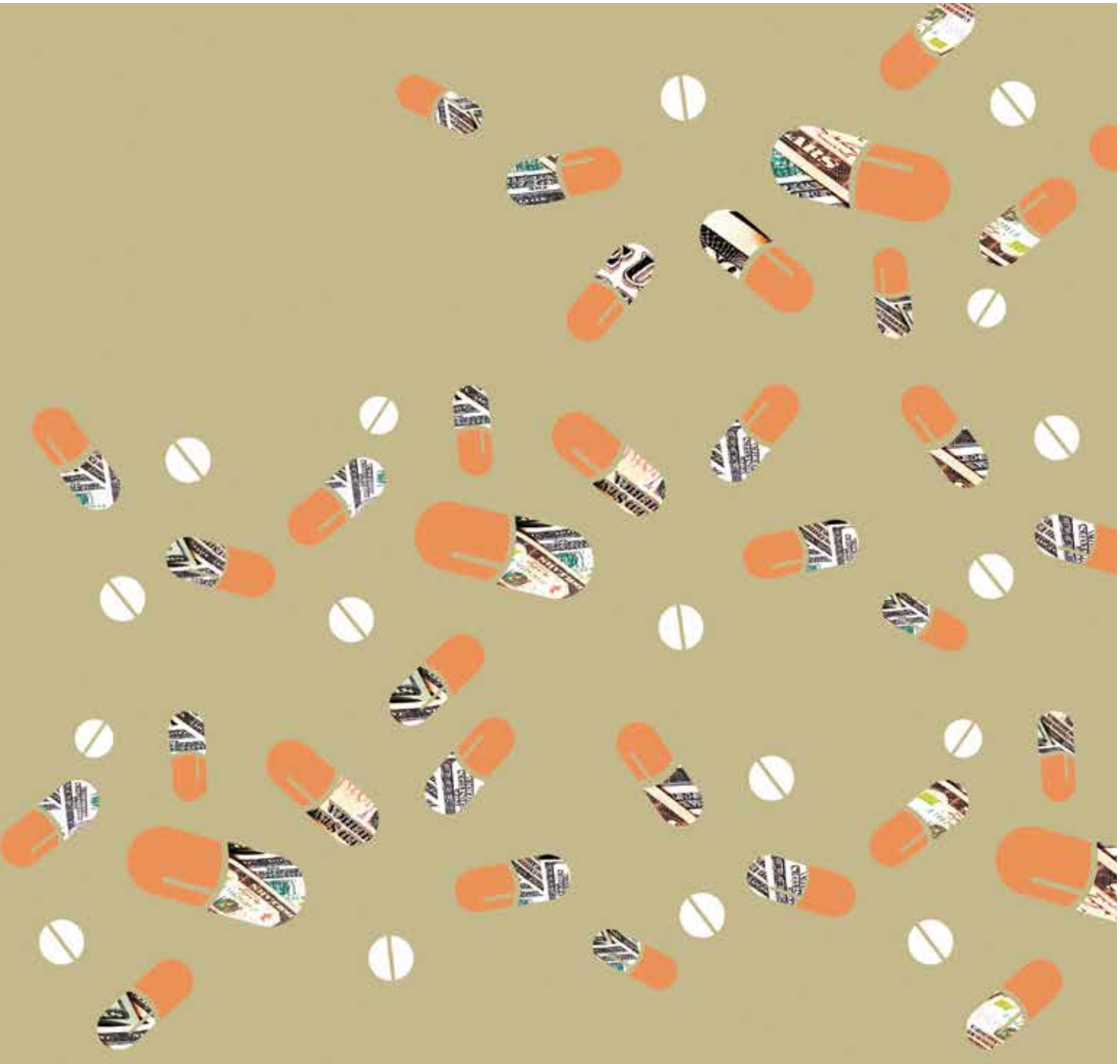
ในปี 2557 ทีมนักกีฬาไทยได้สร้างชื่อให้กับประเทศไทยอย่างมาก เมื่อสามารถคว้าเหรียญทองจำนวนมากเป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มประเทศอาเซียนและเป็นอันดับ 6 ของทวีปเอเชีย ในการแข่งขันกีฬาที่ยิ่งใหญ่ที่สุดของทวีปเอเชียถึงสองรายการ ได้แก่ เอเชียนเกมส์ครั้งที่ 17 และเอเชียนพาราเกมส์ครั้งที่ 2 ซึ่งทั้งสองรายการจัดการแข่งขัน ณ เมืองอินชอน ประเทศเกาหลีใต้ โดยเอเชียนเกมส์จัดขึ้นระหว่างวันที่ 19 กันยายน – 4 ตุลาคม 2557 ตามด้วยเอเชียนพาราเกมส์ในวันที่ 18 – 24 ตุลาคม 2557 ทั้งนี้ ไทยได้เหรียญทองจากการแข่งขันเอเชียนเกมส์จำนวน 12 เหรียญ เหรียญเงิน 7 เหรียญ และเหรียญทองแดง 28 เหรียญ ตะกร้อเป็นกีฬาที่ไทยครองความเป็นเจ้าเหรียญทอง โดยกวาดมาได้ทุกประเภทรวมกันถึง 4 เหรียญทอง ตามด้วยจักรยาน 2 เหรียญทอง ส่วนเหรียญทองอื่นๆ ประกอบด้วยกอล์ฟ เทควันโด เทนนิส โบว์ลิ่ง มวยสากล และเรือใบ ส่วนเอเชียนพาราเกมส์ นั้น ไทยได้เหรียญรวมกัน 21 เหรียญทอง 39 เหรียญเงินและ 47 เหรียญทองแดง โดยได้เหรียญทองจากหลายประเภทกีฬา เช่น กรีฑา บ็อคเซีย และวีลแชร์เรซซิ่ง เป็นต้น นอกจากนี้ ในเดือนธันวาคม 2557 ทีมนักฟุตบอลไทยยังสร้างความสุขให้กับคนไทยโดยสามารถคว้าแชมป์ AFF Suzuki Cup 2014 ซึ่งเป็นการแข่งขันเพื่อเป็นเจ้าฟุตบอลของอาเซียน โดยมีการแข่งขันดังกล่าวทุกสองปี

คนไทยกับรางวัลกีต้าร์คลาสสิกระดับโลก

เอกชัย เจียรกุล หรือ "เบิร์ด" นักเล่นกีต้าร์คลาสสิกของไทยวัย 27 ปี ซึ่งจบการศึกษาจากวิทยาลัยดุริยางคศิลป์ มหาวิทยาลัยมหิดล และ University of Salzburg ประเทศออสเตรีย ได้สร้างชื่อให้กับประเทศด้วยการคว้าตำแหน่งแชมป์กีต้าร์คลาสสิกนานาชาติประจำปี 2557 จากการแข่งขัน GFA International Guitar Competition 2014 ณ มลรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐฯ โดยการแข่งขันนี้เป็นการแข่งขันกีต้าร์ระดับนานาชาติที่ยิ่งใหญ่และยากที่สุดในโลก โดย "เบิร์ด" เป็นชาวเอเชียคนแรกที่ได้รับรางวัลที่ทรงเกียรตินี้ ภายหลังได้รับรางวัลดังกล่าว "เบิร์ด" ได้รับเชิญให้แสดงคอนเสิร์ตที่ Carnegie Hall สหรัฐฯ รวมถึงการออกทัวร์คอนเสิร์ตทั่วโลกในปี 2558 โดยก่อนหน้านี้ "เบิร์ด" ได้รับรางวัลชนะเลิศการแข่งขันกีต้าร์คลาสสิกจากงาน Yamaha Thailand Music Festival ในปี 2549 รางวัลที่สองจากการแข่งขันกีตาร์ที่เมือง Heinsberg เยอรมนี ปี 2556 รวมทั้งได้รับพระมหากรุณาธิคุณในการแสดงเดี่ยวกีตาร์เฉพาะพระพักตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนาฯ ขณะยังทรงดำรงพระชนม์ชีพด้วย



สำหรับการอ้างอิงบทความ
โครงการสุขภาพคนไทย. 2558. ชื่อบทความ. สุขภาพคนไทย 2558 (เลขหน้าของบทความ).
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.



อุบายขายสุขภาพ

เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือแสวงหากำไร



อุบายขายสุขภาพ

เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือแสวงหากำไร

เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า

ทุกวันนี้เราอยู่ในโลกทุนนิยมที่ครอบงำด้วยตลาดเงินตราและลัทธิบริโภคนิยม ปัจจัยสำคัญในชีวิตประจำวันกลายเป็นสินค้าที่ต้องซื้อหาไปทุกอย่าง สิ่งของเครื่องใช้สำหรับการอยู่การกินนั้นไม่ต้องพูดถึง แต่อีกหลายอย่างนอกเหนือจากปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต ก็ดูเหมือนจะกลายเป็นสินค้าที่ต้องซื้อหากันไปหมด ไม่เว้นแม้แต่เรื่องสุขภาพ ความรัก มิตรไมตรี ความสุข รวมถึงความดี ความงาม และสวรรค์นิพพานด้วย

ในอดีตทุกอย่างที่เกี่ยวกับสุขภาพเป็นสิ่งที่ดำเนินไปบนฐานของมนุษยธรรม ที่มีอุดมการณ์และเป้าหมายสำคัญคือ การทำให้คนหลุดพ้นจากทุกข์เพราะความเจ็บป่วยเป็นหลัก สิ่งตอบแทนทางวัตถุและเงินตรามีความสำคัญเป็นรอง แต่เมื่อสังคมเริ่มสมาทานระบบทุนนิยมซึ่งมีตลาดเป็นกลไกขับเคลื่อนและมีผลกำไรเป็นเป้าหมายหลัก มุมมองและการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพเปลี่ยนไป *สุขภาพถูกทำให้กลายเป็นสินค้า* ที่ไม่เพียงแต่จะซื้อขายกันในตลาดเท่านั้น แต่ยังเป็นสิ่งที่ผู้ลงทุนผลิตและผู้ให้บริการยึดเป็นธุรกิจที่สร้างความมั่งคั่งได้อย่างเป็นกอบเป็นกำด้วย

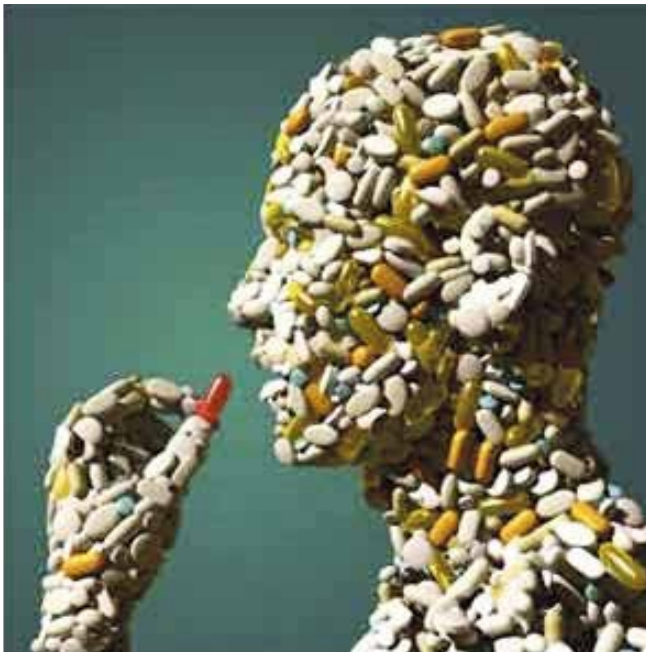
เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า อุบายทางการตลาดก็เข้ามามีบทบาทได้ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การลงทุนวิจัยเพื่อพัฒนายาและเทคโนโลยีไปจนถึงการสร้างผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพหลากหลาย รวมทั้งบริการรักษาพยาบาล ทั้งหมดมุ่งสู่เป้าหมายใหญ่ที่อยู่นอกขอบเขตของสุขภาพ นั่นคือเม็ดเงินที่คำนวณออกมาเป็นผลกำไร

เดิมการค้นคว้าวิจัยเกิดจากความต้องการอยากรู้อยากเห็นที่มากับความต้องการมีชื่อเสียง รวมทั้งความคิดอันเป็นกุศลที่ต้องการแก้ไขปัญหาของมนุษย์ แต่เมื่อระบบทุนนิยมเติบโตขึ้น มีการสร้างระบบทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อคุ้มครองการประดิษฐ์คิดค้น การศึกษาวิจัยจึงถูกอิทธิพลเหล่านี้ครอบงำมากขึ้นๆ

ผลกระทบของการทำให้เรื่องสุขภาพกลายเป็นสินค้าอาจมองได้หลายด้าน ราคายาและค่าบริการรักษาที่แพงสำหรับผู้บริโภคนั้นเป็นผลลัพธ์ที่เห็นได้ไม่ยาก แต่ผลกระทบที่เชื่อมโยงไปถึงระบบสุขภาพมักจะซับซ้อนจนบางครั้งสังคมอาจไม่ได้ตระหนัก คำถามคือ ในขณะที่เราไม่สามารถข้ามพ้นหรือปฏิเสธทุนนิยมในเรื่องสุขภาพได้ จะมีมาตรการอะไรหรือไม่ ที่ทำให้เกิดการถ่วงดุลกันอย่างเหมาะสมระหว่างมิติที่เป็นสินค้ากับมิติด้านมนุษยธรรมของสุขภาพ กฎกติกา องค์กรทางสุขภาพ และหน่วยงานที่มีหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคในวันนี้ทำอะไรอยู่บ้าง ระบบสุขภาพของไทยจะรับมือกับกระแสทุนนิยมนี้ได้อย่างไร

เนื้อหาในบทความที่จะเสนอต่อไปนี้ เป็นเรื่องราวของ ***อุบายขายสุขภาพ*** หลายด้าน ที่คนส่วนใหญ่อาจยังไม่รู้เท่าทัน กล่าวโดยสรุปแล้ว อุบายเหล่านี้คือ กลยุทธ์ทางการตลาด ซึ่งมุ่งจะ "ขายผลิตภัณฑ์สุขภาพ" (ยา เทคโนโลยี บริการดูแลสุขภาพ ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ ฯลฯ) ให้ได้มากที่สุดที่จะมากได้ ไม่เฉพาะแก่กลุ่มคนที่มีความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงกลุ่ม "คนสุขภาพดี" ที่ใส่ใจดูแลสุขภาพตัวเอง หรือสบายดีแต่ถูกทำให้เป็นคน "ผิดปกติ" ด้วย

อุบายที่เน้นค่อนข้างมากในที่นี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับยา การนำเสนอเรื่องนี้ได้อาศัยข้อมูลและตัวอย่างจากต่างประเทศเป็นหลัก การอ้างถึงข้อมูลและเรื่องราวที่เกิดในต่างประเทศก็เพราะกรณีเหล่านั้นมีคุณค่าเป็นบทเรียนสำหรับประเทศอื่นๆ ได้ อีกทั้งผลกระทบหลายอย่างที่เกิดในต่างประเทศก็เกิดกับคนในประเทศไทยด้วย เช่นเดียวกับคนในประเทศอื่นๆ ทั้งนี้ก็เพราะยาส่วนใหญ่ที่ใช้ในประเทศไทย โดยเฉพาะยาใหม่ๆ และยาสำหรับโรคที่ซับซ้อน หรือรักษายากทั้งหลาย มีแหล่งผลิตและนำเข้ามาจากต่างประเทศแทบทั้งสิ้น อุบายอีกส่วนหนึ่งเป็นเรื่องของการมุ่งใช้เทคโนโลยีเพื่อสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็น การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเสริมความงาม รวมถึงการแพทย์เพื่อความงาม ซึ่งเป็นธุรกิจที่กำลังเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ส่วนสุดท้ายของบทความพูดถึงบทบาทของสื่อซึ่งถูกตั้งคำถามมากขึ้นในปัจจุบันว่า มีส่วนในการให้การศึกษาแก่ประชาชนเพียงใด หรือว่าเพียงแต่ทำตนเป็นเครื่องมือให้อุบายขายสุขภาพเท่านั้น



ที่มา: http://prensamex.mx/page/23/

อุบายสร้างโรค

ถ้าคุณเป็นคนผลิตยารักษาโรค คุณจะเลือกอะไรระหว่างการมุ่งให้คนที่เจ็บป่วยหายจากโรค โดยที่ธุรกิจของคุณก็ยังสามารถดำเนินต่อไปได้ด้วยผลตอบแทนที่ยุติธรรม กับการมุ่งทำยอดขายเพื่อได้กำไรงามๆ จากยาที่คุณผลิตขึ้นนั้น?

ไม่ว่าคำตอบของคุณจะเป็นอะไร ก็คงมีเหตุผลในตัวมันเองอยู่แล้ว บทความนี้ไม่มีจุดมุ่งหมายจะชี้ว่าคำตอบไหนถูก คำตอบไหนผิด แต่เรื่องราวที่จะเสนอต่อไปนี้อาจจะช่วยให้คุณบอกได้ว่า เส้นแบ่งที่เหมาะสมระหว่างยาในฐานะเป็นสินค้าเชิงมนุษยธรรมกับยาในฐานะเป็นสินค้าเชิงพาณิชย์ ควรจะมีหรือไม่ และเส้นแบ่งนั้นควรจะอยู่ตรงไหน

เปลี่ยนมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพและยา

สำหรับบริษัทยาข้ามชาติซึ่งมีฐานใหญ่อยู่ในประเทศที่อุตสาหกรรมยาเจริญที่สุด เช่น สหรัฐอเมริกาและบางประเทศในยุโรป สิ่งที่พวกเขาทำอยู่ทุกวันนี้ชวนให้เราเข้าใจว่า ยาคือสินค้าที่สามารถสร้างกำไรได้อย่างมหาศาล การรักษาโรคแม้จะสำคัญก็เป็นเป้าหมายรอง เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว บริษัทยาจึงทำทุกอย่างเพื่อให้ "ตลาดยา"

ขยายใหญ่ขึ้น วิธีที่ดีที่สุดคือต้องทำให้คนทุกเพศทุกวัย ไม่ว่าจะป่วยหรือไม่ป่วย กลายเป็นผู้ที่ต้องใช้ยาอย่างใดอย่างหนึ่ง *เฮนรี แกดสเด็น (Henry Gadsden) ซีอีโอของบริษัทเมอร์ค (Merck)* ซึ่งเป็นบริษัทผลิตยายักษ์ใหญ่บริษัทหนึ่งของโลก เคยกล่าวไว้เมื่อกว่า 30 ปีที่แล้วว่า เขาฝันมานานที่จะผลิตยาขายให้คนที่สุขภาพดีใช้ เพื่อว่าบริษัทของเขาจะสามารถขายยาให้แก่คนทุกคนได้ ไม่เฉพาะคนที่ป่วยเท่านั้น ถ้าทำได้เช่นนั้นบริษัทก็จะมีรายได้มหาศาล

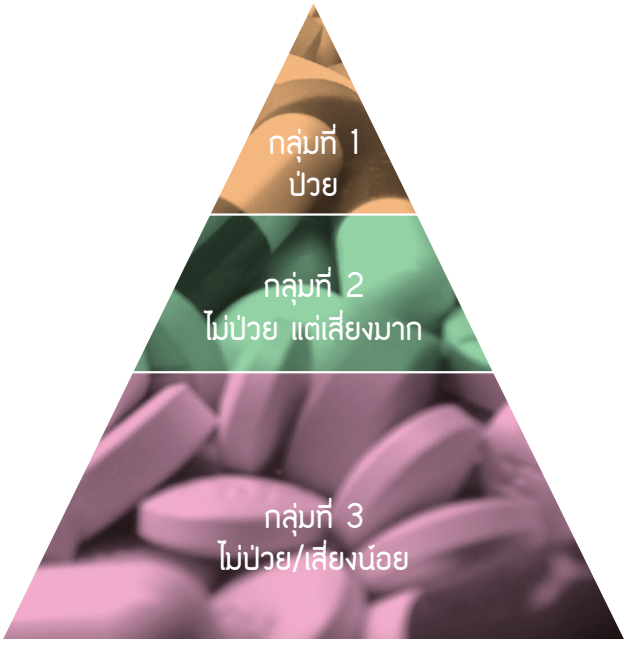
แต่จะทำเช่นนั้นได้อย่างไร?

บริษัทยารู้ดีกว่าใครๆ ว่าคนจะเรียกหายาก็ต่อเมื่อเขารู้สึกว่าตนไม่สบาย คนกลุ่มนี้เป็น "ลูกค้า" ของบริษัทยาแน่นอนอยู่แล้ว แต่ก็เป็นคนส่วนน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มที่สุขภาพปกติดี นั่นหมายความว่า ถ้าเป้าหมายอยู่ที่กลุ่มผู้ที่เจ็บป่วยอย่างเดียว ตลาดยาก็จะแคบมาก ถ้าจะขายยาให้ได้มากขึ้น ตลาดยาควรจะขยายกว้างออกไป ครอบคลุมถึงคนส่วนใหญ่ที่สุขภาพปกติดีทั่วไปด้วย

กลยุทธ์ทางการตลาดเบื้องต้นจึงอยู่ที่การทำให้คนเปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ทำให้คนที่สุขภาพปกติดี ไม่เจ็บไม่ไข้ มีความรู้สึกว่าตนมี *ความเสี่ยงอะไรบางอย่าง* ที่อาจจะทำให้เจ็บป่วยในอนาคต เหมือนกับมี *"ภัยเงียบ" ซ่อนอยู่ข้างใน* หรือให้มองปัญหาเล็กๆ น้อยๆ ในชีวิตประจำวันเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษา และที่สำคัญกว่านั้นคือ ต้องทำให้คนทั้งหมดรู้ว่าความเจ็บป่วย หรือความเสี่ยงของพวกเขาสามารถรักษาหรือลดลงได้ด้วยยา ดังนั้นเป้าหมายทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาข้ามชาติในปัจจุบันจึงครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะมีสถานะทางสุขภาพอย่างไรก็ตาม หากจะจำลองให้เห็นภาพก็อาจจะเป็นดังในรูปที่ 1

สำหรับคนในกลุ่มที่มีความเจ็บป่วยอยู่แล้ว (กลุ่มที่ 1) บริษัทยาอาจไม่ต้องทำอะไรมาก เพียงแต่ผลิตยาและ "ทำตลาด" ด้วยการโฆษณาเชิงรุกอย่างต่อเนื่องกับแพทย์หรือผู้ประกอบวิชาชีพ หรือแม้แต่ประชาชนทั่วไป ก็จะประสบความสำเร็จได้อย่างดีแล้ว แต่สำหรับกลุ่มที่ 2 (ไม่ป่วย แต่มีความเสี่ยงมากที่จะป่วย) และกลุ่มที่ 3 (ไม่ป่วย และมีความเสี่ยงน้อย) นั้น ต้องลงทุนทำให้พวกเขากลายเป็นคนที่มีความเจ็บป่วย หรือรู้สึกว่าป่วย

รูปที่ 1: เป้าหมายทางการตลาดของอุตสาหกรรมยายุคปัจจุบัน คือประชาชนทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะมีสถานะสุขภาพอย่างไรก็ตาม



หรือมีความเสี่ยง และให้รู้สึกว่ายาจะช่วยให้แข็งแรงไม่ป่วยไม่เสี่ยงให้ได้ กลยุทธ์ในเรื่องนี้อาจจะซับซ้อน แต่กล่าวโดยสรุปแล้วนี่คือ **"อุบายสร้างโรค"**

สร้างโรคใหม่

แพทย์หญิง มาร์เซีย แองเจลล์ (Marcia Angell, M.D.) ศาสตราจารย์แห่งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด และอดีตหัวหน้าบรรณาธิการวารสาร New England Journal of Medicine ผู้แต่งหนังสือ The Truth about the Drug Companies: How they deceive us and what to do about it[1] กล่าวถึงการทำงานของบริษัทยาในปัจจุบันไว้อย่างน่าคิดและเหลมคมว่า *"กาลครั้งหนึ่งบริษัทยาทั้งหลายส่งเสริมการขายยาเพื่อรักษาโรค แต่ปัจจุบันมักจะตรงกันข้าม บริษัททั้งหลายกำลังส่งเสริมโรคให้เป็นที่รู้จักคู่กับยาของตน"* (น. 88)

[1] ฉบับแปลเป็นภาษาไทยชื่อ "กระชากหน้ากากธุรกิจยาข้ามชาติ" โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน และคณะ (เลขหน้าที่อ้างในที่นี้เป็นของฉบับภาษาไทย)

บทวิเคราะห์เจาะลึกทางธุรกิจของรอยเตอร์ (Reuter Business Insight) ซึ่งเผยแพร่เมื่อ พ.ศ. 2546 ได้มองตลาดยาในอนาคตว่า ถ้าสามารถ ***สร้างตลาดโรคใหม่*** ขึ้นมาได้ บริษัทยาจะสามารถทำสถิติการขายยาได้นับพันล้าน รายงานดังกล่าวเสนอว่า หนึ่งในกลยุทธ์สำคัญในการสร้างตลาดโรคใหม่ คือ ต้องเปลี่ยนวิธีที่ประชาชนมองอาการที่พบบ่อยๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ หรืออาการไม่สบายเล็กๆ น้อยๆ ให้กลายเป็นโรคที่ต้องรักษา หรือคุ้มค่าที่จะใช้ยารักษา เอกสารดังกล่าวได้วิเคราะห์แบบฟันธงว่า "ปีต่อๆ ไปจะเป็นปีของบริษัทที่ลงทุนสร้างโรค" หลังจากนั้น 2 ปี การศึกษาในสหรัฐอเมริกาของ เรย์ มอยนิฮาน (Ray Moynihan) และ แอลลัน คาสเซล (Alan Cassel) ในหนังสือ *อุบายขายโรค* (Selling Sickness)[2] และการศึกษาของคนอื่นๆ ในประเด็นเดียวกัน ทั้งในออสเตรเลียและในยุโรป ก็เผยให้เห็นว่า อุตสาหกรรมยาใช้กลยุทธ์หลายอย่างในการ "สร้างโรคใหม่" เพื่อทำให้คนที่สุขภาพปกติดีทั่วไปกลายเป็นคนป่วย กลยุทธ์เหล่านี้สอดคล้องกับสิ่งที่วิเคราะห์ไว้ใน Reuter Business Insight ทุกประการ คือ

1. ทำให้อาการเล็กๆ น้อยๆ ที่คลุมเครือกลายเป็นโรคที่ต้องใช้ยารักษา เช่น ทำให้อาการขี้อายกลายเป็นอาการแสดงออกของโรควิตกกังวลสังคม (social anxiety disorder – SAD) ทำอาการเครียดก่อนมีประจำเดือนให้กลายเป็นโรคจิตชนิดหนึ่ง เรียกว่าโรคจิตละเหี่ยก่อนมีประจำเดือน (pre – menstrual dysphoric disorder – PMDD) ทำอาการเสพสมบ่มิสมที่เกิดขึ้นเป็นบางครั้งในชีวิตประจำวันของหญิงและชายให้กลายเป็นโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (sexual dysfunction–SD)

2. ทำการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติในสรีระของคนให้กลายเป็นความเจ็บป่วย เช่น ทำอาการผมหลุดร่วงจนศีรษะล้าน (baldness) ที่เกิดกับผู้ชายวัยกลางคนขึ้นไปบางคน ให้กลายเป็นโรคที่คุกคามสุขภาพจิตและบั่นทอนคุณภาพชีวิต การทำงาน และความสัมพันธ์ทางสังคม ทำภาวะการขาดฮอร์โมนในหญิงวัยทองให้กลายเป็นสิ่งบอกเหตุว่าผู้หญิงในวัยนี้ทุกคนตกอยู่ในความเสี่ยงต่อโรคร้ายแรงหลายอย่าง รวมทั้งโรคกระดูกพรุน (osteoporosis) ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอาจทำให้กระดูกหักหรือแตกได้ง่าย

กาลครั้งหนึ่ง
บริษัทยาทั้งหลายส่งเสริมการขายยาเพื่อรักษาโรค
แต่ปัจจุบันมักจะตรงกันข้าม
บริษัทั้งหลายกำลังส่งเสริมโรคให้เป็นที่รู้จักคู่กับยาของตน



[2] Selling Sickness: How the World Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All into Patients, by Ray Moynihan and Alan Cassel แปลเป็นภาษาไทยในชื่อ "อุบายขายโรค: กระชากหน้ากากธุรกิจยาข้ามชาติ (ภาคสอง)" โดย นพ.วิชัย โชควิวัฒน และคณะ, 2550



ที่มา: Applbaum, 2006

ทำสิ่งที่เป็นเพียงปัจจัยเสี่ยง ให้กลายเป็นความเจ็บป่วย: ระดับโคเลสเตอรอล

โดยตัวของมันเองโคเลสเตอรอลหรือไขมันในเลือดไม่ใช่ศัตรูที่ทำอันตรายให้ถึงตาย แท้จริงแล้วมันเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อชีวิต แม้ว่าจะมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์แสดงว่า โคเลสเตอรอลสูงมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจล้มเหลว และโรคหลอดเลือดสมองก็ตาม แต่ก็ยังไม่มีความแน่นอนว่า สำหรับคนที่สุขภาพดีทั่วไป ระดับโคเลสเตอรอลจะต้องสูงขนาดไหนจึงจะถือว่าเสี่ยงต่อโรคหัวใจล้มเหลวและโรคหลอดเลือดสมอง สิ่งที่ยอมรับกันกว้างๆ คือ ระดับโคเลสเตอรอล *เป็นหนึ่งในหลายปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจในอนาคต* ความเสี่ยงอื่นๆ ของโรคดังกล่าวนี้ ได้แก่ ความดันโลหิตและเบาหวาน ซึ่งอาจจะสำคัญกว่าระดับโคเลสเตอรอลด้วยซ้ำ การที่ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลได้รับความสนใจมากก็เพราะมันสามารถแก้ไขได้ด้วยยา

ในช่วงเวลากว่า 20 ปี ที่ผ่านมานี้ มีการปรับนิยามระดับโคเลสเตอรอลเป็นระยะๆ โดยคณะผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในอเมริกา การปรับแต่ละครั้งมีการลดระดับโคเลสเตอรอลที่แต่เดิมถือว่าสูงให้ต่ำลงเรื่อยๆ ผลที่ตามมาคือทำให้คนที่สุขภาพดีจำนวนมากกลายเป็นคนมีโคเลสเตอรอลสูงในพริบตา เช่น ในการปรับนิยามเมื่อปี 2544 ทำให้คนอเมริกันที่ปกติดี 36 ล้านคน เข้าข่ายควรได้รับการรักษาทันที และเมื่อปรับอีกครั้งในปี 2547 คนอเมริกันที่ควรใช้ยาลดโคเลสเตอรอลเพิ่มเป็น 40 ล้าน แม้จะไม่มีตัวเลขที่ชัดเจนว่า การปรับเกณฑ์เกี่ยวกับโคเลสเตอรอลแต่ละครั้งมีผลกระทบคนไทยมากเพียงใด แต่ก็เชื่อว่าคนไทยที่เข้าข่ายนี้คงมีมากขึ้นแน่นอน เพราะวงวิชาการทางการแพทย์ของเราถือเกณฑ์อย่างเดียวกับที่กำหนดโดยฝรั่งอย่างเชื่องๆ

เรื่องที่น่าสนใจ คือ ผู้เชี่ยวชาญหลายคนในคณะกรรมการที่ปรับนิยามแต่ละครั้งนั้น มีความสัมพันธ์ทางการเงินกับบริษัทที่ผลิตยาลดโคเลสเตอรอลหลายบริษัท ผู้คนเลยสงสัยว่าอิทธิพลของบริษัทยาน่าจะมีส่วนในการปรับนิยามที่ผ่านมา แต่ไม่ว่าจะเป็นอย่างไร โรคนี้ก็สร้างความวิตกกังวลให้คนทั่วโลกอย่างรวดเร็ว ยังผลให้ยาลดโคเลสเตอรอลเป็นยาที่ขายดีที่สุด ทำรายได้ให้บริษัทยามากกว่า 2 หมื่น 5 พันล้านดอลลาร์ต่อปี

แม้ว่าคนที่ระดับโคเลสเตอรอลสูงมากๆ อาจได้รับประโยชน์จากการใช้ยา แต่การประโคมการรักษาระดับโคเลสเตอรอลด้วยยาสำหรับคนที่สุขภาพดีทั่วไป ส่งผลเสียมากกว่าผลดี เพราะเป็นการเบี่ยงเบนความสนใจจากสาเหตุที่แท้จริงของโรค ทำให้คนเข้าใจผิดว่าเพียงกินยาลดโคเลสเตอรอลก็หลีกเลี่ยงโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองได้ แต่แท้จริงแล้ว การรับประทานอาหารที่สมดุล หลีกเลี่ยงการใช้ชีวิตที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหว ไม่สูบบุหรี่ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีการป้องกันโรคที่ได้ผลดีกว่า ถูกกว่า และปลอดภัยกว่าการใช้ยามาก

หมายเหตุ: ปัจจุบันระดับโคเลสเตอรอลที่ถือว่าปกติควรต่ำกว่า 200 mg/dl แต่ต้องนำเรื่อง “ไขมันดี” (High Density Lipoprotein-HDL) และ “ไขมันไม่ดี” (Low Density Lipoprotein-LDL) มาพิจารณาด้วย ค่าปกติสำหรับไขมันดีควรมากกว่า 35 mg/dl สำหรับไขมันไม่ดีควรต่ำกว่า 135 mg/dl)

ที่มา: ข้อมูลส่วนใหญ่ได้จาก Moynihan and Cassel, 2002

3. ปรับนิยามอาการบางอย่างเสียใหม่ เพื่อทำอาการที่เป็นเพียงปัจจัยเสี่ยงให้กลายเป็นโรคอย่างใหม่ขึ้นมา เช่น ปรับนิยามของระดับโคเลสเตอรอลและความดันโลหิตที่ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง แต่ไม่ใช่อย่างเดียว ของการเกิดโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองให้ต่ำลง เพื่อให้คนที่ปกติดีจำนวนมากเข้าข่ายเป็นผู้มีอาการที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยา

พันธมิตรในกระบวนการสร้างโรค

วินซ์ พาร์รี (Vince Parry) ผู้เชี่ยวชาญทางการตลาดระดับคุรุคนหนึ่งแห่งมหานครนิวยอร์กกล่าวในการให้สัมภาษณ์ซึ่งเผยแพร่ในภาพยนตร์สารคดีเรื่อง Selling Sickness (สร้างโดย Paradigm Pictures) ว่าบริษัทยาต้องร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ "ในการสร้างความคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับโรคและภาวะโรคต่างๆ" เพื่อสร้างความเชื่อมโยงระหว่างโรคกับยาที่บริษัทผลิตออกมา

สิ่งที่บริษัทยาทำจริงๆ ตรงกับที่พาร์รีกล่าวเอาไว้ไม่มีผิด กระบวนการสร้างโรคจะเป็นไปไม่ได้เลยหากไม่มีความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ (บางคน) ซึ่งเป็นตัวละครสำคัญยิ่งในเรื่องนี้ บริษัทยาทำให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เป็นเสมือน "พันธมิตร" ในกระบวนการสร้างโรคของตน ด้วยการสร้างความสัมพันธ์อันอบอุ่นทุกรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นการจ้างเป็นที่ปรึกษาหรือเป็นผู้บรรยายให้บริษัท สนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการของเหล่าแพทย์ เช่น การประชุมสัมมนาและการศึกษาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นกิจกรรมกึ่งบังคับที่แพทย์ (ในสหรัฐอเมริกา) ทุกคนต้องทำ เพื่อให้ทันกับความก้าวหน้าทางวิทยาการในวิชาชีพของตน รวมถึงการเอาอกเอาใจแพทย์ด้วยอามิสรูปแบบต่างๆ

บทบาทของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์มีความหมายอย่างยิ่งต่อบริษัทยา นอกจากการวิจัยแล้ว บทบาทดังกล่าวยังรวมถึงการกำหนดนิยามของอาการต่างๆ ว่าอะไรเป็นโรคที่ต้องได้รับการรักษา และแนวทางการรักษาโรคนั้นควรเป็นอย่างไร งานนี้กระทำโดยคณะกรรมการที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ในสาขานั้นๆ อย่างไรก็ตาม สิ่งที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ในทางปฏิบัติคือ ผู้เชี่ยวชาญหลายคนในคณะกรรมการมีความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์กับบริษัทยา ซึ่งเป็นผลประโยชน์ทับซ้อนที่ชัดเจน ทำให้สาธารณชนสงสัยว่า ผลประโยชน์ที่ทับซ้อนนั้นอาจจะมีผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งต้องการความเป็นกลางในทางวิชาการอย่างเคร่งครัด ตัวอย่างที่ชัดเจน เช่น

- ในการปรับปรุงนิยามเกี่ยวกับระดับโคเลสเตอรอลเมื่อกว่า 10 ปีมานี้ ผู้เชี่ยวชาญ 8 ใน 9 คน ในคณะกรรมการ รับจ้างเป็นผู้บรรยาย เป็นที่ปรึกษาหรือทำวิจัยให้บริษัทยาใหญ่ๆ ระดับโลก ถึง 8 บริษัท (ไฟเซอร์, เมอร์ค, บริสตอล-ไมเยอร์สควิบบ์, โนวาร์ติส, ไบเออร์, แอ็บบอตต์, แอสตราเซเนก้า และแกล็กโซสมิทไคลน์) ผู้เชี่ยวชาญรายหนึ่งในจำนวนนี้รับเงินจากบริษัทยาถึง 10 บริษัท
- ในการประชุมผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชศาสตร์ที่เมืองบอสตันเมื่อปี 2542 เพื่อเขียนคำนิยามของโรคหย่อนสมรรถภาพทางเพศในหญิง และจัดกลุ่มของโรคนี้ ผู้เชี่ยวชาญ 18 จาก 19 คน มีความสัมพันธ์ทางการเงิน หรือความสัมพันธ์ในรูปแบบอื่นกับบริษัทยาทั้งหมด 22 บริษัท นอกจากนี้การประชุมดังกล่าวยังได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาถึง 8 บริษัท

นับเป็นเรื่องไม่ปกติอย่างยิ่งสำหรับประชาชนทั่วไปที่แพทย์ผู้เขียนคำนิยามของโรคและเป็นผู้แนะนำให้ใช้ยารักษา จะเป็นคนเดียวกันกับแพทย์ที่รับจ้างบรรยายหรือได้รับผลประโยชน์จากบริษัทผู้ผลิตยาเหล่านั้น แต่สำหรับคนในวงการยา เรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนเช่นนี้ดูเหมือนจะเป็นเรื่องที่ชาชินกันไปแล้ว จริงอยู่ อาจมีผู้เชี่ยวชาญบางคนที่ได้รับผลประโยชน์จากบริษัทยาแต่ยังดำรงความเป็นกลางทางวิชาการไว้ได้ แต่กรณีเช่นนั้นจะมีสักเท่าไร และเสียงของพวกเขาจะดังมากพอที่จะทานพลังอันเข้มแข็งของผลประโยชน์ก้อนโตที่อยู่ต่อหน้าได้เพียงใด เป็นคำถามที่อาจตอบได้ไม่ยากนัก

อุบายขายยา

ยาเป็นธุรกิจมูลค่าหลายแสนล้านดอลลาร์ เมื่อประมาณ 10 ปีมาแล้ว ในสหรัฐอเมริกาประเทศเดียวตลาดยามีมูลค่า 2 แสนล้านดอลลาร์ หรือราวครึ่งหนึ่ง

ของมูลค่าทั้งโลกในตอนนั้น ที่เป็นเช่นนี้ไม่ใช่เพราะความต้องการยาเพิ่มขึ้นอย่างเดียว แต่ที่สำคัญกว่านั้นคือ การที่อุตสาหกรรมยาสร้างความต้องการยาที่เกินจริง และใช้กลยุทธ์ทางการตลาดสร้างความร่ำรวยมหาศาล ดังจะเห็นว่า เฉพาะในสหรัฐอเมริกาในช่วงเวลากว่า 20 ปีก่อน พ.ศ. 2546 อุตสาหกรรมยาเป็นอุตสาหกรรมที่ทำกำไรสูงสุด แม้หลังจากนั้นอันดับจะตกลงบ้าง แต่ก็ยังเป็นหนึ่งในกลุ่มอุตสาหกรรมที่ทำกำไรสูงสุดตลอดมา ที่เป็นเช่นนี้เพราะบริษัทยาข้ามชาติทั้งในสหรัฐอเมริกาและยุโรปใช้อุบายหลายอย่างที่แนบเนียนจนประชาชนทั่วไปยากที่จะรู้ทัน เริ่มตั้งแต่การผลิตไปจนถึงการขายในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะอุบายที่สำคัญ

อุบายการวิจัยและพัฒนายาใหม่: เป้าหมายคือยาที่มีอนาคต

ความสำเร็จของอุบายขายยาเริ่มต้นตั้งแต่การวิจัยและพัฒนายาใหม่ เช่นเดียวกับอุตสาหกรรมทั่วไป อุตสาหกรรมยาเลือกที่จะลงทุนในผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในความสนใจของตลาด หรืออย่างน้อยก็ในผลิตภัณฑ์ที่มองเห็นว่าจะทำกำไรได้

แล้วจะวิจัยและพัฒนายาอะไรล่ะจึงจะขายและทำกำไรได้ดี? คำตอบคือต้องเป็นยาที่อยู่ในความสนใจของกลุ่มคนที่มีกำลังซื้อมากๆ หรือยาที่สามารถทำให้คนจำนวนมากๆ หันมาสนใจมิฉะนั้นก็ต้องเป็นยาที่สามารถขายราคาแพงๆ หรือทำให้ราคาแพงได้โดยผู้บริโภคไม่มีทางเลือก นอกจากต้องควักกระเป๋าจ่ายค่ายาราคาแพงนั้น

ข้อเท็จจริงที่มีการเปิดเผยมานานแล้วก็คือ บริษัทยาข้ามชาติให้ความสำคัญมากที่สุดในการลงทุนวิจัยและพัฒนายาสำหรับโรคที่แพร่หลายในกลุ่มคนรวย เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และยาสำหรับอาการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากรูปแบบการใช้ชีวิต (หรือที่เรียกว่า "ยาลีลาชีวิต"–lifestyle drugs) ซึ่งรวมถึงโคเลสเตอรอลสูง ความดันโลหิตสูง โรคอ้วน ผมร่วง ผิวหนังเหี่ยวย่น อาการหย่อนสมรรถภาพทางเพศ สมาธิสั้น นอนไม่หลับ และอาการลำไส้แปรปรวน ยาที่วิจัยและพัฒนาขึ้นมาสำหรับโรคและกลุ่มอาการดังกล่าวจัดว่าเป็น **"ยาที่มีอนาคต"** เพราะผู้ใช้ส่วนใหญ่อยู่ในสังคมที่ร่ำรวย และตลาดมีความยืดหยุ่นสูง บริษัทสามารถ "หากินไปได้นาน" (กล่าวกันว่า สัดส่วนการลงทุนสำหรับยาในกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 90 ของการลงทุนทั้งหมดของบริษัทยาข้ามชาติ)

ส่วนยาสำหรับโรคที่แพร่หลายในสังคมที่คนส่วนใหญ่ยากจน เช่น โรคติดเชื้อ หรือโรคระบาดที่เกิดขึ้นเป็นครั้งเป็นคราวในประเทศแถบเขตร้อน ทั้งในเอเชีย แอฟริกา และละตินอเมริกา อุตสาหกรรมยาจะลงทุนน้อย เหตุผลสำคัญอย่างหนึ่งเพราะคนส่วนใหญ่ในประเทศแถบเขตร้อนเป็นคนจนและมีกำลังซื้อต่ำ กรณีโรคอีโบลาเป็นกรณีตัวอย่างล่าสุดที่เห็นได้ชัด แม้ว่าโรคนี้ระบาดครั้งแรกเมื่อ 40 ปี มาแล้ว แต่เพราะเป็นโรคที่แพร่ระบาดเฉพาะในแอฟริกาที่คนมีรายได้ต่ำ จึงแทบไม่มีการลงทุนศึกษาวิจัยใดๆ เลยโดยเฉพาะจากบริษัทยาข้ามชาติ

แต่อุบายอันล้ำลึกของบริษัทยาข้ามชาติที่คนทั่วไปอาจคาดไม่ถึง คือการ "สร้างโรค" ขึ้นมาให้ตรงกับยาที่ตัวเองวางแผนวิจัยและพัฒนา โดยอาศัยความเชี่ยวชาญของแพทย์เป็นตัวช่วย ด้วยอุบายที่แนบเนียนและน่าเชื่อถือเพื่อดึงความสนใจของผู้บริโภคที่มีเงินและใส่ใจในสุขภาพ และเพื่อขยายตลาดให้กว้างใหญ่ขึ้น ดังที่ได้กล่าวถึงมาแล้วข้างต้น

ความสำเร็จในเรื่องนี้วัดได้จากยอดขายที่สูงลิ่วของ "ยาลีลาชีวิต" เช่น ยาลดโคเลสเตอรอลที่มีชื่อทางการค้าว่าลิปิเตอร์ (Lipitor) ของบริษัทไฟเซอร์ (Pfizer) ซึ่งเป็นยาที่มียอดขายทำสถิติสูงกว่าหมื่นล้านดอลลาร์ต่อปี และเป็นยาที่ขายดีที่สุดในโลกชนิดที่ไม่เคยมียาใดทำได้มาก่อน

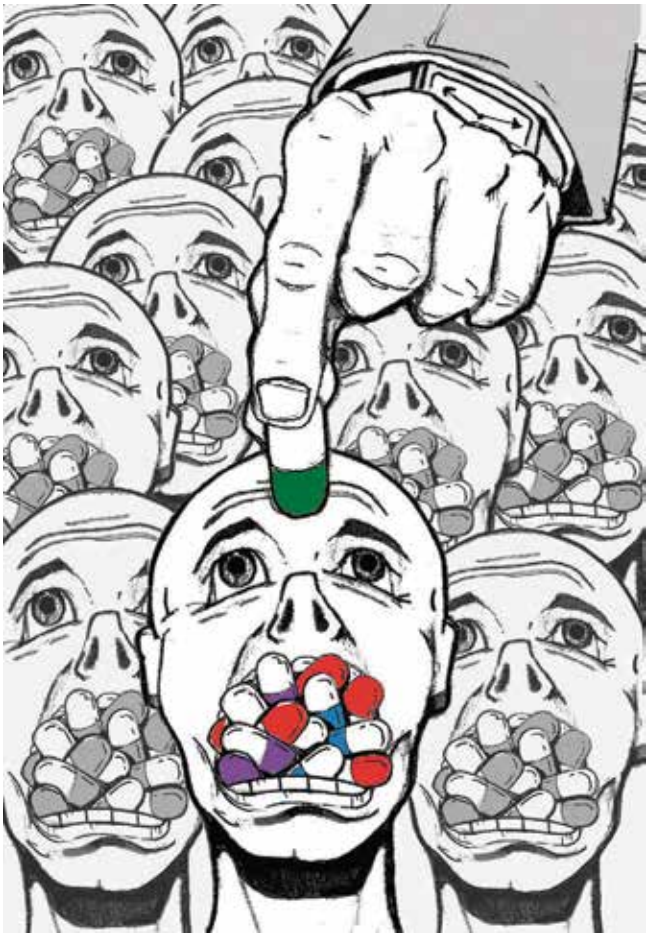
กำไรงามเพราะราคาแพง

อุตสาหกรรมยาเป็นอุตสาหกรรมที่ทำกำไรได้มหาศาล นิตยสารฟอร์จูนในปี 2545 รายงานว่าบริษัทยายักษ์ใหญ่ 10 บริษัทซึ่งเป็นผู้ผลิตและส่งออกยารายสำคัญของโลกมีกำไรรวมกันเป็นเงิน 35,000 ล้านดอลลาร์ มากกว่ากำไรรวมกันของบริษัทยาขนาดรองลงมา 490 บริษัท (ซึ่งมีกำไรเพียง 33,000 ล้านดอลลาร์เท่านั้น) กำไรที่งดงามของบริษัทยามาจากหลายปัจจัย หนึ่งในนั้นคือการที่ยามีราคาแพง หรือไม่ก็ถูกทำให้มีราคาแพงเกินเหตุ โดยเฉพาะยาที่วิจัยและพัฒนาขึ้นมาใหม่

ในช่วงเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมานี้ ราคายาในสหรัฐอเมริกาสูงเสียจนเกิดปัญหากลืนไม่เข้าคายไม่ออก ในระบบประกันสุขภาพ คนอเมริกันจำนวนนับล้าน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ต้องประสบปัญหาในการเข้าถึงยา เนื่องจากยาราคาแพง หลายคนสู้ราคายาในประเทศของตนไม่ไหว ต้องเดินทางไปซื้อยาจากประเทศแคนาดาหรือเม็กซิโกที่มีราคาถูกกว่ามาใช้ หรือมิฉะนั้นก็สั่งซื้อยาทางอินเตอร์เน็ตจากผู้ขายในยุโรป ขณะเดียวกันในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจน ยาที่จำเป็นแต่ราคาแพงมากๆ เช่น ยาต้านไวรัสเอดส์ ยาโรคมะเร็ง หรือยาโรคหัวใจ ก็ทำให้คนในประเทศเหล่านั้นประสบปัญหาอย่างมากในการเข้าถึงยา ทั้งยังเป็นภาระด้านงบประมาณและสร้างปัญหาแก่ระบบสุขภาพในประเทศเหล่านั้นด้วย

ในระยะหลังๆ บริษัทผู้ผลิตยาถูกวิพากษ์วิจารณ์อย่างหนักว่าขูดรีดประชาชนและเอากำไรเกินควร แต่พวกเขามักจะอ้างว่าเป็นเพราะต้องลงทุนสูงในการวิจัยและพัฒนายาใหม่ อีกทั้งยังมีความเสี่ยงสูงด้วย นอกจากนี้บริษัทจำเป็นต้องมีรายได้เพื่อนำไปลงทุนพัฒนายาใหม่ต่อไป ข้อแก้ตัวนี้ฟังดูก็เหมือนจะมีเหตุมีผล แต่ในเบื้องลึกแล้วมีหลายอย่างซ่อนอยู่ ซึ่งทำให้ประชาชนอดตั้งข้อสงสัยไม่ได้ว่าความจริงเป็นเช่นนั้นหรือไม่

แต่ความจริงแล้วสัดส่วนการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนายาของบริษัทยายักษ์ใหญ่นั้นแม้จะเป็นเงินจำนวนมาก แต่ก็เทียบไม่ได้กับค่าใช้จ่ายในหมวด *"ค่าการตลาดและการบริหาร"* ในเรื่องนี้แพทย์หญิงมาร์เซีย แองเกลล์ ชี้ให้เห็นว่า การลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาของบริษัทยายักษ์ใหญ่ 10 อันดับแรก ในปี 2533 มีมูลค่าคิดเป็นเพียงร้อยละ 11 ของยอดขาย แม้ในสิบปีต่อมา (พ.ศ. 2543) การลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาของบริษัทเหล่านั้นก็มีมูลค่าเป็นร้อยละ 14 ของยอดขายเท่านั้น รายจ่ายก้อนโตที่สุดของบริษัทยาเหล่านี้ไม่ใช่การลงทุนผลิตยา แต่เป็น "ค่าการตลาดและการบริหาร" ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 36 ของยอดขายปี 2533 มากกว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการวิจัยและพัฒนาในปีเดียวกันถึงกว่า 2 เท่า ค่าใช้จ่ายเพื่อการตลาดและการบริหารนั้นคิดเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดต่อเนื่องมาตลอด



ที่มา: Moynihan and Henry, 2006 (Illustration: Anthony Flores)

ยาใหม่ หรือยาต่อท้ายกันแน่?

ถ้าพิจารณาจากความจริงที่ว่ายาใหม่เป็นยาที่ราคาแพงและผู้ผลิตสามารถผูกขาดตลาดได้ บริษัทยาข้ามชาติทั้งหลายน่าจะมุ่งวิจัยและพัฒนายาใหม่เป็นหลัก แต่ความจริงไม่ได้เป็นเช่นนั้น เหตุผลที่บริษัทยามักจะอ้างก็คือ เพราะการวิจัยและพัฒนายาใหม่ต้องลงทุนสูง ใช้เวลานาน และมีความเสี่ยงสูงด้วย เหตุผลนี้คงไม่มีใครเถียง แต่ความจริงอีกด้านหนึ่งที่บริษัทยาไม่พูดถึงคือ เพราะพวกเขามีทางเลือกอื่นที่ลงทุนน้อยกว่าและใช้เวลาน้อยกว่า แต่ได้ยาที่จะเอาไปขอรับสิทธิบัตรเหมือนยาใหม่ได้ บังเอิญเรื่องนี้เป็นสิ่งที่คนส่วนมากไม่รู้

ในการพัฒนายาใหม่นั้นบริษัทยาส่วนมากไม่ได้เริ่มลงทุนตั้งแต่ขั้นตอนแรก ดังนั้น จึงไม่ได้แบกรับค่าใช้จ่ายทั้งหมด แต่จะเข้ามาลงทุนหลังจากที่การวิจัยพื้นฐานในขั้นบุกเบิก ได้พบสารนำทางที่จะใช้เป็นยาเพื่อนำไปทดลอง

กระบวนการพัฒนายาใหม่

กระบวนการผลิตยาใหม่ประกอบด้วยงานหลักๆ 2 ส่วน คือ ***การวิจัย*** และ ***การพัฒนายา*** งานในส่วนแรกเป็นการทำวิจัยขั้นพื้นฐาน เพื่อค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับโรคและภาวะของโรคที่เป็นเป้าหมายของการผลิตยา หลังจากนั้นจึงค้นหาสารที่จะบำบัดโรคได้ ซึ่งอาจจะใช้การออกแบบโมเลกุลโดยคอมพิวเตอร์ หรือคัดเลือกโมเลกุลที่รู้จักและมีอยู่แล้ว หรือสกัดจากสัตว์หรือพืช มาทำการสังเคราะห์ในห้องทดลอง และทดสอบในเซลล์เพาะเนื้อเยื่อ ความสำเร็จของงานในส่วนนี้คือการได้พบสารนำทางจำนวนหนึ่งที่น่าสนใจพอที่นำไปพัฒนาต่อไปได้ แต่โอกาสที่สารนำทางที่ได้จะถูกพัฒนาเป็นยาก็มีน้อยมาก จากสารจำนวนนับพันหรือนับหมื่นอาจจะเหลือเพียงไม่กี่ตัวเท่านั้น

ในสหรัฐอเมริกา งานวิจัยนี้ส่วนใหญ่แล้วทำโดยนักวิจัยในสถาบันวิจัยทางวิทยาศาสตร์ หรือหน่วยงานทางวิชาการ เช่น สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health-NIH) มหาวิทยาลัย และหน่วยงานวิจัยเทคโนโลยีชีวภาพ ทุนส่วนใหญ่มาจากงบประมาณของรัฐ (เงินภาษีประชาชน) บริษัทยาส่วนมากเลือกที่จะไม่ลงทุนในขั้นนี้ เพราะต้องใช้งบประมาณสูงมากและใช้เวลานาน บางทีอาจเป็นสิบๆ ปี อีกทั้งมีความเสี่ยงสูง

กระบวนการ *พัฒนายา* อาจแบ่งเป็นขั้นตอนย่อย 4 ขั้นตอน ขั้นแรกเป็นการนำเอาสารนำทางที่น่าสนใจซึ่งได้จากการค้นคว้าในภาคแรกไปศึกษาในสัตว์ทดลอง เพื่อดูความมีประสิทธิผลและความปลอดภัย ถ้าประสบความสำเร็จจึงเริ่มการศึกษาในขั้นที่สอง ซึ่งจะเป็นการศึกษาความปลอดภัยของยาในคน โดยใช้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ถ้าขั้นนี้ได้ผล การศึกษาขั้นที่สามจึงจะเริ่มขึ้น ซึ่งจะทำการทดลองยาในคนที่เป็นอาสาสมัครกลุ่มใหญ่ เพื่อดูว่าควรใช้ยาขนาดเท่าใดจึงจะได้ผลดีที่สุดและปลอดภัยที่สุด ถ้าการศึกษาขั้นที่สามประสบความสำเร็จเป็นที่พอใจ จึงจะเริ่มกระบวนการขอจดทะเบียนยาใหม่ได้ เมื่อได้รับการอนุมัติจึงจะนำยาออกสู่ตลาด และเมื่อยาออกสู่ตลาดแล้ว การศึกษาในขั้นที่ 4 ก็จะเริ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นการติดตามความมีประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาตลอดระยะเวลาที่มีการใช้ยานั้นๆ การศึกษาในขั้นนี้จะทำให้รู้และจัดการกับผลข้างเคียงที่ไม่คาดคิดจากการใช้ยาระยะยาว หรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับประชากรกลุ่มที่มีลักษณะทางกรรมพันธุ์เฉพาะ

ในภาคการพัฒนานี้ ถ้าเกิดพบว่างานในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งล้มเหลว หรือไม่ได้ผลเป็นที่ยอมรับได้ เงินที่ลงทุนไปในกระบวนการพัฒนาทั้งหมดก็สูญเปล่า แม้ว่ายาจะออกสู่ตลาดแล้ว แต่ถ้าหากพบว่าเกิดผลเสียที่รุนแรงก็ต้องถอนยาออกจากตลาด มีการศึกษาที่แสดงว่า ค่าใช้จ่ายในการพัฒนายาใหม่แต่ละตัว ตั้งแต่ขั้นทำการทดลองยาทางคลินิกไปจนถึงขั้นนำยาออกสู่ตลาด คิดเป็นเงินโดยเฉลี่ย 868 ล้านดอลลาร์ แต่ก็มีความแตกต่างกันมาก ตั้งแต่ประมาณ 500 ล้านดอลลาร์ ถึงกว่า 2,000 ล้านดอลลาร์ ขึ้นอยู่กับชนิดของยา

ที่มา: นพ.วิชัย โชควิวัฒน และคณะ, 2549; Adams and Branter, 2006

ทางคลินิกในคนได้แล้ว การลงทุนในการวิจัยพื้นฐานนั้นในสหรัฐอเมริกาโดยมากทำโดยหน่วยงานวิจัยของรัฐ เช่น สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institutes of Health: NIH) มหาวิทยาลัย หรือหน่วยงานวิจัยเทคโนโลยีชีวภาพ หน่วยงานเหล่านี้รับทุนสนับสนุนจากรัฐซึ่งเป็นเงินภาษีของประชาชน การลงทุนของบริษัทยาในขั้นต่อจากนั้นแม้จะเป็นเงินจำนวนมาก แต่ก็เทียบไม่ได้กับทุนที่ใช้ในขั้นตอนการวิจัยพื้นฐาน ดังนั้นบริษัทยาจึงไม่สามารถอ้างแบบเหมารวมให้คนเข้าใจผิดว่าค่าใช้จ่ายจำนวนมหาศาลในการพัฒนายาใหม่เป็นความรับผิดชอบของตนทั้งหมด

ด้วยเหตุผลด้านเงินลงทุนและเวลาที่ต้องใช้ในการพัฒนายาใหม่ บริษัทยาส่วนมากสนใจวิจัยและพัฒนายาประเภทที่เรียกว่า ***ยาต่อท้าย*** (me-too drugs) มากกว่าที่จะลงทุนวิจัยและพัฒนายาใหม่จริงๆ *ยาต่อท้าย* ไม่ใช่ยาใหม่ในความหมายที่เป็นนวัตกรรม แต่เป็นยาที่อาจมีลักษณะทางโครงสร้างคล้ายกับยาที่มีอยู่แล้วโดยผู้พัฒนาอาจจะคัดเอายาดีๆ ที่มีประสิทธิผลของตนตัวใดตัวหนึ่ง (หรือหลายตัว) ซึ่งอาจจะมีสิทธิบัตรอยู่แล้ว หรือไม่มีก็ได้ เอามาเติมลักษณะบางอย่างลงไป โดยทำให้เป็นยาที่ต่างออกไปจากตัวเดิมในบางด้าน เช่น ด้านรูปแบบ (ยาเม็ดหรือยาฉีด) ข้อบ่งใช้ (ใช้ทุกวัน หรือใช้อาทิตย์ละครั้ง) หรือประโยชน์ของยาที่เพิ่มขึ้น แล้วนำไปยื่นขอจดสิทธิบัตร จะว่าไปแล้ววิธีนี้ก็เหมือนกับการเอายาเก่ามา "แต่งตัวเสียใหม่" แล้วนำไปยื่นขอจดสิทธิบัตร เป็นการ "เก็บของเก่ามาหากินไปเรื่อยๆ"

ข้อมูลของสำนักงานอาหารและยาของสหรัฐอเมริกาที่อ้างในหนังสือ "กระชากหน้ากากธุรกิจยาข้ามชาติ"[3] แสดงให้เห็นว่า ในจำนวนยาที่ได้รับอนุมัติทะเบียนยาใหม่ในช่วง 5 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2541-2545 จำนวน 415 รายการ มีเพียงร้อยละ 14 (58 รายการ) เท่านั้นที่เป็นผลผลิตจากการคิดค้นในระดับนวัตกรรมและที่ถือว่าเป็นยาใหม่ ร้อยละ 9 เป็นยาเก่าที่ถูกเปลี่ยนแปลงบางด้าน เพื่อทำให้สำนักงานอาหารและยาเห็นว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างสำคัญ ที่เหลืออีกร้อยละ 77 เป็นยาต่อท้าย ตัวเลขนี้คล้ายกับที่พบในประเทศไทยราวกับว่าเป็นการศึกษาในที่เดียวกัน ดังจะเห็นได้จากผลศึกษาข้อมูลเอกสารคำขอรับสิทธิบัตรยาในประเทศไทย ระหว่าง พ.ศ. 2535 – 2545 ซึ่งพบว่า ร้อยละ 72 ของคำขอจดสิทธิบัตรจำนวน 2,444 ฉบับ เป็นคำขอสำหรับยาที่จัดอยู่ในประเภทยาต่อท้าย หรืออาจจะกล่าวว่าเป็นการแปลงโฉมยาเก่าให้เป็นยาใหม่

การพัฒนายาต่อท้ายนั้นใช้เวลาและทุนน้อยกว่าการพัฒนายาใหม่อย่างเทียบกันไม่ได้ เพราะไม่จำเป็นต้องทำการวิจัยอย่างเข้มข้นเหมือนที่ทำในการพัฒนายาใหม่ เพียงแต่ทำการวิจัยหรือการทดลองทางคลินิกที่จะยืนยันคุณสมบัติที่ขอเพิ่มลงไปในยานั้นเท่านั้น ก็เพียงพอที่จะนำไปขอจดสิทธิบัตรได้ แม้ยาที่ได้จากวิธีนี้จะไม่ใช่ยาใหม่ในความหมายที่เป็นนวัตกรรมจริงๆ แต่ผลตอบแทนในแง่ของการผูกขาดตลาดก็แทบไม่ต่างกัน

ถึงตรงนี้ อาจสรุปได้ว่า ข้ออ้างของบริษัทยาข้ามชาติที่ว่า การที่ยาใหม่ราคาแพงก็เพราะบริษัทต้องลงทุนสูงมากในการวิจัยและพัฒนานั้นเป็นการอ้างเพื่อผลประโยชน์ของตัวเองมากกว่า

"เกราะวิเศษ" ของยาราคาแพง

ตามหลักแล้ว การที่ยาจะมีราคาแพงไม่ใช่เพราะว่ายานั้นมีความต้องการมากแต่มีคนผลิตออกมาน้อยเพียงอย่างเดียว ที่สำคัญกว่านั้นคือการที่บริษัทสามารถผูกขาด



ที่มา: TML Daily, December 2, 2011 (Internet Edition)

[3] แปลจาก "The truth about the Drug Companies: How they deceive us and what to do about it" ของ Marcia Angell (2005) แปลโดย นพ. วิชัย โชควิวัฒน และคณะ (2549)

ตลาดได้ การผูกขาดตลาดนั้นจะเป็นไปไม่ได้เลย หากมีบริษัทอื่นผลิตยาตัวเดียวกันออกมาแข่งขัน สิ่งเดียวที่จะกันไม่ให้ผู้ประกอบการรายอื่นเข้ามาแข่งขันในตลาดได้คือ ***สิทธิบัตร*** ซึ่งทำหน้าที่เสมือนเป็น "เกราะวิเศษ" คุ้มกันทั้งในด้านการผลิตและการตลาดในเวลาเดียวกัน

สิทธิบัตรก็คือสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมายในการผูกขาดการผลิตและการตลาด ซึ่งหน่วยงานของรัฐมอบให้แก่ผู้ที่วิจัยและพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ อันเป็นประโยชน์แก่มวลมนุษย์ เป็นการให้รางวัลแก่ผู้วิจัยและพัฒนาโดยตรง โดยหลักเกณฑ์สากลในปัจจุบันสิทธิบัตรมีอายุการคุ้มครองนาน 20 ปี นับแต่วันที่ยื่นคำขอ ประเทศส่วนมากในโลกที่เป็นสมาชิกองค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) ต่างก็มีระบบคุ้มครองนี้

ยาที่ได้รับสิทธิบัตรคุ้มครองเรียกว่า ***ยาต้นตำรับ*** (Original Drugs) สิทธิบัตรยาจะอนุมัติให้เฉพาะกับ ***ยาใหม่*** เท่านั้น ที่ว่าใหม่คือต้องเป็นยาที่แตกต่างอย่างสำคัญจากยาที่เคยมีมาก่อน อย่างน้อยก็ในด้านโครงสร้าง ประโยชน์ วิธีใช้ และรูปแบบของยา ตามหลักแล้วการอนุมัติสิทธิบัตรสำหรับยาหรือสิ่งประดิษฐ์ใดๆ ก็ตามจะต้องผ่านการตรวจสอบอย่างเข้มงวดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในสหรัฐอเมริกาสิทธิการผูกขาดสำหรับยามี 2 แบบ คือ

1) สิทธิผูกขาดภายใต้การคุ้มครองของสิทธิบัตร ซึ่งออกให้โดยสำนักงานสิทธิบัตรและเครื่องหมายการค้าของสหรัฐฯ (US Patent & Trademark Office-USPTO) เดิมทีหน่วยงานนี้มีระบบที่เข้มงวดมากในการตรวจสอบและอนุมัติสิทธิบัตรสำหรับสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ แต่หลังจากปี 2523 มีการผ่อนปรนข้อกำหนดสำหรับสิ่งประดิษฐ์ที่จะขอรับสิทธิบัตร ทำให้ในปัจจุบันลักษณะแทบทุกอย่างของยาสามารถนำไปยื่นขอจดสิทธิบัตรได้ ไม่ว่าจะเป็นข้อบ่งใช้ใหม่ รูปแบบยาใหม่ สูตรผสมใหม่ของยาตัวเก่า หรือแม้แต่สีของเม็ดยา การผ่อนปรนนี้เปิดทางให้บริษัทผู้ผลิตยา "เล่นเกมสิทธิบัตร" เพื่อยืดระยะเวลาการผูกขาดออกไปให้นานที่สุดที่จะนานได้ (ที่เรียกว่า Evergreening Patent)

2) สิทธิผูกขาดตลาดที่มอบให้โดยสำนักงานอาหารและยา (US Food and Drug Administration-USFDA) หลังจากยาได้รับการขึ้นทะเบียนให้ออกสู่ตลาดได้แล้ว สำนักงานอาหารและยาจะให้สิทธิผูกขาด 5 ปี สำหรับยาที่ประกอบด้วยโมเลกุลใหม่ๆ, 7 ปี สำหรับยากำพร้า (คือยาที่คาดว่าจะมีผู้ใช้น้อยกว่า 2 แสนคน) และ 3 ปี สำหรับยาที่เคยได้รับอนุมัติแล้วแต่นำมาทำการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและรูปแบบให้กลายเป็น "ยาใหม่" ขึ้นมา

ไม่ต้องสงสัยว่าสิทธิบัตรจะเป็น "ขุมทรัพย์" อันล้ำค่าเพียงใดสำหรับบริษัทยา โดยทั่วไป เมื่อสิทธิบัตรของยาใดหมดอายุลง บริษัทอื่นจะสามารถผลิตยาที่มีทุกอย่างคล้ายกับยาที่สิทธิบัตรหมดอายุนั้น ออกมาจำหน่ายในตลาดได้ ยาประเภทนี้เรียกว่า *ยาชื่อสามัญ* (Generic Drugs) ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดการแข่งขันและทำให้ราคาของยาต้นตำรับลดลงอย่างมาก ดังนั้น จึงไม่แปลกที่บริษัทเจ้าของยาต้นตำรับ (ยาที่มีสิทธิบัตร) จะทำทุกอย่างที่เป็นไปได้ เพื่อให้ยาของตนยังมีสิทธิบัตรหรือมีสิทธิผูกขาดอยู่ โดยการอาศัยช่องโหว่ทางกฎหมายที่มีอยู่ "เล่นเกม" ยื้อสิทธิบัตรทุกรูปแบบ อุบายในเรื่องนี้อาจรวมถึงวิธีการต่อไปนี้

(1) เปลี่ยนแปลงปรับปรุงยาต้นตำรับของตนให้ดู "ใหม่" อยู่เสมอ โดยการเติมนั่นนิดเติมนี่หน่อย เพื่อจะได้ยืดเวลาผูกขาดตลาดออกไปได้อีกอย่างน้อยก็ 3 ปี

(2) ยื่นคำขอรับสิทธิบัตรไว้หลายๆ ฉบับสำหรับคุณลักษณะเด่นๆ แต่ละด้านของยาแต่ละตัว และให้คำขอสิทธิบัตรเหล่านั้นเหลื่อมเวลากันหลายเดือน หรือหลายปี เพื่อว่าเมื่ออายุสิทธิบัตรสำหรับลักษณะเด่นด้านหนึ่งหมด สิทธิบัตรสำหรับลักษณะด้านอื่นจะยังอยู่ จะได้ยืดเวลาออกไปได้ และถ้าในระหว่างนั้นมีบริษัทอื่นละเมิดสิทธิบัตรของตน บริษัทที่เป็นเจ้าของยามีสิทธิบัตรก็สามารถยื่นฟ้องได้ และการยื่นฟ้องจะทำให้ขยายเวลาผูกขาดออกไปได้อีก 30 เดือนโดยอัตโนมัติ

"ตั้งแต่เกิดองค์การการค้าโลกขึ้นมาในปี 2538 การผูกขาดตลาดยาภายใต้สิทธิบัตรไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในประเทศผู้ผลิต และประเทศที่ยาถูกนำไปจดสิทธิบัตรเท่านั้น แต่ผูกขาดในทุกประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก โดยได้รับการค้ำจุนจาก *ความตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า* หรือที่เรียกสั้นๆ ว่า "ทริปส์" ซึ่งถือกำเนิดมาพร้อมกับองค์การการค้าโลกนั่นเอง"

(3) ทำการทดสอบยาขายดีที่มีสิทธิบัตรอยู่แล้วในเด็ก เพื่อจะได้สิทธิผูกขาดโดยอัตโนมัติเพิ่มอีก 6 เดือน ไม่ว่ายานั้นจะออกแบบมาเพื่อใช้ในเด็กตั้งแต่แรกหรือไม่ก็ตาม

(4) นำเอายาต้นตำรับที่กำลังจะหมดสิทธิบัตรมา "แต่งตัวเสียใหม่" ให้เห็นว่าเป็นยาตัวใหม่ที่ต่างไปจากตัวเดิม แล้วนำไปยื่นขอสิทธิบัตรเป็นยาใหม่

ด้วยการเล่นเกมสิทธิบัตรดังกล่าวมา จึงทำให้ยาในตลาดที่ควรจะเป็นยาชื่อสามัญและมีราคาถูกลงจำนวนมากยังคงเป็นยาในกลุ่มที่ราคาแพง และบริษัทยายังใช้หากินด้วยการผูกขาดตลาดต่อไปได้

การผูกขาดตลาดยาในเวทีการค้าโลก

ตั้งแต่เกิดองค์การการค้าโลก (World Trade Organization: WTO) ขึ้นมาในปี 2538 การผูกขาดตลาดยาภายใต้สิทธิบัตรไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในประเทศผู้ผลิต และประเทศที่ยาถูกนำไปจดสิทธิบัตรเท่านั้น แต่ได้ผูกขาดในทุกประเทศที่เป็นสมาชิกขององค์การการค้าโลก (มี 160 ประเทศ, ข้อมูลเดือนมิถุนายน 2557) โดยได้รับการค้ำจุนจาก **ความตกลงระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า** หรือที่เรียกสั้นๆ ว่า ***"ทริปส์"*** (TRIPs: Trade – Related Aspects of Intellectual Property Rights) ซึ่งถือกำเนิดมาพร้อมกับองค์การการค้าโลกนั้นเอง

ทริปส์กำหนดให้ประเทศสมาชิกขององค์การการค้าโลก ต้องให้การคุ้มครองสิ่งประดิษฐ์ที่มีสิทธิบัตรทุกชนิด รวมถึงยาด้วย ที่มีจำหน่ายในประเทศของตน ไม่ว่าสิ่งนั้นจะผลิตมาจากประเทศสมาชิกประเทศใดก็ตาม มาตรฐานการคุ้มครองที่ทริปส์กำหนดมีระยะเวลาการผูกขาดการผลิตซ้ำและการจำหน่ายเป็นเวลา 20 ปี ประเทศสมาชิกจะกำหนดมาตรฐานการคุ้มครองของตนให้สูงกว่าที่ทริปส์กำหนดไว้ก็ได้ แต่ต้องปฏิบัติต่อผลประโยชน์ของคนจากประเทศสมาชิกอื่นเช่นเดียวกับคนในประเทศของตน

การคุ้มครองด้วยสิทธิบัตรภายใต้ข้อตกลงทริปส์ทำให้ยาในประเทศต่างๆ มีราคาแพง ส่งผลกระทบอย่างแรงต่อการเข้าถึงยาของคนในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจน แต่เมื่อประเทศเหล่านั้นใช้อำนาจตามกฎหมายผลิตหรือสั่งเข้ายาที่จำเป็นราคาถูก เช่น ยาสำหรับโรคเอดส์ เพื่อให้มียาเพียงพอสำหรับประชาชนของตนก็ทำให้เกิดกรณีพิพาทกับบริษัทยาข้ามชาติผู้ผลิตยาเหล่านั้น ดังเช่นกรณีที่ประเทศแอฟริกาใต้และประเทศบราซิลถูกบริษัทยาข้ามชาติฟ้องในข้อหาละเมิดสิทธิบัตร

ต่อมาการทบทวนข้อกำหนดของทริปส์ตามปฏิญญาโดฮา (ได้รับการรับรองโดยสมาชิกของ WTO ในปี 2546) ได้เปิดโอกาสให้ประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจนที่ไม่สามารถผลิตยาเองได้ ใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิ (Compulsory Licensing) ผลิตหรือนำเข้ายาที่ได้สิทธิการผูกขาดตลาดภายใต้สิทธิบัตร ประเทศไทยก็เคยใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิมาแล้ว 3 ครั้ง เพื่อผลิตยาโรคเอดส์ ยาโรคหัวใจ และยาต้านโรคมะเร็งบางชนิด ซึ่งการดำเนินการดังกล่าว แม้จะถูกต้องตามทริปส์และพระราชบัญญัติสิทธิบัตรของไทย แต่ก็มีแรงต่อต้านจากสหรัฐอเมริกาและยุโรปอย่างรุนแรง แต่ความจริงประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างสหรัฐอเมริกาและแคนาดา ก็เคยบังคับใช้สิทธิในการผลิตยาที่จำเป็นด้วยเช่นกัน

อุบายส่งเสริมการขาย: เป้าหมายสำคัญคือแพทย์

ปัจจุบันนี้การทำตลาดเป็นส่วนสำคัญยิ่งของสินค้าที่ผลิตออกมาเพื่อขาย ในยุคที่การแข่งขันด้านการตลาดมีความเข้มข้นอย่างเช่นทุกวันนี้ สินค้าที่ผู้ผลิตไม่ได้ลงทุนด้านการตลาดอย่างเพียงพอ มีโอกาสสูงที่จะไปไม่รอด ไม่ว่าสินค้านั้นจะดีเพียงใดก็ตาม ดังนั้น จึงไม่แปลกเลยที่การลงทุนด้านการตลาดสำหรับสินค้าบางชนิดจะมีสัดส่วนสูงกว่าการลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนามาก

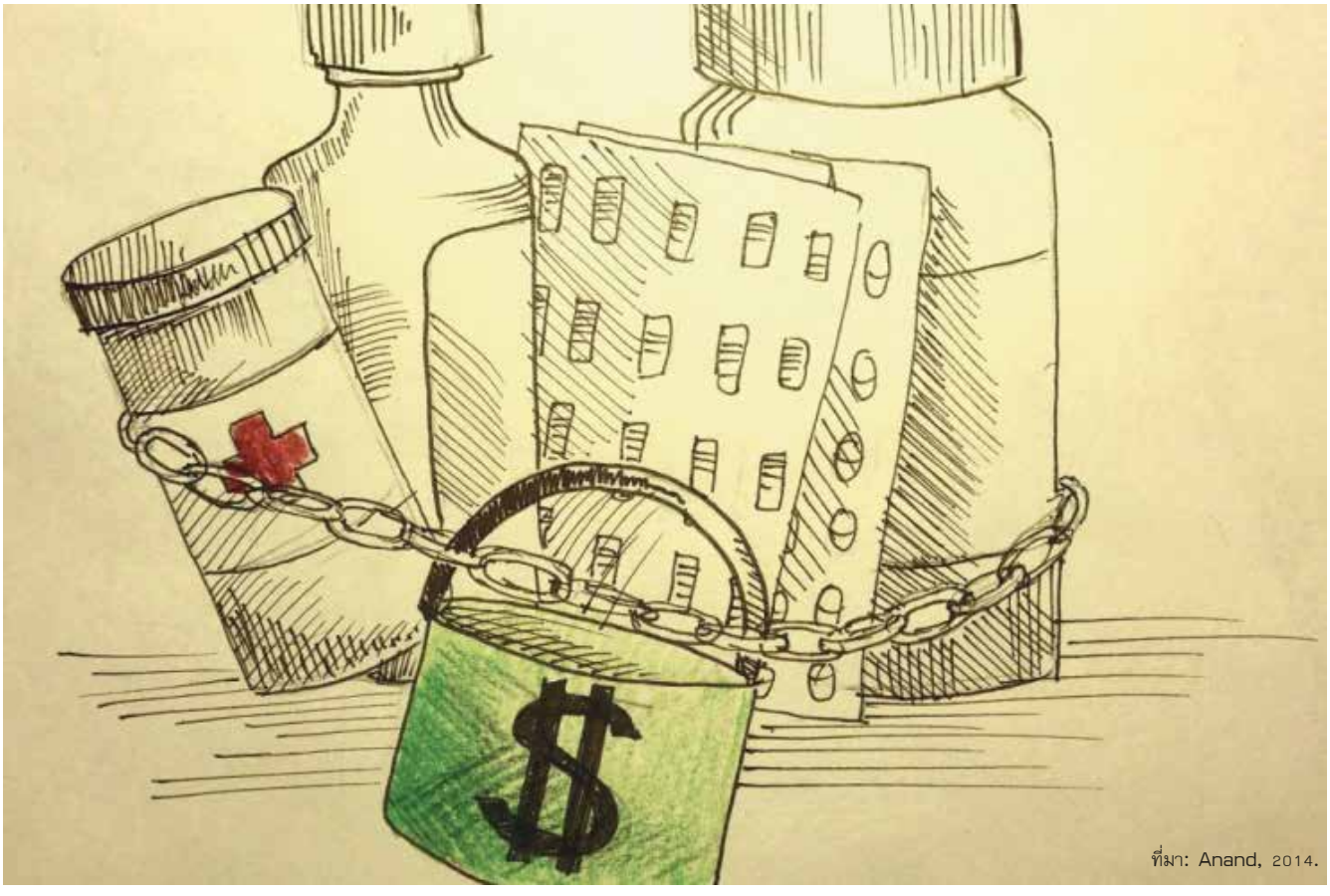
ยาก็เช่นเดียวกับสินค้าอื่นๆ บริษัทยายักษ์ใหญ่ทุ่มทุนมหาศาลในการทำตลาด แต่บริษัทยาไม่เคยเปิดเผยรายละเอียดของค่าใช้จ่ายในการทำตลาด นอกจากให้เพียงตัวเลขรวมๆ ไว้ในหมวดค่าใช้จ่าย "เพื่อการตลาดและการบริหาร" มีการประมาณว่าในปี 2544 ค่าใช้จ่ายในหมวดนี้ของบริษัทยาที่เป็นสมาชิกของสมาคมผู้วิจัยและผลิตยาแห่งอเมริกา (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America: PhRMA) เป็นเงิน 54,000 ล้านดอลลาร์ หรือคิดเป็นร้อยละ 30 ของรายได้สุทธิ 179,000 ล้านดอลลาร์ในปีนั้น จำนวนนี้มากกว่าเงินที่บริษัทยาลงทุนไปในการวิจัยและพัฒนาซึ่งมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 14 ของรายได้สุทธิในปีเดียวกัน หรือประมาณ 25,000 ล้านดอลลาร์ เท่านั้น

การลงทุนเพื่อทำตลาดยาอาจแยกออกเป็นสองส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด ส่วนหนึ่งเป็นการส่งเสริมการขายโดยตรง ผ่านทางแพทย์ผู้ให้การรักษา โรงพยาบาล และสถานบริการทางการแพทย์อื่นๆ อีกส่วนหนึ่งเป็นการทำตลาดด้วยการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการที่บริษัทยาอ้างว่าเป็นการให้ความรู้แก่แพทย์ ทั้งสองส่วนนี้มีจุดมุ่งหมายเดียวกัน คือ เพื่อให้แพทย์คุ้นเคยกับยาที่บริษัทผลิตออกมาและสั่งยาให้คนไข้ในการรักษาโดยใช้ชื่อทางการค้า ขณะเดียวกันคนไข้ก็จะได้คุ้นเคยและเรียกหายาตามชื่อการค้านั้นในโอกาสต่อไปด้วย การส่งเสริมการขายทั้งสองส่วนนี้ ไม่รวมถึงการโฆษณาผ่านสื่อต่างๆ ไปยังประชาชนผู้บริโภค (ส่วนหลังนี้จะกล่าวถึงต่างหากในตอนต่อไป)

เนื่องจากแพทย์มีบทบาทสำคัญในการสั่งยาให้คนไข้ การส่งเสริมการขายที่พุ่งเป้าไปยังกลุ่มแพทย์เป็นวิธีที่ได้ผล อุบายอย่างหนึ่งในเรื่องนี้คือ การแจกยาตัวอย่างฟรีให้แก่แพทย์ เพื่อให้แพทย์คุ้นเคยกับยานั้น นอกจากยาตัวอย่างที่แจกให้แก่แพทย์แล้ว บริษัทยามักจะผูกไมตรีกับแพทย์ด้วยการมอบของกำนัล ซึ่งอาจเป็นของใช้เล็กๆ น้อยๆ หรืออุปกรณ์ที่จำเป็นในสำนักงานบางชิ้น (แน่นอน สิ่งของเหล่านี้ย่อมมีตราสัญลักษณ์ของบริษัท หรือชื่อยาที่กำลังส่งเสริมการขายติดอยู่) และบางครั้งก็รวมถึงอาหารเลิศรสมื้อพิเศษในภัตตาคารหรูด้วย สำหรับผู้ที่อยู่ในวงการส่งเสริมการขายยาแล้วเป็นที่รู้กันดีว่าวิธีการขั้นพื้นฐานที่จะจูงใจแพทย์คือ *คำพูดหวานๆ อาหารรสดี* และ *ไมตรีอบอุ่น* (flattery, food and friendship หรือ 3F)

มีตัวเลขที่อ้างถึงในหนังสือ "กระชากหน้ากากบริษัทยาข้ามชาติ" ชี้ให้เห็นว่า ในสหรัฐอเมริกาปี 2544 บริษัทยายักษ์ใหญ่ใช้เงินประมาณ 11,000 ล้านดอลลาร์ เป็นค่ายาตัวอย่างที่แจกให้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลและคลินิกทั่วประเทศ และใช้พนักงานส่งเสริมการขายมากถึง 88,000 คนเพื่อการนี้โดยเฉพาะ ซึ่งเท่ากับว่ามีพนักงานส่งเสริมการขาย (หรือที่เรียก "ผู้แทนยา") 1 คน ต่อแพทย์ 5-6 คน อุตสาหกรรมยาอ้างว่างบประมาณสำหรับจ้างพนักงานเหล่านี้เป็นเงินเพียง 5,500 ล้านดอลลาร์เท่านั้น แต่มีการคาดประมาณว่าตัวเลขนี้ต่ำกว่าที่น่าจะเป็นมาก พนักงานส่งเสริมการขายเหล่านี้จะพยายามเข้าพบแพทย์ในโอกาสต่างๆ เพื่อเสนอสรรพคุณของยา หรือไม่ก็จะพยายามวนเวียนอยู่แถวหน้าห้องทำงานของแพทย์ผู้มีอำนาจในการสั่งซื้อยาเข้าโรงพยาบาล เรื่องนี้แพทย์หญิงมาร์เซีย แองเกลล์ กล่าวว่า *ไม่ใช่เรื่องเกินจริงหากจะกล่าวว่าผู้แทนยาได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวันของแพทย์จำนวนมากไปแล้ว*

ในการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการแก่แพทย์นั้น บริษัทยาจะให้การสนับสนุนกิจกรรมที่หลากหลาย นับตั้งแต่การให้ทุนเพื่อทำการวิจัย (แน่นอนว่าต้องเป็นการวิจัยในประเด็นที่จะมีผลเชิงบวกต่อยาของตน) ไปจนถึงการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการซึ่งเป็นสิ่งที่บุคคลในวิชาชีพแพทย์ต้องมีส่วนร่วม เพื่อให้ทันกับความรู้ใหม่ๆ เช่น การบรรยายทางวิชาการ การสัมมนา และการประชุมทางวิชาการในโอกาสต่างๆ รวมถึงการประชุมประจำปีของสมาคมแพทย์เฉพาะทาง บริษัทยามักจะอ้างว่าเงินสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการนั้นเป็นการสนับสนุนเพื่อความรู้ที่บริสุทธิ์ ไม่มีผลประโยชน์แอบแฝง อย่างไรก็ตาม



ที่มา: Anand, 2014.

สำหรับคนที่อยู่ในวงการแล้ว เป็นการยากที่จะเชื่อว่านั่นเป็นการหว่านพืชที่ไม่หวังผล มีการคาดประมาณว่าในสหรัฐอเมริกาการทำตลาดที่แฝงมาในรูปของการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการแก่แพทย์และองค์กรวิชาชีพแพทย์เช่นนี้ มีมูลค่าปีละประมาณ 35,000 ล้านดอลลาร์

การให้การสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการแก่แพทย์นั้นเป็นการใช้กระสุนเพียงนัดเดียวแต่ยิงนกได้สองตัว *นกตัวที่หนึ่ง* คือสามารถโฆษณายากับบรรดาคุณหมอทั้งหลายเกี่ยวกับสรรพคุณที่ไม่ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานอาหารและยาได้ โดยไม่ผิดกฎหมาย ปกติแล้วในการอนุมัติยาใหม่สำนักงานอาหารและยาจะอนุมัติให้ทำตลาดได้เฉพาะสรรพคุณที่ได้ระบุไว้ในเอกสารอนุมัติยาเท่านั้น ดังนั้น ในการทำตลาดบริษัทยาจะอ้างสรรพคุณยาแบบครอบจักรวาลไม่ได้ แต่กฎหมายนี้ก็ไม่ได้ห้ามแพทย์สั่งยาสำหรับอาการที่ไม่ได้ระบุไว้ในฉลากยา (off label) ดังนั้น ถ้าบริษัทสามารถโน้มน้าวแพทย์ให้สั่งยาในสรรพคุณนอกฉลากยาได้ ปริมาณการขายยานั้นก็จะเพิ่มขึ้น ช่องทางที่ดีที่สุดที่จะโน้มน้าวแพทย์ก็คือผ่านกิจกรรมทางวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพราะกิจกรรมทางวิชาการไม่ถือว่าเป็นการทำตลาดหรือส่งเสริมการขาย บริษัทสามารถอ้างอิงผลการศึกษาที่ตนวางแผนและให้การสนับสนุนไว้อย่างดีแล้ว หรือใช้ประโยชน์การบรรยายทางวิชาการของแพทย์ระดับผู้นำทางความคิดที่ตนจ้างเป็นที่ปรึกษาไว้แล้ว

นกตัวที่สอง คือ สามารถให้ "ของขวัญ" (เงิน หรือผลประโยชน์อย่างอื่น) แก่แพทย์ได้อย่างไม่จำกัด และโดยไม่ผิดกฎหมายว่าด้วยการให้สินบนเพื่อส่งเสริมการขาย เนื่องจากกิจกรรมทางวิชาการเป็นโอกาสที่เหมาะที่สุดสำหรับการให้ในลักษณะเช่นนี้ ปกติแล้วถ้าบริษัทยาให้ค่าตอบแทน (เปอร์เซ็นต์) แก่แพทย์ที่สั่งยาของตนแก่คนไข้ ถือว่าผิดกฎหมาย แต่จะไม่ผิดถ้าให้ในรูปของการสนับสนุนกิจกรรมทางวิชาการ เช่น สนับสนุนทุนการวิจัย สนับสนุนค่าใช้จ่ายการเข้าร่วมฟังการบรรยายทางวิชาการ ค่าลงทะเบียนในการสัมมนา หรือในการประชุมของสมาคมวิชาชีพแพทย์เฉพาะทาง หรือแม้แต่การจ่ายเงินเป็นค่าอาหารและความบันเทิงระหว่างเข้าร่วมในกิจกรรม

ทางวิชาการ ทั้งหมดนี้ไม่ถือว่าผิดกติกามารยาทแต่อย่างใด เพราะถึงอย่างไรแนวทางปฏิบัติเรื่องนี้ก็วางไว้เพียงกว้างๆ ว่า *"ผู้ผลิตควรพิจารณาว่าการให้ทุนนั้นเป็นไปเพื่อวัตถุประสงค์ด้านการศึกษาหรือการวิจัยโดยสุจริตหรือไม่"*

ปกติแล้ว แพทย์จะต้องทำให้ตัวเองทันกับความก้าวหน้าในวิทยาการใหม่ๆ ในสาขาของตนอยู่ตลอดเวลา ด้วยการหาความรู้อย่างต่อเนื่อง จากการอ่านงานวิจัยในวารสาร การเข้าฟังการบรรยายทางวิชาการ และการประชุมสัมมนา ในประเทศที่การแพทย์เจริญก้าวหน้ามากอย่างสหรัฐอเมริกาเรื่องนี้มีความสำคัญมากถึงขนาดที่การศึกษาต่อเนื่องของแพทย์ถือเป็นข้อกำหนดอย่างหนึ่งในการที่แพทย์จะได้ต่อใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ ดังนั้นในปีหนึ่งๆ จึงมี *กิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องสำหรับแพทย์* เกิดขึ้นจำนวนมาก (กล่าวกันว่ามากกว่า 300,000 ครั้งต่อปี) และในกิจกรรมการศึกษาต่อเนื่องเหล่านี้เองที่บริษัทยาให้การสนับสนุน ทั้งในการจัดกิจกรรมและการเข้าร่วมของแพทย์เป็นรายบุคคล โดยแผงการส่งเสริมการขายและผลประโยชน์ของบริษัทไว้อย่างแยบยล

การทำตลาดในลักษณะนี้นับว่าได้ผลเป็นอย่างดี มีการศึกษาในสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับการสั่งยาของแพทย์ที่ได้รับการสนับสนุนจากบริษัทยาในการเข้าร่วมประชุมทางวิชาการ พบว่า เมื่อเทียบกับช่วงเวลาก่อนเข้าประชุมแล้ว การสั่งยาของบริษัทให้คนไข้ในช่วงหลังการประชุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

ในประเทศไทย ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่า การส่งเสริมการขายซึ่งแฝงมาในนามของ "การสนับสนุนที่สุจริต" ที่ให้แก่แพทย์ โรงเรียนแพทย์ และองค์กรวิชาชีพแพทย์มีมากน้อยเพียงใด แต่หากคำนึงถึงข้อเท็จจริงที่ว่าบริษัทยาข้ามชาติจำนวนมากมีสำนักงานประจำอยู่ในส่วนต่างๆ ของโลก รวมทั้งในประเทศไทยด้วยแล้ว จะเป็นเรื่องแปลกมากถ้าอุบายทางการตลาดหลายอย่างที่กล่าวมาข้างต้นไม่เป็นที่รู้จักคุ้นเคยกันดีในประเทศไทย แม้ว่าความเข้มข้นของการส่งเสริมการขายที่มีกลุ่มแพทย์เป็นเป้าหมายในบ้านเราอาจจะแตกต่างกับในต่างประเทศบ้าง และประชาชนทั่วไปอาจจะไม่รู้ความตื้นลึกหนาบางของเรื่องนี้มากนัก แต่ตัวละครที่เกี่ยวข้องอยู่ในวงการนี้ – บริษัทยา แพทย์ โรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาล -- อาจจะบอกได้ดีว่ามีการส่งเสริมการขายแอบแฝงอยู่ในการสนับสนุนเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด และการส่งเสริมการขายนั้นมีผลต่อพฤติกรรมการสั่งยาของแพทย์หรือไม่ เพียงใด

เทคโนโลยีไฮเทค: แค่ไหนคือจำเป็น?

เทคโนโลยีการแพทย์สมัยใหม่มีความก้าวหน้าและมีสมรรถนะที่น่าอัศจรรย์ บางอย่างช่วยให้แพทย์สามารถมองเห็นทุกส่วนในร่างกายของคนไข้ได้ราวกับมีตาทิพย์ เทคโนโลยีไฮเทคเหล่านี้ช่วยให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้แม่นยำและสะดวกมากขึ้น ดังนั้น จึงไม่แปลกที่สถานบริการสุขภาพสมัยใหม่ทุกวันนี้ ทั้งของรัฐและเอกชน พยายามจัดหา

ตารางที่ 1: อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญและการกระจาย พ.ศ. 2555

อุปกรณ์การแพทย์ที่สำคัญ	จำนวนทั้งหมด	กรุงเทพมหานคร	ภูมิภาค	รวม		หมายเหตุ
				รัฐ	เอกชน	
1. เครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์[1]	496	161 (32.5)	335 (67.5)	178 (35.9)	318 (64.1)	พ.ศ. 2555
2. เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า [1]	93	47 (50.5)	46 (49.5)	34 (36.6)	59 (63.4)	พ.ศ. 2555
3. เครื่องสลายนิ่ว [2]	111	32 (28.8)	79 (71.2)	84 (75.7)	27 (24.3)	พ.ศ. 2553
4. เครื่องตรวจมะเร็งเต้านม [1]	404	149 (36.9)	255 (63.1)	175 (43.3)	229 (56.7)	พ.ศ. 2555
5. เครื่องอัลตราซาวด์ [2]	2,516	486 (19.3)	2,030 (80.7)	1,906 (75.8)	610 (24.2)	พ.ศ. 2553

หมายเหตุ: [1] ข้อมูลจากสำนักรังสีและเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
[2] ข้อมูลจากรายงานทรัพยากรสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556 ตัวเลขใน ( ) คือ ร้อยละ

เทคโนโลยีล้ำยุคเหล่านี้ไว้ใช้กันมากขึ้น เห็นได้จากจำนวนเครื่องมือแพทย์ไฮเทคที่มีจำนวนมากในปัจจุบัน ทั้งในกรุงเทพมหานครและในส่วนภูมิภาค และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในอนาคต (ดูตารางที่ 1) การเพิ่มขึ้นของอุปกรณ์ไฮเทคเหล่านี้ ในแง่หนึ่งสะท้อนความต้องการที่เพิ่มขึ้นทั้งในส่วนผู้ให้บริการและผู้รับบริการ แต่ในอีกแง่หนึ่งดูเหมือนว่าจะสะท้อนการแข่งขันทางธุรกิจ โดยเฉพาะในภาคเอกชนซึ่งครอบครองส่วนใหญ่ของอุปกรณ์ไฮเทคสำคัญๆ เช่น เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scanner) เครื่องตรวจอวัยวะภายในด้วยสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) และเครื่องตรวจก้อนเนื้อในเต้านม (Mammogram)

เครื่องมือแพทย์ไฮเทคนั้นมีประโยชน์แน่นอน แต่คำถามที่ไม่ค่อยมีใครถามและยังไม่มีความพยายามที่จะหาคำตอบอย่างจริงจังก็คือ การใช้เครื่องมือแพทย์ไฮเทคในประเทศไทยเกิดจากความจำเป็นในการตรวจรักษาล้วนๆ หรือว่ามีเหตุผลอื่นนอกเหนือจากเหตุผลทางการแพทย์รวมอยู่ด้วย องค์การอนามัยโลกรายงานว่า การใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ไม่เหมาะสมทั่วโลกมีมากถึงร้อยละ 40 แม้ว่าในประเทศไทยจะไม่มีตัวเลขในเรื่องนี้ แต่ก็เชื่อว่าน่าจะสูงไม่น้อยเหมือนกัน เนื่องจากในปัจจุบันบริการด้านสุขภาพเป็นธุรกิจที่มีมูลค่านับแสนล้าน และการแข่งขันที่สูงขึ้นในปัจจุบันทำให้โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งพยายามดึงดูดความสนใจของลูกค้าด้วยเครื่องมือแพทย์ไฮเทค

ปัญหาคือเราจะบอกได้หรือไม่ว่า เส้นแบ่งระหว่างการใช้เครื่องมือไฮเทคเพราะความจำเป็นทางการแพทย์กับการใช้ที่เกินความจำเป็น หรือเพราะเหตุผลอื่น อยู่ตรงไหน ใครคือคนที่จะตัดสินว่าแค่ไหนคือจำเป็นและแค่ไหนคือเกินความจำเป็น

อะไรคือความจำเป็น และความจำเป็นของใคร?

ผู้ใช้เครื่องมือไฮเทคทางการแพทย์นั้น อาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม กลุ่มแรกคือผู้ป่วยที่แพทย์สั่งให้ใช้ กลุ่มที่สองคือคนสุขภาพดีที่ห่วงเรื่องสุขภาพของตน ทั้งสองกลุ่มนี้มีความแตกต่างกันทั้งในด้านเหตุผลและความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ไฮเทค

ผู้ใช้กลุ่มแรก: ถ้าแพทย์สั่งให้ใช้เครื่องมือไฮเทคเพราะมีความจำเป็นที่ต้องวินิจฉัยโรคให้แม่นยำและไม่มีทางเลือกอื่นที่ดีกว่าและถูกกว่า ก็เป็นเรื่องที่เข้าใจได้ว่าสมเหตุสมผล แต่เรื่องนี้ก็มีประเด็นที่กำกวม จนยากที่จะชี้ชัดว่าแค่ไหนคือความจำเป็น ทั้งนี้เพราะคนไข้มีความหลากหลาย นอกจากนี้ แรงจูงใจในเชิงผลประโยชน์สำหรับแพทย์ ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องนำมาพิจารณาว่าการใช้นั้นมีเหตุผลมาจากความจำเป็นทางการรักษาล้วนๆ หรือว่ามีเหตุผลอื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย



เกือบ 2 ใน 3 ของเครื่อง MRI อยู่ในสถานบริการสุขภาพภาคเอกชน สะท้อนให้เห็นการแข่งขันเพื่อดึงดูดลูกค้าของสถานบริการเหล่านั้น

ลองพิจารณากรณีสมมติต่อไปนี้:

กรณีที่ 1: คนไข้สองรายมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วยเดียวกัน (เช่น มีอาการวิงเวียนศีรษะคล้ายบ้านหมุน เสียการทรงตัว เป็นๆ หายๆ) แต่สองรายนี้ต่างกันด้านความพร้อมที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาล คนหนึ่งรายได้น้อย อีกคนเป็นข้าราชการที่มีสิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้เต็ม ถ้าภายหลังการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างละเอียดแล้วแพทย์วินิจฉัยว่า อาการของคนไข้ทั้งสองนี้น่าจะเกี่ยวกับสมอง การสั่งให้ทำการสแกนสมองด้วยเครื่อง MRI ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง อาจถือว่าจำเป็น แม้ว่าอาจทำให้เกิดปัญหาในด้านค่าใช้จ่ายสำหรับคนไข้รายแรกก็ตาม

กรณีที่ 2: คนไข้สองรายมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บป่วยเช่นเดียวกับในกรณีที่ 1 ข้างต้น แต่ทั้งสองมีศักยภาพที่จะจ่ายได้ดีพอๆ กัน ในการตรวจเบื้องต้นแพทย์วินิจฉัยว่าน่าจะเกี่ยวกับความดันโลหิตและโลหิตจางมากกว่าไม่น่าจะเป็นปัญหาที่สมอง แต่ก็ไม่ได้ตัดสาเหตุหลังนี้ออกจากการวินิจฉัยโดยสิ้นเชิง ดังนั้นจึงสั่งยาที่ช่วยปรับระดับความดันโลหิตและยาบำรุงเลือดให้แก่คนไข้ทั้งสองเหมือนกัน

นอกจากนี้ยังสั่งให้ไปทำการสแกนสมองที่ศูนย์ MRI ของเอกชนแห่งหนึ่งด้วย เพื่อได้ผลที่รวดเร็วและเพื่อการวินิจฉัยโรคที่ชัดเจน *แต่บังเอิญว่าแพทย์ท่านนั้นมีความสัมพันธ์เชิงผลประโยชน์อยู่กับศูนย์ MRI นั้นด้วย*

การที่แพทย์สั่งให้ตรวจสมองด้วยเครื่อง MRI ในกรณีสมมติที่สองเป็นเพราะมีความจำเป็นและไม่มีทางเลือกอื่นใช่หรือไม่ เป็นเรื่องที่ตอบยาก แต่ในทัศนะของแพทย์ผู้ทำการรักษานี่อาจเป็นสิ่งที่สามารถอธิบายได้อย่างมีเหตุผล แต่ในคำอธิบายที่มีเหตุผลของแพทย์นี้แหละบางทีก็อาจเปิดโอกาสให้ผลประโยชน์ทับซ้อนแทรกเข้ามาได้

ผู้ใช้กลุ่มที่สอง: คนส่วนใหญ่ในกลุ่มนี้เป็นคนที่ไม่มีความเจ็บป่วย แต่ใส่ใจในสุขภาพและมีอำนาจซื้อเพียงพอที่จะจ่ายได้ การใช้เทคโนโลยีราคาแพงสำหรับกลุ่มนี้จึงเป็นความต้องการส่วนบุคคลที่จะดูแลสุขภาพของตน และเป็นความพยายามที่จะป้องกันการเจ็บป่วยมากกว่า ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ บวกกับกระแสการโฆษณาของหน่วยงานที่ให้บริการ หรือการชักชวนของคนรอบข้าง ทำให้คนในกลุ่มนี้แสวงหาบริการป้องกันความเจ็บป่วยกันมากขึ้น แนวโน้มด้านสุขภาพที่เปลี่ยนจากการรักษาไปสู่การดูแลสุขภาพมากขึ้นในปัจจุบัน ทำให้หน่วยงานบริการทางสุขภาพภาคเอกชนแข่งขันกันลงทุนในด้านอุปกรณ์ไฮเทคมากขึ้น ดังข้อมูลที่ให้ไว้ในตารางที่ 1 ทำให้มีการโฆษณาพุ่งตรงไปยังกลุ่มผู้บริโภคที่เป็นเป้าหมาย คือคนสุขภาพดี ดังจะเห็นได้จากข้อความโฆษณาของสถานบริการแห่งหนึ่ง ต่อไปนี้

> *"สู่อนาคตแห่งการดูแลรักษาสุขภาพยุคใหม่ ที่ใครๆ ก็สามารถสแกนดูร่างกายตัวเองได้ โดยไม่ต้องรอหมอ ด้วยเทคโนโลยีจากเครื่อง MRI ที่สะดวก ละเอียด แม่นยำ ปลอดรังสี ด้วยมาตรฐานสถานพยาบาลระดับโลก การันตีด้วยเครื่องหมาย JCI เหมาะสำหรับผู้รักสุขภาพที่ไม่จำเป็นต้องรอให้ป่วย ที่.... (ชื่อสถานบริการ)"*

ข้อความในเว็บไซต์ของศูนย์บริการ MRI แห่งหนึ่งให้รายการของ "อาการที่ควรมารับการตรวจ MRI" ที่ครอบคลุมทุกส่วนของร่างกาย ซึ่งเมื่ออ่านแล้วทำให้รู้สึกเหมือนกับประกาศว่า "ไม่ว่าคุณจะเป็นใคร หากรักสุขภาพคุณควรมาตรวจด้วยเครื่อง MRI กับเรา เพื่อจะได้รู้ว่าคุณมีปัญหาสุขภาพหรือไม่" ที่น่าสนใจคือ อาการที่ให้ไว้เหล่านั้นมีตั้งแต่ การมีพ่อแม่ที่เคยมีหลอดเลือดในสมองโป่งพองหรือหลอดเลือดในสมองแตก อาการแขนขากระตุกไปจนถึงการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ แม้กระทั่งการที่สมรรถภาพทางเพศลดลง ก็รวมอยู่ในรายการที่แนะนำให้ตรวจด้วยเครื่อง MRI ด้วย ค่าบริการสำหรับการทำ MRI แตกต่างกันไปตามอวัยวะที่ทำการตรวจ แต่เกือบทุกรายการมีค่าใช้จ่ายเป็นหลักหมื่นขึ้นไป

เช่นเดียวกับเทคโนโลยีทั่วๆ ไป เครื่องมือแพทย์ไฮเทคที่ราคาแพง แม้จะมีประโยชน์แต่ก็มีข้อจำกัดในตัวของมันเอง อย่างน้อยสามประการต่อไปนี้

ประการแรก ค่าบริการที่แพงย่อมจำกัดการเข้าถึงสำหรับคนส่วนใหญ่ คนที่ได้ประโยชน์เป็นผู้ที่มีกำลังซื้อเพียงพอหรือเบิกได้เท่านั้น ซึ่งกลุ่มดังกล่าวก็เป็นกลุ่มคนที่มีความได้เปรียบในสังคมทุกด้านอยู่แล้ว

ประการที่สอง การเน้นใช้อุปกรณ์ไฮเทคมีผลเสียที่ไม่ต่างจากการเน้นการใช้ยาเพื่อดูแลสุขภาพ คืออาจทำให้คนเข้าใจผิดว่าสุขภาพขึ้นอยู่กับอุปกรณ์ราคาแพงเหล่านั้น แทนที่จะขึ้นอยู่กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ

ประการที่สาม เป็นเรื่องของประสิทธิภาพและความคุ้มค่า เนื่องจากเทคโนโลยีราคาแพงนั้นเอาเข้าจริงแล้วก็ไม่สามารถป้องกันและควบคุมโรคได้โดยสมบูรณ์ เพราะเทคโนโลยีทุกอย่างย่อมมีข้อจำกัดในตัวของมันเอง ดังเช่นกรณีวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งที่จริงแล้วเป็นวัคซีนที่ป้องกันการติดเชื้อไวรัสที่เป็นตัวทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก โดยป้องกันได้เฉพาะไวรัสบางสายพันธุ์ ไม่ใช่ทุกสายพันธุ์ ดังนั้น จึงไม่สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้อย่างเบ็ดเสร็จ เพราะมะเร็งปากมดลูกอาจมาจากไวรัสสายพันธุ์อื่นก็ได้ นอกจากนี้ในการรณรงค์เกี่ยวกับวัคซีนนี้ยังไม่มีการให้ข้อมูลถึงทางเลือกอื่นในการป้องกัน เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก (แป๊ปสเมียร์ – Pap smear)ซึ่งสามารถคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ให้ประโยชน์สูงสุดในการป้องกันและควบคุมโรค เป็นต้น

กระแสความตื่นตัวด้านสุขภาพเป็นโอกาสดีที่หน่วยงานต่างๆ จะได้ใช้ในการให้ความรู้และวิธีการที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน โดยไม่ต้องพึ่งอุปกรณ์ไฮเทค ซึ่งเป็นบริการที่มีค่าใช้จ่ายสูงและคนส่วนใหญ่เข้าไม่ถึง สำหรับคนที่สุขภาพปกติทั่วไปการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องควรหมั่นตรวจสุขภาพตนเอง โดยพึ่งหมอหรือโรงพยาบาลแต่น้อย ปัจจุบันความพยายามในด้านนี้แม้จะมีอยู่บ้างแต่ก็ยังไม่มากพอ ตัวอย่างเช่น *โครงการเช็คระยะสุขภาพ* (www.mycheckup.in.th) ที่ริเริ่มโดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และโครงการเผยแพร่เอกสาร *ตั้งหลักก่อนตรวจ* ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) โครงการที่มุ่งให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจสุขภาพแก่ประชาชนทำนองนี้ควรได้รับการสนับสนุนให้ประชาชนทุกกลุ่มทุกพื้นที่เข้าถึงได้ เพื่อให้เฝ้าระวังและดูแลสุขภาพของตน โดยไม่ตกเป็นเหยื่อการโฆษณาของธุรกิจตรวจสุขภาพ และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายราคาแพงโดยไม่จำเป็น

อุบายขายความเชื่อและความหวัง

การแพทย์ในปัจจุบันอาจแบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ 1) ระบบการแพทย์สมัยใหม่ ที่อาศัยความรู้ทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีเป็นฐานสำคัญ 2) ระบบการแพทย์แบบดั้งเดิม ซึ่งอาศัยความรู้และภูมิปัญญาที่สั่งสมสืบทอดมาแต่โบราณ เช่น การแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน 3) ระบบการแพทย์ทางเลือก เช่น การรักษาด้วยวิธีการล้างพิษ หรือล้างเลือด เป็นต้น

แม้ว่าการแพทย์สมัยใหม่จะเป็นกระแสหลักในการให้บริการรักษาพยาบาล แต่ก็ยังมีช่องว่างอยู่ โดยเฉพาะในด้านประสิทธิผลของการรักษาสำหรับความเจ็บป่วยบางชนิด และการเข้าถึงสำหรับประชาชนบางกลุ่ม ช่องว่างนี้บางครั้งก็เป็นโอกาสให้คนจำนวนหนึ่งหันไปพึ่งการรักษาแบบพื้นบ้านและการรักษาแบบทางเลือก ด้วยความเชื่อและความหวังว่าจะหายจากความเจ็บป่วยได้ แต่ลักษณะที่ค่อนข้างคลุมเครือของการแพทย์แบบดั้งเดิมและการแพทย์ทางเลือก เมื่อบวกกับการควบคุมที่หย่อนยานไม่ทั่วถึงได้นำไปสู่อุบายขายสุขภาพบนฐานความเชื่อ ซึ่งบางครั้งก็เป็น "ความเชื่องมงาย" ทำให้คนจำนวนหนึ่งตกเป็นเหยื่อของผู้ฉวยโอกาสจากความเชื่อและความหวังของคนอื่นดังที่เคยปรากฏเป็นข่าวอยู่เนืองๆ

กรณีป้าเช็ง (นางสาวศรวรรณ ศิริสุนทรินทร์ อายุ 72 ปี) เป็นตัวอย่างการใช้อุบายหากินกับความหวังและความเชื่อของคน โดยอาศัยช่องว่างในการกำกับควบคุมที่มีอยู่ในปัจจุบัน ผู้ประกอบการรายนี้เป็นเจ้าของ "น้ำหมักมหาบำบัด" ที่อ้างว่ารักษาได้สารพัดโรค และ "ยาน้ำเจียรนัยเพชร" สำหรับโรคตา มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์ที่ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนยาทั้งสองนี้ทางทีวีดาวเทียมช่องหนึ่งทำให้มีผู้หลงผิดจำนวนมาก บางคนที่ตกเป็นเหยื่อใช้ยาน้ำเจียรนัยเพชรหยอดตาจนตาบอด ในที่สุดเมื่อมีคนร้องเรียนและแจ้งความ ป้าเช็งก็ถูกเจ้าหน้าที่ตำรวจกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (บก.ปคบ.) และเจ้าหน้าที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) จับกุมดำเนินคดีหลายข้อหา และศาลตัดสินจำคุกในที่สุด





แม้ว่าจะมีพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ที่กำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับยาแผนโบราณพร้อมด้วยบทลงโทษไว้ แต่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ก็ไม่มีกำลังคนพอที่จะควบคุมดูแลได้ทั่วถึง ครั้นจะพึ่งสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) รวมทั้งองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านสุขภาพ ก็ดูเหมือนว่าอยู่ในสภาพที่ไม่ต่างกันมากนัก ทางที่อาจจะช่วยได้บ้างก็คือต้องให้การศึกษาแก่ประชาชนในเรื่องยาและการรักษาสุขภาพให้มากขึ้น เพื่อจะได้ไม่ตกเป็นเหยื่อของอุบายหากินกับความเชื่อและความหวังของผู้คน

ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ

ปัจจุบันกระแสการตื่นตัวในการดูแลสุขภาพทำให้ธุรกิจผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม และการแพทย์เพื่อความงาม ขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว ตลาดของผลิตภัณฑ์เหล่านี้ส่วนใหญ่แล้วคือกลุ่มคนชั้นกลางและคนรุ่นใหม่ที่มีกำลังซื้อเพียงพอ ในปี 2557 ตลาดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีมูลค่าประมาณ 39,000 ล้านบาท ตัวเลขจากสมาคมการขายตรงไทยแสดงให้เห็นว่า ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นกลุ่มสินค้าที่เติบโตอย่างต่อเนื่อง ในปี 2556 มูลค่าตลาดขายตรงของสินค้ากลุ่มนี้คิดเป็นร้อยละ 40 ของมูลค่าการขายตรงทั้งหมด สมาคมมีเดียเอเยนซี่และธุรกิจสื่อแห่งประเทศไทยรายงานว่า มูลค่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในปี 2556 อยู่ที่ 4,016 ล้านบาท เติบโตจากปีก่อนร้อยละ 15 และเป็นหนึ่งใน 10 อุตสาหกรรมที่ใช้เงินโฆษณามากที่สุดในปีนั้น ขณะที่ผลิตภัณฑ์เสริมความงามและการแพทย์เพื่อความงามมีมูลค่าตลาดกว่า 20,000 ล้านบาท

ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพอาจแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลักๆ คือผลิตภัณฑ์บำรุงร่างกาย ผลิตภัณฑ์บำรุงสมอง และผลิตภัณฑ์เสริมความงาม

ผลิตภัณฑ์บำรุงร่างกายและสมอง

สิ่งที่ธุรกิจผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ โดยเฉพาะอาหารเสริม พยายามกรอกหูเราอยู่ทุกวันก็คือ อาหารที่เรารับประทานอาจไม่มีสารอาหารเพียงพอสำหรับการมีสุขภาพดี ดังนั้นเพื่อความมั่นใจทุกคนควรได้อาหารเสริมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างเป็นประจำ ผลิตภัณฑ์เหล่านี้มีมากมายไม่ว่าจะเป็นเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ วิตามิน และยาบำรุงหลากหลายชนิด ซึ่งผลิตออกมาสำหรับคนทุกเพศทุกวัย

ผลิตภัณฑ์ประเภทหนึ่งที่มีการทำตลาดแข่งขันกันมาก คือ เครื่องดื่มเพื่อสุขภาพซึ่งมีอยู่มากมาย ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มนี้มักจะแฝงมาในคราบของสมุนไพร บางชนิดก็อวดอ้างว่ามีคุณค่าเทียบได้กับอาหารหลัก 5 หมู่ ที่ผู้บริโภคอาจได้ไม่ครบจากอาหารมื้อหลัก ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่เห็นและได้ยินจากคำโฆษณาได้แก่เครื่องดื่มประเภทซุปไก่ รังนก และเครื่องดื่มที่อ้างว่าสกัดจากพืชสมุนไพรที่มีคุณค่า เช่น น้ำสกัดเห็ดหลินจือ โสม ลูกพรุน และน้ำโคโรฟิลต่างๆ

เครื่องดื่มเหล่านี้มักจะอวดอ้างว่าให้สารอาหารได้เพียงพอแก่ความต้องการ แต่การศึกษาของนักวิชาการพิสูจน์ให้เห็นแล้วว่า คุณค่าทางอาหารในผลิตภัณฑ์เหล่านี้มีน้อยกว่าคำโฆษณามาก เช่น เมื่อหลายปีก่อนเครื่องดื่มรังนกยี่ห้อหนึ่งโฆษณาว่ามีส่วนผสมของรังนกแท้เต็มร้อย แต่จากการตรวจพิสูจน์ทางวิชาการพบว่ามีส่วนผสมของรังนกอยู่เพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ยิ่งกว่านั้นยังพบว่า เครื่องดื่มรังนก 1 ขวดให้ปริมาณพลังงานน้อยกว่าไข่ไก่ 1 ฟอง และให้โปรตีนเท่ากับถั่วลิสง 2 เมล็ดเท่านั้น ผลิตภัณฑ์บางชนิดอ้างว่ามีการเติมใยอาหารลงไปเพียงพอเพื่อช่วยในการขับถ่าย แต่จากการพิสูจน์พบว่ามีใยอาหารเพียงร้อยละ 1–2 เท่านั้น นั่นหมายความว่าในเครื่องดื่มปริมาณ 100 มิลลิลิตร มีใยอาหารอยู่เพียง 1 กรัมเท่านั้น น้อยกว่าที่ร่างกายต้องการในแต่ละวัน (คนเราต้องการใยอาหารวันละ 25 กรัม) ข้อมูลทางวิชาการชี้ให้เห็นว่า วิธีที่ดีที่สุดสำหรับแก้ปัญหาการขับถ่ายคือการดื่มน้ำสะอาดวันละ 8–10 แก้ว และรับประทานอาหารที่มีกากใยมากๆ โดยเฉพาะผักและผลไม้

ส่วนผลิตภัณฑ์บำรุงสมองมักจะอ้างคุณวิเศษของเปปไทด์ กรดอะมิโน และวิตามินต่างๆ เป็นตัวชูโรง แต่ความจริงไม่มีอะไรที่พิสูจน์ได้ว่าสารเหล่านี้สามารถทำให้คนเราสมองดีขึ้นได้ นอกจากนี้ทั้งเปปไทด์ กรดอะมิโนและวิตามินต่างๆ นั้นเราจะได้จากอาหารที่รับประทานอยู่แล้ว เพียงแต่ต้องรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่อย่างสมดุล ในกรณีของเปปไทด์ซึ่งเป็นโปรตีนที่มีโครงสร้าง

โมเลกุลสั้นนั้น ตามปกติก็จะเกิดขึ้นในกระบวนการย่อยอาหารอยู่แล้ว ที่สำคัญคือ การที่คนเราจะสมองดีไม่ได้ขึ้นอยู่กับอาหารเสริม แต่ขึ้นอยู่กับการฝึกฝนและหมั่นสร้างทักษะอย่างสม่ำเสมอ

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารก็เช่นเดียวกับยา เราควรใช้ก็ต่อเมื่อมีความจำเป็น หากใช้โดยไม่จำเป็นหรือใช้ไม่ถูก เช่น ได้สารอาหารอย่างใดอย่างหนึ่งจากผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากเกินไป แทนที่จะเป็นประโยชน์ อาจจะเกิดโทษต่อสุขภาพได้ แต่คนส่วนมากมักไม่รู้ข้อนี้ และไม่รู้ทันอุบายของธุรกิจผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หรือไม่มั่นใจว่าในแต่ละวันตนได้รับสารอาหารพียงพอจากอาหารที่รับประทานหรือไม่ นอกจากนี้คนส่วนใหญ่ก็ไม่ได้รับประทานอาหารหลากหลายอย่างสม่ำเสมอพอที่จะทำให้ได้สารอาหารอย่างสมดุล จึงเป็นช่องว่างให้ธุรกิจผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ เช่น อาหารเสริมและอาหารบำรุงต่างๆ ใช้อุบายโฆษณาขายผลิตภัณฑ์ในหมู่คนที่สุขภาพดีทั่วไปได้

การโหมโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารอาจมีผลเสีย เพราะอาจทำให้คนจำนวนมากเข้าใจว่า เพียงแต่ใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านั้นเป็นประจำก็เพียงพอที่จะทำให้มีสุขภาพดีและมีสมองดี แต่ความจริงแล้วสุขภาพดีและสมองดีไม่ได้ขึ้นอยู่กับผลิตภัณฑ์เสริมเหล่านั้น หากแต่อยู่ที่การรับประทานอาหารอย่างสมดุล ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และหมั่นฝึกฝนความคิดและความจำอยู่เป็นนิจ

เรือนร่างที่ดูดีอาจเนรมิตได้ แต่...

ปัจจุบันความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสามารถเนรมิตเรือนร่างของคนให้ดูดีได้แทบไม่มีข้อจำกัด เช่น เปลี่ยนผิวคล้ำให้ขาวใส ทำจมูกแบนใหญ่ให้โด่งสวย เนรมิตตาชั้นเดียวให้เป็นสองชั้น เสริมหน้าอกเล็กให้ดูอวบอั๋น รีดส่วนที่มีไขมันเทอะทะให้เพรียวบาง เหลาคางและกรามหนาให้ใบหน้ามีเสน่ห์ จัดฟันเกให้เรียบสวย ทำผิวที่หย่อนคล้อยให้ตึงกระชับ และอีกมากมายหลายวิธีที่จะเสกให้ดูสวยดูหล่อได้ตามแฟชั่นแห่งยุคสมัย

กระแสนิยมเรือนร่างและรูปลักษณ์ที่ดูดีทำให้ธุรกิจความงามมีอัตราการเติบโตอยู่ในอันดับต้นๆ ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา ยกเว้นเครื่องสำอางแล้ว หนึ่งในผลิตภัณฑ์ที่โฆษณากันมากคือ เครื่องดื่มเสริมความงามที่มีส่วนผสม "คอลลาเจน" แต่ผู้บริโภคจำนวนมากมักมีความรู้ไม่เพียงพอ ความจริงคอลลาเจนก็คือโปรตีนที่มีอยู่ในร่างกาย ซึ่งมีสัดส่วนประมาณ 1 ใน 3 คอลลาเจนมีหน้าที่เสริมสร้างความแข็งแกร่งให้เนื้อเยื่อต่างๆ ทำให้ผิวหนังเรียบตึง ไม่เหี่ยวย่น แต่เมื่ออายุมากขึ้นผิวพรรณก็ย่อมหย่อนคล้อยไปตามธรรมชาติ เนื่องจากประสิทธิภาพของคอลลาเจนลดลง แม้จะพึ่งเครื่องดื่มที่มีคอลลาเจนก็ไม่ได้หมายความว่าร่างกายจะส่งคอลลาเจนทั้งหมดไปยังผิวหนัง แต่สิ่งที่เสริมสร้างความชุ่มชื่นเต่งตึงของผิวหนังได้ดี ราคาถูกและปลอดภัยกว่า คือน้ำสะอาด ดังนั้น การดื่มน้ำให้เพียงพอ (วันละ 8-10 แก้ว) รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ คือเคล็ดที่ไม่ลับสำหรับการมีผิวพรรณที่สวยกระชับ



ยาลดความอ้วนก็เป็นผลิตภัณฑ์อีกอย่างหนึ่งที่คนรุ่นใหม่จำนวนมากใช้ แต่ส่วนมากก็มีความรู้ไม่เพียงพอ ยาลดความอ้วนมี 2 ชนิด คือ 1) ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีฤทธิ์ช่วยลดความอยากอาหาร และ 2) ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดซึมไขมันจากอาหาร ยาชุดลดความอ้วนมักจะประกอบด้วยยา 1–6 รายการต่อไปนี้คือ

1. *ยาลดความอยากอาหาร* ซึ่งมีผลข้างเคียงคือ นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ปากแห้ง ใจสั่น คลื่นไส้
2. *ยาขับปัสสาวะ* เพื่อขับน้ำออกจากร่างกาย มีผลทำให้น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็วหลังการใช้ยา
3. *ยาลดการหลั่งของกรดในกระเพาะอาหาร* ยานี้ไม่มีผลต่อการลดน้ำหนัก แต่ใช้เพื่อลดผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากยาลดความอยากอาหาร ซึ่งทำให้ไม่หิว
4. *ไทรอยด์ฮอร์โมน* เพื่อเพิ่มการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย มีผลข้างเคียงสูงและเป็นอันตรายต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ใจสั่น เหนื่อยง่าย กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง
5. *ยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ* เพื่อลดอาการใจสั่นที่เกิดจากยาลดความอยากอาหาร มีผลข้างเคียง เช่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย หัวใจเต้นช้า วิงเวียน ความดันโลหิตต่ำ เป็นลม
6. *ยานอนหลับ* เนื่องจากยาลดความอยากอาหารทำให้นอนไม่หลับ แพทย์จึงอาจจ่ายยานี้ร่วมด้วย

ยาลดความอ้วนเหล่านี้ นอกจากลดความอ้วนไม่ได้จริงแล้วยังเป็นอันตรายอีกด้วย เพราะยาต่างๆ ล้วนมีผลข้างเคียง ดังกรณีมีข่าวผู้มีชื่อเสียงเสียชีวิตจากการใช้สมุนไพรลดความอ้วนที่มีผลทำลายตับ จนตับวายและเสียชีวิตในวัยสาว ยาขับปัสสาวะทำให้น้ำหนักลดจากการที่น้ำถูกขับออก แต่มีผลข้างเคียงสูงจากการเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ทำให้เป็นลมหมดสติหรือหัวใจวายได้ที่สำคัญ เมื่อหยุดยาแล้วมีโอกาสที่น้ำหนักจะกลับมาเหมือนเดิมหรือสูงกว่าเดิมได้มาก

กระแสนิยมการทำให้เรือนร่างดูดีในปัจจุบันกำลังไปไกลมาก จนหลายคน (โดยเฉพาะผู้หญิงซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายใหญ่ที่สุดของผลิตภัณฑ์เสริมความงาม และการแพทย์เพื่อความงาม) มองข้ามเรื่องสุขภาพ ทัศนคติแบบว่า "ทำอะไรก็ได้ ขอให้สวย" หรือ "เสียเท่าไรก็ไม่ว่า ขอให้ข้าสวย" ได้นำไปสู่ผลกระทบทางสุขภาพที่คาดไม่ถึง บางรายแทนที่จะได้เรือนร่างที่ดูดี กลับเสียโฉมไปตลอดกาล และที่หนักมากกว่านั้นคือเสียชีวิต ดังที่เคยเป็นข่าวมาแล้วหลายกรณี

คนรุ่นใหม่ที่รู้สึกว่าตนมีปมด้อยในเรือนร่างและรูปลักษณ์ แต่ขาดความรู้ในสิ่งที่ตนไขว่คว้าหา อาจเอาสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งมีค่าล้ำเข้าไปเสี่ยง เพื่อแลกกับรูปร่างที่อยากจะเป็น จนลืมไปว่าสิ่งที่มีค่ามากกว่าเรือนร่างที่ดูดีคือ "ความงามจากข้างใน" ไม่ใช่ความสวยความหล่อจากภายนอก ทางที่ดีควรจะพอใจในเรือนร่างที่เป็นอยู่ แต่ใส่ใจในสุขภาพและความงามจากข้างในคือจิตใจให้มาก เพราะสุขภาพที่ดีและจิตใจที่งดงามต่างหากคือสิ่งที่ให้ความสุขแก่ชีวิตได้อย่างแท้จริง

โฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ: ให้การศึกษาหรือมอมเมา?

ในสถานการณ์ที่สินค้าและบริการทางสุขภาพมีการแข่งขันสูงอย่างทุกวันนี้ การโฆษณาเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการส่งเสริมการขาย ถ้าไม่มีการโฆษณา บรรดาสินค้าอุตสาหกรรมที่ผลิตออกมายากที่จะอยู่รอดได้ ดังนั้น ผู้ผลิตจึงทุ่มงบประมาณอย่างมากเพื่อการนี้ ตัวเลขของสมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทยแสดงให้เห็นว่า เฉพาะในเดือนมกราคม 2558 เดือนเดียว มูลค่าการโฆษณาในสื่อหลักๆ ทุกแขนงสูงถึง 9,528 ล้านบาท (มากกว่าเดือนเดียวกันในปี 2557 ซึ่งมีมูลค่า 8,179 ล้านบาท) การโฆษณาทางสุขภาพมักทำ 2 แบบ คือ *โฆษณาทางตรง* ที่ออกแบบเพื่อส่งสารถึงกลุ่มเป้าหมายผู้บริโภคโดยตรง และ*โฆษณาทางอ้อม* ที่แฝงอยู่ในกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ โดยสอดแทรกผลิตภัณฑ์ที่ต้องการขายในเวลาเดียวกัน

การโฆษณาทางอ้อมหรือการโฆษณาแฝงมักใช้โฆษณายาอันตรายและยาที่ต้องควบคุมพิเศษ หรือยาที่ต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ ยาเหล่านี้ไม่สามารถจะโฆษณาตรงไปยังผู้บริโภคเนื่องจากขัดพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 เหล่าบริษัทยาจึงหาช่องทางอ้อมเพื่อทำการโฆษณายาโดยหน่วยงานที่มีหน้าที่ควบคุมตามไม่ทัน เพราะบุคลากรมี

ไม่เพียงพอ อีกทั้งเครื่องมือและกฎหมายก็ล้าสมัย ไม่ต้องพูดถึงปัญหาเจ้าหน้าที่อาจมีส่วนได้เสียจากการเอาหูไปนาเอาตาไปไร่ หรือยอมรับผลประโยชน์เมื่อมีคดีความเกิดขึ้น

หลากหลายสื่อโฆษณา

สื่อที่เป็นช่องทางโฆษณายามีหลากหลาย แต่อาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ สื่อกระแสหลัก กับสื่อแบบใหม่

สื่อกระแสหลัก: สื่อในกลุ่มนี้ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ ในระยะหลังๆ นี้ สื่อประเภทนี้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะวิทยุและโทรทัศน์นั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นราวกับดอกเห็ด ทำให้การโฆษณาทุกรูปแบบมีช่องทางทำได้มากขึ้นและสะดวกยิ่งขึ้น สถานีโทรทัศน์นั้นมีทั้งระบบฟรีทีวี และระบบที่ผู้ชมต้องจ่ายเงินบอกรับเป็นสมาชิก (เคเบิลทีวี) ซึ่งมีสถานีเป็นร้อยเป็นพัน บางแห่งตั้งขึ้นมาเพื่อโฆษณาขายของโดยเฉพาะ ธุรกิจด้านสุขภาพอาศัยสื่อกระแสหลักเป็นช่องทางสำคัญในการโฆษณาตลอดมา

สื่อแบบใหม่: สื่อประเภทนี้ ได้แก่ ระบบอินเทอร์เน็ต รวมทั้ง เฟซบุ๊ค และบล็อก ซึ่งเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็นสื่อที่สามารถเข้าถึงได้โดยผ่านคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต หรือสมาร์ทโฟน ข้อได้เปรียบของการโฆษณาในสื่อประเภทนี้คือผู้โฆษณาสามารถส่งสารตรงไปยังผู้บริโภคเป็นส่วนบุคคลได้ ขณะที่ผู้บริโภคก็สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ประกอบการโดยตรงได้ด้วย ดังนั้นในปัจจุบันผู้ประกอบการจำนวนมากจึงหันมาใช้สื่อประเภทนี้ในการโฆษณามากขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถใช้เพื่อขายสินค้าด้วยระบบ "พาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์" (e-commerce) ได้สะดวกและรวดเร็วด้วย

หลากหลายสื่อเพื่อการโฆษณา

ไม่ว่าใครจะบอกว่าสื่อคืออำนาจ หรือสื่อคือทรัพย์ หรืออะไรก็ตาม แต่ความจริงที่ปฏิเสธไม่ได้ในปัจจุบันคือสื่อเป็นปัจจัยสำคัญที่ขาดไม่ได้สำหรับชีวิต จนกลายเป็นปัจจัยที่ห้าไปแล้ว

สื่อกระแสหลักในประเทศไทย โดยเฉพาะสถานีโทรทัศน์ สถานีวิทยุ หนังสือพิมพ์ และนิตยสารต่างๆ มีจำนวนเพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดด นโยบายสื่อยุคใหม่ทำให้จำนวนสถานีโทรทัศน์แบบฟรีทีวี ซึ่งเมื่อปีก่อนนี้เองมีเพียง 6 สถานีเท่านั้น วันนี้มี 48 สถานี ทั้งนี้ไม่รวมโทรทัศน์ที่ผู้ชมต้องจ่ายค่าบริการ (หรือเคเบิลทีวี) ซึ่งแม้จะมีผู้ประกอบการไม่กี่ราย แต่จำนวนช่องที่ผู้ใช้จะเข้าดูได้ก็มีเป็นร้อย ขึ้นอยู่กับบริการที่เลือกใช้ ครัวเรือนที่เข้าถึงเคเบิลทีวีมีจำนวนกว่า 2 ล้าน ส่วนวิทยุนั้น ตามรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่เผยแพร่เมื่อปี 2553 ระบุว่า มี 526 สถานี (รวมวิทยุเอฟเอ็มและเอเอ็ม) ทั้งนี้ไม่รวมวิทยุชุมชนอีก 6,513 สถานี หนังสือพิมพ์อาจไม่มีการเพิ่มจำนวนขึ้น แต่นิตยสารมีจำนวนเป็นร้อย ทั้งนี้ไม่นับรวมสิ่งพิมพ์ในรูปของแผ่นปลิว โปสเตอร์ และแผ่นป้ายคัตเอาท์ใหญ่ๆ ริมทาง ซึ่งมีจำนวนนับไม่ถ้วน สื่อกระแสหลักบางชนิดมีรายได้ส่วนใหญ่มาจากการโฆษณา

ยังมีสื่ออีกประเภทหนึ่งซึ่งเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว นั่นคือระบบอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีทั้งเว็บไซต์ เฟซบุ๊ค และบล็อก ที่ผู้ใช้เข้าถึงได้เพียงมีเครื่องคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ตเท่านั้น สื่อประเภทนี้ใช้ทั้งเพื่อส่งข้อมูลข่าวสารและการโฆษณา ซึ่งในระยะหลังๆ นี้การโฆษณาผ่านทางระบบอินเทอร์เน็ตกำลังแพร่หลายมากขึ้น เพราะเป็นสื่อที่รวดเร็ว สามารถเข้าถึงได้แทบจะทุกที่ทุกเวลา นอกจากนี้ผู้ใช้ยังสามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ประกอบการโฆษณาได้โดยตรง อีกทั้งยังเป็นช่องทางให้ทำการตลาด (พาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์) โดยตรงได้ด้วย แม้ว่าในปี 2552 คนไทยที่ใช้อินเทอร์เน็ตยังมีสัดส่วนค่อนข้างต่ำ (33% ในเขตเทศบาล 15% นอกเขตเทศบาล) แต่เชื่อว่าในปัจจุบันมีจำนวนมากกว่านี้ และมีแนวโน้มว่าจะเพิ่มขึ้นต่อเนื่องไปอีกนาน

ที่มา: ข้อมูลบางส่วนจาก สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553

หนึ่งในวิธีการโฆษณาโดยใช้สื่อประเภทนี้จะพบได้ในรูปของ "บล็อก" (Blog) คนเขียนหรือบล็อกเกอร์มักเขียนข้อความเกี่ยวกับสินค้าลงในหน้าบล็อกของตน หรือบอกเล่าถึงประสบการณ์ส่วนตัวในการใช้สินค้าในเว็บบอร์ดในลักษณะที่เรียกกันว่า "รีวิว" (review) บล็อกเกอร์ที่เป็นคนมีชื่อเสียงมักจะได้รับการสนับสนุนจากผู้ผลิตสินค้าให้ช่วยบอกเล่าถึงสินค้าของตน บางคนถ่ายวิดีโอเพื่อบอกเล่าถึงการใช้สินค้าลงในยูทูบ (YouTube) เพื่อให้ผู้สนใจติดตามดูได้ การตลาดในลักษณะนี้มีอิทธิพลในการโน้มน้าวจิตใจสูงสามารถเข้าถึงผู้บริโภคได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่าผู้บริโภคให้ความเชื่อถือการบอกเล่าประสบการณ์ของบล็อกเกอร์มากกว่าการโฆษณาในสื่อรูปแบบเดิม เพราะผู้บริโภคให้ความเชื่อถือบล็อกเกอร์ในฐานะที่เป็นผู้บริโภคด้วยกัน

การสำรวจใน 10 จังหวัดระหว่างเดือนมิถุนายน – กันยายน 2557 โดยโครงการสร้างเครือข่ายผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ ร่วมกับคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.) พบว่าคลื่นวิทยุจำนวน 29 คลื่นจาก 33 คลื่น (ร้อยละ 88) มีการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย โดยพบผลิตภัณฑ์ที่โฆษณาผิดกฎหมายทั้งสิ้นจำนวน 103 รายการ แบ่งเป็นผลิตภัณฑ์อาหารและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจำนวน 54 รายการ ผลิตภัณฑ์ยา 35 รายการ ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง 13 รายการ และโฆษณาสถานพยาบาลจำนวน 1 รายการ

การบริโภคสินค้าเพื่อสุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานและมีการโฆษณาเกินจริงส่งผลกระทบต่อผู้บริโภคแน่นอน แต่ความรุนแรงของปัญหานี้ยังไม่มีการศึกษาอย่างจริงจังนอกจากที่เป็นข่าวในสื่อ และการร้องเรียนปัญหาต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นครั้งคราว เช่น ในปี 2546 ศูนย์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รายงานว่ามีเรื่องร้องเรียนเข้ามาทั้งหมด 1,236 เรื่อง เป็นเรื่องอาหาร 584 เรื่อง ยา 264 เรื่อง นอกนั้นเป็นเรื่องเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ ยาเสพติด วัตถุอันตราย และอื่นๆ ประเด็นปัญหาอันดับแรกคือการโฆษณาเกินจริง รองลงมาคือ การขายยาโดยไม่มีใบอนุญาต การขายยาโดยไม่มีเภสัชกร และการขายยาหมดอายุ เป็นต้น

ได้มีความตระหนักมานานแล้วว่ากฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณายาและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน (พ.ร.บ. ยา 2510) ล้าสมัย แต่ก็เพิ่งจะมีการเคลื่อนไหวเพื่อให้มีการออกกฎหมายที่ดีขึ้นกว่าเดิมเมื่อปีที่ผ่านมานี้เอง (รายละเอียดเกี่ยวกับเรื่องนี้โปรดดูบทความเรื่อง "*พ.ร.บ.ยา ฉบับใหม่ ใครได้ใครเสีย*" ในเล่มนี้ น.57)

ในภาวะที่การโฆษณายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านสื่อทุกรูปแบบนับวันแต่จะควบคุมได้ยากยิ่งขึ้น จะอาศัยอำนาจการควบคุมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพียงอย่างเดียวคงเอาไม่อยู่ เพราะไม่ว่าจะเป็น อย. หรือ สคบ. รวมทั้งองค์กรเอกชนด้านสุขภาพ ก็ล้วนแต่มีข้อจำกัดที่ทำให้ป้องกันปัญหาได้ไม่มากเท่าที่ควร ในเรื่องนี้หากภาคประชาชน (ซึ่งรวมถึงชุมชน และภาคประชาสังคม) จะได้มีส่วนในการเฝ้าระวังด้วยก็จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง แต่การเฝ้าระวังของภาคประชาชนจะมีประสิทธิผลก็ต่อเมื่อได้รับการเสริมพลัง (empowered) เพื่อให้รู้ทันอุบายการโฆษณา และมีความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เพียงพอที่จะตัดสินใจในทางที่ถูกต้องเหมาะสมได้ โดยไม่ตกเป็นเหยื่อของการโฆษณา

บทสรุป

เรื่องราวที่เสนอมาข้างต้นทั้งหมดสะท้อนให้เห็นว่าสุขภาพซึ่งเป็นสิ่งสำคัญยิ่งอย่างหนึ่งในชีวิตของคนกำลังถูกครอบงำโดยระบบทุนนิยมและบริโภคนิยมอย่างหนักหน่วงเหมือนกับทุกเรื่องที่เกี่ยวกับชีวิตของเราทุกคน อิทธิพลของทุนนิยมและบริโภคนิยมไม่เพียงแต่ได้เปลี่ยนกระบวนทัศน์หรือมุมมองเกี่ยวกับสุขภาพเท่านั้น แต่ยังได้เปลี่ยนหลายอย่างในระบบสุขภาพ ตั้งแต่เรื่องยาไปจนถึงบริการที่ประชาชนได้รับ **ความเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนั้นอาจสรุปเป็นคำพูดสั้นๆ ได้ว่าคือ การที่สุขภาพถูกทำให้เป็นสินค้า ซึ่งมีเป้าหมายอยู่ที่ผลกำไร**

เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ความหมายของยา ผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ เทคโนโลยี รวมทั้งบริการทางสุขภาพ เปลี่ยนไป ไม่ได้ยึดโยงอยู่กับคุณค่าทางมนุษยธรรมอันเป็นฐานดั้งเดิมอีกต่อไป หากแต่ยึดโยงอยู่กับมูลค่าหรือราคาที่ผู้บริโภคต้องจ่าย และที่จะคำนวณออกมาเป็นผลกำไรของผู้ประกอบการมากกว่า จึงไม่แปลกที่อุบายหลายอย่างจะถูกนำมาใช้เพื่อเป้าหมายอันนี้ เช่น

- การเน้นความสำคัญของยา (เพราะยาคือสิ่งที่ขายได้) จนทำให้คนอาจมองข้ามพฤติกรรมที่เหมาะสมในการรักษาสุขภาพ ซึ่งมีความสำคัญกว่าการใช้ยา
- การทำให้ยาใหม่มีราคาแพงเกินเหตุ ซึ่งไม่ได้สะท้อนต้นทุนการพัฒนายาแต่แพงเพราะการผูกขาดตลาด
- การพัฒนายาใหม่ที่ให้ความสนใจโรคของกลุ่มผู้บริโภคที่มีกำลังซื้อสูง มากกว่าโรคที่พบในภูมิภาคที่คนส่วนใหญ่ยากจน เป็นการส่งเสริมความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพในโลก
- การทำตลาดยาโดยใช้ประโยชน์จากบุคคลในวิชาชีพแพทย์ในลักษณะที่ไม่เหมาะสมทางจริยธรรม
- อุบายมุ่ง "ขายสุขภาพ" ให้แก่คนสุขภาพดีในรูปของผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพสารพัดชนิด
- การโฆษณาขายยา ผลิตภัณฑ์ และบริการสุขภาพที่เกินจริง และละเลยการให้ข้อมูลที่รอบด้านหรือการศึกษาที่จำเป็นแก่ผู้บริโภค

ผลกระทบตรงๆ ของการที่สุขภาพถูกทำให้กลายเป็นสินค้าจึงมีหลายด้าน ที่ชัดเจนคือ

- การที่ยาและบริการสุขภาพที่จำเป็นมีราคาแพง ส่งผลให้เกิดปัญหาในการเข้าถึงยาของกลุ่มคนที่มีรายได้น้อย และนั่นหมายถึงผลกระทบต่อสุขภาพของคนเหล่านั้นด้วย
- ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น ทั้งจากราคาที่สูงและการใช้โดยไม่จำเป็น ซึ่งสร้างปัญหาสุขภาพในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจนหลายประเทศ
- การเน้นความสำคัญของยาสำหรับอาการเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดเพราะความเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของชีวิตคนเรา ทำให้คนจำนวนมากมุ่งแต่จะพึ่งยาเป็นหลัก มองข้ามความสำคัญของการดูแลสุขภาพด้วยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผลกระทบเช่นเดียวกันนี้มีแนวโน้มที่จะเกิดจากการโฆษณาให้คนเชื่อว่าผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีความจำเป็น จนคนจำนวนมากอาจเข้าใจว่า การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารก็เพียงพอแล้วสำหรับการมีสุขภาพดี
- การโฆษณายา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม และบริการสุขภาพที่เกินจริง ทำให้ผู้ไม่รู้เท่าทันหลงเชื่อ เสียเงิน หลายรายเสียสุขภาพ บางรายเสียชีวิต

แล้วจะทำอะไรได้บ้างในเรื่องนี้? ที่จริงต้นตอของเรื่องนี้ถ้าจะสาวไปให้ลึกจริงๆ ก็คงจะอยู่ที่ประเด็นเรื่อง *"ทุนนิยมในระบบสุขภาพ"* แต่เราจะหนีจากทุนนิยมได้พ้นหรือ ในเมื่อระบบเศรษฐกิจและระบบอื่นๆ เกือบทุกระบบในสังคมที่เราอยู่ทุกวันนี้ล้วนแต่เป็นผลผลิตของแนวคิดแบบทุนนิยม ไม่เว้นแม้แต่การศึกษา วัฒนธรรมและศาสนา ประเด็นในที่นี้จึงคงไม่ได้อยู่ที่การหนีจากทุนนิยมในระบบสุขภาพ หากอยู่ที่การพยายามรับมือกับกระแสทุนนิยมในระบบสุขภาพมากกว่า แนวทางที่จะรับมือกับกระแสทุนนิยมในระบบสุขภาพให้ได้ควรจะเป็นอย่างไรยังเป็นเรื่องที่ต้องเรียนรู้กันอีกมาก แต่ในที่นี้ใคร่จะเสนอแนวทางต่อไปนี้

1. ให้การศึกษา เกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชนอย่างเพียงพอ ในด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การใช้ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพที่เหมาะสมและคุ้มค่า การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และการตัดสินใจที่ถูกต้องหลังจากการเปิดรับข้อมูลเหล่านั้น ในเรื่องนี้สถาบันการศึกษา หน่วยงานทางสุขภาพ รวมทั้งสื่อต่างๆ ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ



*2. **สร้างและจัดการความรู้*** เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทันสถานการณ์ด้านสุขภาพ พัฒนาวิธีการและข้อเสนอใหม่ๆ ต่อประชาชน ผู้ประกอบวิชาชีพ และผู้กำหนดนโยบาย องค์กรทางวิชาชีพด้านสุขภาพต้องเป็นที่พึ่งของประชาชนได้อย่างแท้จริง อย่างน้อยก็ในด้านการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและรอบด้าน โดยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเกี่ยวกับยา ผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพ และบริการดูแลสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยีไฮเทคเป็นจุดขาย ว่าแค่ไหนคือจำเป็นและแค่ไหนคือเกินจำเป็น เข้มงวดในการควบคุมกำกับการประกอบวิชาชีพให้อยู่ในมาตรฐานจริยธรรมและวิชาการที่ถูกต้อง

*3. **ส่งเสริมขีดความสามารถและความเข้มแข็ง*** ของภาคประชาชน องค์กรผู้บริโภค ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ สื่อมวลชน นักวิชาการ รวมทั้งนักการเมือง ให้ตระหนักและเข้าใจเรื่องสุขภาพอย่างถูกต้อง สามารถตัดสินใจและใช้ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอย่างคุ้มค่า สามารถติดตาม กำกับ และตรวจสอบการทำงานด้านสุขภาพของทุกภาคส่วนได้อย่างมีประสิทธิผล สร้างความเข้มแข็งของระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ และระบบประเมินเทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการใช้ยา ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม และคุ้มค่า ตามความจำเป็นของปัญหา

*4. **ปรับปรุงกฎหมายให้ทันสมัย*** และบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในเรื่องการโฆษณายา ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์เสริมความงาม และบริการสุขภาพที่เกินจริง เข้มงวดกับการควบคุมกำกับบริการด้านสุขภาพให้อยู่ในกรอบที่เหมาะสม เพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ด้วยมาตรการที่ไม่ขัดขวางการเข้าถึงยาและบริการสุขภาพของประชาชน

*5. **ใช้มาตรการด้านเศรษฐกิจ การเงิน และการคลัง*** เช่น ในการดำเนินการเรื่องหลักประกันสุขภาพ ใช้มาตรการทางภาษีเพื่อกระจายการเข้าถึงบริการ และลดความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพให้มากที่สุด

ที่จริงแนวทางที่กล่าวข้างต้นหลายหน่วยงานก็ได้ริเริ่มและทำกันอยู่แล้ว เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) รวมทั้งหน่วยงานทั้งหลายในกระทรวงสาธารณสุข แต่ก็ดูเหมือนว่าอาจจะยังไม่มีพลังมากพอที่จะชะลอกระแสที่มาแรงของทุนนิยมในสุขภาพได้ ดังนั้นในวันนี้จึงมีสิ่งที่สังคมไทยต้องทำอีกมาก

บรรณานุกรม

11 ตัวชี้วัด "สุขภาพอาเซียน"

1. 10 ประเทศอาเซียน ความหลากหลายที่รวมเป็นหนึ่ง

กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. 2558. *อาเซียนกับความหลากหลายทางชีวภาพ*. ค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2558, จาก http://www.aseangreen-hub.in.th/envinat-ac/en/savetheworldsection/12-savethe-world

The World Bank. 2014. *World Development Indicators Database.* Retrieved December 22, 2014, from http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators

UNESCO, *World Heritage Centre*. 2015. Retrieved January 8, 2015, from World Heritage List. http://whc.unesco.org/en/list/

2. ประชากรในอาเซียน

จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ชวนวัน, และปราโมทย์ ประสาทกุล. 2556. การสูงวัยของประชากรในประชาคมอาเซียน. ใน สุชาดา ทวีสิทธิ์, มาลี สันภูวรรณ์, และ ศุทธิดา ชวนวัน (บรรณาธิการ). *ประชากรและสังคม 2556: ประชากรและสังคมในอาเซียน ความท้าทายและโอกาส*. หน้า 3-22. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เดือนตุลา

The World Bank. 2011. *The Migration and Remittances Facebook 2011*. Washington DC: The World Bank.

United Nations. 2013. World Population Prospects: The 2012 Revision. New York: UN.

3. สุขภาพกาย

The World Bank. 2012. *World Databank 2012*. Retrieved September 15, 2014, from http://databank.worldbank.org/data/home.aspx

World Health Organization (WHO), Department of Health Statistics and Information Systems. 2014. *Health Statistics and Information Systems*. Retrieved October 22, 2014, from www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

World Health Organization (WHO). 2014. *World Health Statistics 2014*. Geneva: WHO.

4. สุขภาพจิต

John Helliwell, Richard Layard, and Jeffrey Sachs (Editors). 2013. *World Happiness Report 2013*. NY: Sustainable Development Solutions Network.

The Social Progress Imperative. 2014. *Social Progress Index 2014*. n.p.

World Health Organization (WHO), Department of Health Statistics and Information Systems. 2014. *Health Statistics and Information Systems*. Retrieved October 22, 2014, from www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

World Health Organization (WHO). 2014. *World Health Statistics 2014*. Geneva: WHO.

5. พฤติกรรมสุขภาพ

The World Bank. 2012. *World Databank 2012*. Retrieved September 15, 2014, from http://databank.worldbank.org/data/home.aspx

Southeast Asia Initiative on Tobacco Tax (SITT) of the Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA). 2014. *Tobacco Taxes and Prices in ASEAN: An Overview (May 2014)*. Retrieved September 29, 2014, from http://seatca.org/dmdocuments/ASEAN%20Tobacco%20TaxPrice_Summary_May14%20Final.pdf

Southeast Asia Initiative on Tobacco Tax (SITT) of the Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA). 2013. *ASEAN Tobacco Tax Report Card (May 2013)*. n.d.

The Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA). 2014. *The ASEAN Tobacco Control Atlas (Second edition) September 2014*. Bangkok: SEATCA.

World Health Organization (WHO). 2014. *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. Geneva: WHO.

6. การพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคม

กรมทางหลวง และ กรมทางหลวงชนบท. 2554. *ระยะทางในความรับผิดชอบของกรมทางหลวงและกรมทางหลวงชนบท*. ค้นเมื่อ 2 กันยายน 2554, จาก http://vigportal.mot.go.th/portal/site/PortalMOT/stat/index6URL/

Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). 2014. *Economic Outlook for Southeast Asia, China, and India 2014: Beyond the Middle Income Gap*. n.d.

The World Bank. 2014. *World Development Indicators Database.* Retrieved December 22, 2014, from http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators.

The World Fact Book, Central Intelligence Agency. 2014. Retrieved 9 December, 2014, from https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/

United Nations Development Programme (UNDP). 2014. *Human Development Report 2014: Sustaining Human Progress: Reducing Vulnerabilities and Building Resilience*. NY: UNDP.

7. สภาพแวดล้อมและความเป็นเมือง

Food and Agriculture Organization of The United Nations. 2010. *Forestry*. Retrieve December 23, 2014, from http://faostat3.fao.org/

McKinsey Global Institute. 2014. Southeast Asia at the crossroads: Three paths to prosperity. Retrieved December 3, 2014, from http://www.mckinsey.com/

The World Bank. 2014. *World Development Indicators Database.* Retrieved December 22, 2014, from http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators.

World Health Organization (WHO). 2013. *World Malaria Report 2013*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2014. *Burden of disease from Household Air Pollution for 2012*. Geneva: WHO.

World Health Organization (WHO). 2014. *Slum residence Data by country*. Retrieve 30 September, 2015, from http://apps.who.int/gho/data/node.main.281?lang=en

World Health Organization (WHO). 2014. *Tuberculosis country profiles*. Retrieved 16 December, 2014, from http://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/

8. การคลังสุขภาพ

ASEAN Plus Three UHC Network. 2014. *Universal Health Coverage for 2.1 Billion Populations: Lessons Learned from ASEAN Plus Three Countries: ASEAN*. Retrieved September 3, 2014, from http://www.aseanplus3uhc.net/universal-health-coverage-21-billion-populations-lessons-learned-asean-plus-three-countries

World Health Organization (WHO). 2014. *Global Health Observatory (WHO-GHO)*. Retrieved November 10, 2014, from http://www.who.int/gho/en/

9. ทรัพยากรสาธารณสุข

Kanchanachitra, C., Lindelow, M., Johnston, T., Hanvoravongchai, P., Lorenzo, F.M., and Huong, N.L., et. al. 2011. Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. In *The Lancet, 377* (9767), 769-781.

World Health Organization (WHO). 2014. *World Health Statistics 2014*. Geneva: WHO.

10. ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

General Statistical Office (GSO). 2011. *Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2011, Final Report*. Ha Noi: GSO.

Kanchanachitra, C., Lindelow, M., Johnston, T., Hanvoravongchai, P., Lorenzo, F.M., and Huong, N.L., et. al. 2011. Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. In *The Lancet, 377* (9767), 769-781.

Ministry of Health and Lao Statistics Bureau. 2012. *The Lao Social Indicator Survey 2011-2012*. Vientiane, Lao PDR: Ministry of Health and Lao Statistics Bureau.

National Statistics Office (NSO) [Philippines], and ICF Macro. 2009. *National Demographic and Health Survey 2008*. Calverton, Maryland: National Statistics Office and ICF Macro.

Statistics Indonesia (Badan Pusat Statistik-BPS), National Population and Family Planning Board (BKKBN), and Kementerian Kesehatan (Kemenkes-MOH), and ICF International. 2013. *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*. Jakata, Indonesia: BPS, BKKBN, Kemenkes, and ICF International.

The National Statistical Office (NSO). 2013. *The Thailand 2012 Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)*. Bangkok: NSO.

The United Nations Children's Fund (UNICEF). 2011. *Myanmar: Multiple Indicator Cluster Survey 2009-2010 Selected Indicators*. Yangon: UNICEF

11. อาเซียนกับความท้าทายทางสุขภาพ

สุวัฒน์ กิตติดิลกกุล. 2556. การบรรยาย *"ประชาคมไทยกับอาเซียน: บุคลากรสาธารณสุข รู้ทันประชาคมอาเซียน"*. เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2556.

Southeast Asia Initiative on Tobacco Tax (SITT) of the Southeast Asia Tobacco Control Alliance (SEATCA). 2014. *Tobacco Taxes and Prices in ASEAN: An Overview (May 2014)*. Retrieved September 29, 2014, from http://seatca.org/dmdocuments/ASEAN%20Tobacco%20TaxPrice_Summary_May14%20Final.pdf

Sustainable Development Solutions Network. 2015. *Indicators and a Monitoring Framework for Sustainable Development Goals-Launching a data revolution for the SDGs*. Retrieved January 15, 2015, from http://unsdsn.org/resources/publications/indicators/

United Nations. 2013. *International migrant stock: By destination and origin*. Retrieved 24 December, 2015 from http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/data/estimates2/estimatesorigin.shtml

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1. รัฐประหาร 2557 ผ่าทางตันประเทศไทย

[1] ด่วน! ผบ.ทบ.ประกาศยึดอำนาจ ตั้ง `คณะรักษาความสงบแห่งชาติ'. 22 พฤษภาคม 2557. ค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2557, จาก กรุงเทพธุรกิจออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/583950

[2] คำต่อคำ "ประยุทธ์" เผยโรดแมป "ปรองดอง-ปฏิรูป 1 ปี-เลือกตั้ง" รื้อรถไฟเร็วสูง ไม่ก่อหนี้-งดประชานิยม. 22 พฤษภาคม 2557. ค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2557, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.manager.co.th/politics/viewnews.aspx?NewsID=9570000060714

[3] รัฐธรรมนูญชั่วคราวกับแม่น้ำ 5 สาย. 24 กรกฎาคม 2557. ค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2557, จาก เดลินิวส์ เว็บไซต์: http://www.dailynews.co.th/Content/Article/254517/รัฐธรรมนูญชั่วคราวกับแม่น้ำ+5+สาย

[4] กมธ. ยกร่างฯ วางกรอบ 4 ภาค. 12 พฤศจิกายน 2557. ค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2557, จาก เดลินิวส์ เว็บไซต์: http://www.dailynews.co.th/Content/politics/280322/กมธ. ยกร่างฯ วางกรอบ+4+ภาค

[5] วิษณุ ยันชัด เลือกตั้ง กพ.-มีค. 59 หนุนนิรโทษไม่สุดซอย "พรเพชร" ขานรับทันที. 30 พฤศจิกายน 2557. ค้นเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2557, จาก ข่าวสด เว็บไซต์: http://www.khaosod.co.th/view_newsonline.php?newsid=TVRReE56TXhNemd5T1E9PQ==&sectionid=

[6] นิรโทษขั้นตอนสุดท้าย `บวรศักดิ์' ชูปรองดองก่อน สนช. หนุนนายกฯ ทางตรง. 12 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2557, จาก ไทยโพสต์ เว็บไซต์: http://www.reform.or.th/2014/wp-content/uploads/C-141212008041.pdf

[7] ด่วน! "ยิ่งลักษณ์" ไม่รอดมติ สนช. ถอดถอน 190-18 เว้นวรรคการเมือง 5 ปี "นิคม-สมศักดิ์" เฮ! ไม่ถูกถอดถอน. 23 มกราคม 2558. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2558, จาก มติชนออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1421985667

[8] เรื่องเดียวกัน.

2. ชีวิตบนเส้นด้ายปัญหาความปลอดภัยของระบบขนส่งสาธารณะของไทย

[1] พนักงานรถไฟสารภาพ ฆ่าน้องแก้ม. 7 กรกฎาคม 2557. ค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2557, จาก จส.100 เว็บไซต์: http://www.js100.com/en/site/news/view/3493

[2] ผงะ! โจรชิงทรัพย์ผู้โดยสารทั้งโบกี้รถไฟ ติดตู้ "เลดี้"-คาดโดนรมควันวางยาสลบ. 5 สิงหาคม 2557. ค้นเมื่อ 9 มกราคม 2557, จาก ข่าวสด เว็บไซต์: http://www.khaosod.co.th/view_newsonline.php?newsid=TVRRd056SXIN-VEI4T0E9PQ==

[3] รายชื่ออุบัติเหตุทางรถไฟในประเทศไทย. 9 พฤศจิกายน 2557. ค้นเมื่อ 9 มกราคม 2557, จาก วิกิพีเดีย เว็บไซต์: http://th.wikipedia.org/wiki/รายชื่ออุบัติเหตุทางรถไฟในประเทศไทย

[4] สวนีย์ ฉ่ำเฉลียว. ประสบการณ์การให้ความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากรถโดยสารสาธารณะและปัญหาอุปสรรคที่พบ. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 9 มกราคม 2557, จาก ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัย เว็บไซต์: http://www.roadsafetythai.org/sites/default/files/file/upload/มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค%20สวนีย์%20%20ฉ่ำเฉลียว.PDF

3. การจัดการขยะและสารพิษ: ชิ้นแท่นวาระแห่งชาติ?

[1] ไฟไหม้บ่อขยะ สมุทรปราการ ควันเริ่มจาง กรมควบคุมมลพิษ ห่วงอาจมีสารก่อมะเร็ง. 17 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก Kapook เว็บไซต์: http://health.kapook.com/view84416.html

[2] ภาพดาวเทียมไทยโชตเข้าช่วยตรวจสอบแนวควันบริเวณพื้นที่เสียหายจากเหตุการณ์เพลิงไหม้บ่อขยะ. 18 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก Facebook เว็บไซต์: https://www.facebook.com/gistda/photos/a.10150141503351265.335098.328782391264/10152274998701265/

[3] อันตราย!!! ควันพิษบ่อขยะ. 19 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.thairath.co.th/content/410843

[4] สถานการณ์ไฟไหม้บ่อขยะแพรกษา ผลกระทบและการแก้ไข. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก Greenintrend เว็บไซต์: http://www.greenintrend.com/?p=300

[5] กรณีบ่อขยะ "แพรกษา" สู่วาระแห่งชาติการจัดการขยะของประเทศไทย. 11 สิงหาคม 2557. ค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2557, จาก Thaipublica เว็บไซต์: http://thaipublica.org/2014/08/praksa-1/

[6] สถานการณ์มลพิษของประเทศไทย ปี 2556. 19 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2557, จาก กรมควบคุมมลพิษ เว็บไซต์: http://www.pcd.go.th/Public/News/GetNewsThai.cfm?task=lt2014&id=17119

[7] สถานการณ์ ปัญหา และข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการขยะมูลฝอย. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เว็บไซต์: http://prachuapkhirikhan.mnre.go.th/download/pan59/pre_6.pdf

[8] การกำจัดขยะมูลฝอย แบบฝังกลบอย่างถูกหลักสุขาภิบาล (Sanitary Landfill). 31 มกราคม 2556. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก กรมควบคุมมลพิษ เว็บไซต์: http://www.pcd.go.th/public/Publications/print_waste.cfm?task=SanitaryLandfill

[9] ปัญหาลักลอบทิ้งกากขยะอุตสาหกรรม. 18 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2557, จาก Thaipbs เว็บไซต์: http://news.thaipbs.or.th/content/ปัญหาลักลอบทิ้งกากขยะอุตสาหกรรม

[10] "ขยะซ้อนขยะ" ปัญหาจัดการกากอุตสาหกรรมที่ไร้การเหลียวแล. 23 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก ไทยโพสต์ เว็บไซต์: http://www.thaipost.net/sunday/230314/87910

[11] 'แพรกษาโมเดล' วาระแห่งชาติด้านขยะที่ไม่อาจรอช้า. 11 กรกฎาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก Waymagazine เว็บไซต์: http://waymagazine.org/report/แพรกษา

[12] เรื่องเดียวกัน.

[13] 'ขยะเมืองไทย' อะไรจะมากมายก่ายกองได้ขนาดนั้น!!!. 22 เมษายน 2557. ค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2557, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.thairath.co.th/content/417113

[14] กรมควบคุมมลพิษ สรุปสถานการณ์มลพิษในไทย ปี 56. 20 มีนาคม 2557. ค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2557, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.thairath.co.th/content/411086

[15] อธิบดีกรมควบคุมมลพิษ ได้กล่าวถึงนโยบายสร้างโรงไฟฟ้าโดยใช้ขยะเป็นวัตถุดิบว่าปัจจุบันมีการก่อสร้างโรงไฟฟ้าที่ใช้ขยะเป็นเชื้อเพลิงแล้ว 2 แห่ง คือที่ จ.ภูเก็ต และ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา และมีแผนที่จะดำเนินการเพิ่มอีก 13 แห่งทั่วประเทศในปีถัดไป ซึ่งแนวทางนี้เป็นความหวังที่จะช่วยลดปริมาณขยะตกค้างอย่างมีประสิทธิภาพ

[16] ทส. มอบนโยบายการจัดการขยะมูลฝอยของประเทศให้กับจังหวัด. 19 กันยายน 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก กรมควบคุมมลพิษ เว็บไซต์: http://www.pcd.go.th/Public/News/GetNewsThai.cfm?task=lt2014&id=17206

[17] นายกรัฐมนตรีประกาศเจตนารมณ์โครงการเมืองสะอาด คนในชาติมีสุข ระยะที่ 2.4 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2557, จาก Thainews เว็บไซต์: http://thainews.prd.go.th/centerweb/news/NewsDetail?NT01_NewsID=TNPOL5712040010007

4. อีโบลาและการจัดการโรคข้ามพรมแดน

[1] Ebola Situation Report-11 February 2015. 8 กุมภาพันธ์ 2558. ค้นเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2558, จาก WHO เว็บไซต์: http://apps.who.int/ebola/en/ebola-situation-report/situation-reports/ebola-situation-report-11-february-2015

[2] เชื้ออีโบลา คร่าชีวิตหัวหน้าแพทย์เชียร์ราลีโอนรายที่ 2. 14 สิงหาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558, จาก Kapook เว็บไซต์: http://health.kapook.com/view95685.html

[3] Ebola in graphics The toll of a tragedy. 5 มีนาคม 2558. ค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2558, จาก Economist เว็บไซต์: http://www.economist.com/blogs/graphicdetail/2015/03/ebola-graphics

[4] Ebola impacts antenatal care-Offical. 3 มีนาคม 2558. ค้นเมื่อ 10 มีนาคม 258, จาก StarAfrica เว็บไซต์: http://en.starafrica.com/news/sleone-ebola-impacts-antenatal-care-official.html

[5] Ebola in graphics The toll of a tragedy, อ้างแล้ว

[6] สธ. ห่วงคนตกใจ "อีโบลา" ย้ำโอกาสเสี่ยงติดในไทยยาก. 31 กรกฎาคม 2557. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก Mcot เว็บไซต์: http://www.mcot.net/site/content?id=53d9dbfdbe0470fec58b456a#.VQ54d9KZR1M

5. 'การอุ้มบุญ' กับสิ่งที่สังคมไทยควรรับรู้

[1] ข้อมูลจากการสัมภาษณ์หญิงไทยที่รับตั้งครรภ์แทน เมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2557

[2] แถลงข่าวแพทยสภากรณีอุ้มบุญ. 8 สิงหาคม 2557. ค้นเมื่อ 20 มกราคม 2558, จาก แพทยสภา เว็บไซต์: http://www.tmc.or.th/detail_news.php?news_id=763&id=1&s_head=3

6. พ.ร.บ.ยาฉบับใหม่ใครได้ใครเสีย

[1] ร่างฯ ที่ สคก. ตรวจพิจารณาแล้ว เรื่องเสร็จที่ 1017/2557. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2557, จาก สำนักยา เว็บไซต์: http://drug.fda.moph.go.th/zone_law/files/ร่างพ.ร.บ.ยา_1017_2557.pdf

[2] เอกสารนำเสนอในการประชุมเสวนา พรบ. ยา พรบ. วิชาชีพ เพื่อใคร. วันอาทิตย์ที่ 28 กันยายน 2557 ณ ห้อง 702 อาคาร 80 ปี คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยโดย วินิต อัศวกิจวิรี เรื่อง พ.ร.บ. ยา อุปสรรค หรือโอกาส เพื่อใคร.

[3] เรื่องเดียวกัน.

[4] เครือข่ายเภสัชฯ บุก อย.ค้าน พ.ร.บ.ยา ส่งตัวแทนหารือแก้ไขใน 2 สัปดาห์. 10 ตุลาคม 2557. ค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2557, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9570000116308

[5] ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. .... (ฉบับประชาชน ปรับปรุง 19.01.55). ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 2 ธันวาคม 2557, จาก แผนงานพัฒนากลไกเฝ้าระวังระบบยา เว็บไซต์: http://www.thaidrugwatch.org/download/draft_revise_drug_act_19-01-55.pdf

[6] หนังสือสำนักงานเลขาธิการนายกรัฐมนตรี ที่ นร.0404/4144 ลงวันที่ 25 มีนาคม 2556 เรื่องการรับรองร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. .... (ฉบับประชาชน ปรับปรุง 19.01.55).

[7] หนังสือสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ที่ สผ0014/5068 ลงวันที่ 14 สิงหาคม 2557 เรื่อง ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ....

[8] หนังสือสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ที่ นร0105.03/45195 ลงวันที่ 12 กันยายน 2557

[9] แถลงการณ์ร่วม สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และเครือข่ายวิชาชีพเภสัชกรรม กรณี การแก้ไข ปรับปรุง (ร่าง) พ.ร.บ.ยา ฉบับที่สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาตรวจแล้วเสร็จ. 22 ตุลาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก สำนักสารนิเทศ เว็บไซต์: http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=68704

[10] อย. เผยผลหารือ (ร่าง) พ.ร.บ.ยา กับสภาวิชาชีพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง. 30 ตุลาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก สำนักสารนิเทศ เว็บไซต์: http://pr.moph.go.th/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHot_new=68812

[11] หนังสือกระทรวงสาธารณสุขที่ สธ 1009.3.1/3899 ลงวันที่ 12 ธันวาคม 2557 เรื่อง ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. ....

[12] บันทึกความเห็นและข้อเสนอแนะ เรื่อง ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. .... เอกสารที่ กม คปก (ค) ที่ 22/2557 เรื่อง ร่างพระราชบัญญัติยา พ ศ. .... จาก สำนักงานคณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย

7. 'เขตสุขภาพ' บนความเห็นต่างประชาชนคือผู้รับเคราะห์

[1] สธ.ปรับรูปแบบบริการสุขภาพ กระจายผู้ป่วย 12 เขตพื้นที่. 12 ธันวาคม 2555. ค้นเมื่อ 26 ธันวาคม 2557, จาก ไทยรัฐ เว็บไซต์: http://www.thairath.co.th/content/312822

[2] 1 เม.ย. รวมกลุ่ม รพ. รักษาคนไข้. 3 กุมภาพันธ์ 2556. *โพสต์ทูเดย์*

[3] ยืดงบฯ "สปสช." จ่ายตรงสำนักงานเขต. 13 มีนาคม 2556. *โพสต์ทูเดย์*

[4] เรื่องเดียวกัน.

[5] แผนกินรวบระบบสุขภาพ การเมืองรวมหัว ขรก. ปรับโครงสร้างเขตสุขภาพยึดอำนาจเบ็ดเสร็จ. 25 กันยายน 2556. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2557, จาก ASTV ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: http://www2.manager.co.th/Around/ViewNews.aspx?NewsID=9560000120965

[6] ข้อสรุป 5 ชมรม สธ. ยัน สปสช. ต้องจัดงบบัตรทองผ่านเขต-ยุบกองทุนย่อย. 30 ตุลาคม 2557. ค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2558, จาก Hfocus เว็บไซต์: http://www.hfocus.org/content/2014/10/8507#sthash.JNIjazWS.dpuf

[7] ชงยุบ "กองทุนรายโรคสปสช." เหตุยุ่งยาก. 29 ตุลาคม 2557. *มติชน*

[8] เบรก 'เขตสุขภาพ สธ.' 'ปฏิรวบ' สวนทาง 'ปฏิรูป'. 12 สิงหาคม 2557. *กรุงเทพธุรกิจ*

[9] ค้านสุดเสียง! กลุ่มรักหลักประกันฯ ยัน 'เขตสุขภาพ' ไม่เวิร์ก. 29 สิงหาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก ไทยรัฐ เว็บไซต์:http://www.thairath.co.th/content/446541

[10] 'อัมมาร' แนะแก้สองปัจจัยกระทบงบ 'ประกันสุขภาพ'. 11 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2558, จาก TDRI เว็บไซต์: http://tdri.or.th/tdri-insight/bangkokbiz-2014-12-11/

[11] สปสช. สุดทนถูกบิดข้อมูลให้ร้ายการบริหารกองทุน แนะตั้งกรรมการคนนอกตรวจสอบ รพ. ขาดทุน. 11 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 8 มีนาคม 2558, จาก NHSO เว็บไซต์: http://www.nhso.go.th/FrontEnd/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MTMyOA==

[12] ย้อนรอย มหากาพย์ขัดแย้งร้าวลึก ระเบิดศึก สธ.-สปสช.. 13 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558, จาก Hfocus เว็บไซต์: http://www.hfocus.org/content/2014/12/8838

[13] บัตรทองถกเดือดรัชตะทักปลัด สธ. 9 ธันวาคม 2557. *โพสต์ทูเดย์*

[14] นพ.ยุทธ โพธารามิก ลาออกประธานสอบปัญหา รพ. ขาดทุน. 19 ธันวาคม 2527. ค้นเมื่อ 2 ค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2558, จาก สำนักข่าวไทย เว็บไซต์: http://www.tnamcot.com/2014/12/19/นพ-ยุทธ-โพธารามิก-ลาออกป/

[15] "นพ.รัชตะ" รมว.สาธารณสุข ยืนยันมีคำสั่งย้าย "นพ.ณรงค์" ปลัด สธ. ไปประจำสำนักนายกฯ. 11 มีนาคม 2558. ค้นเมื่อ 16 มีนาคม 2558, จาก การเมืองธุรกิจ เว็บไซต์: http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/638661#sthash.jyFUOgoC.dpuf

8. แผ่นดินไหวเชียงรายผลกระทบต่อชุมชนและการจัดการปัญหา

[1] สรุปความเสียหาย และให้ความช่วยเหลือประชาชนผู้ประสบภัยจากเหตุแผ่นดินไหว จังหวัดเชียงราย ประจำวันที่ 27 มิถุนายน 2557. 1 มิถุนายน 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดเชียงราย เว็บไซต์: https://dpmcr.wordpress.com

[2] รายงานการเกิดแผ่นดินไหวบริเวณจังหวัดเชียงราย. 5 พฤษภาคม 2557. สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม, จาก สำนักเฝ้าระวังแผ่นดินไหว กรมอุตุนิยมวิทยา เว็บไซต์: http://www.seismology.tmd.go.th/home.html

[3] เรื่องเดียวกัน.

[4] รอยเลื่อนมีพลังในประเทศไทย. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จากกรมทรัพยากรธรณี เว็บไซต์: http://www.dmr.go.th/main.php?filename=Active_FAULTS_THAI

[5] รายงานการเกิดแผ่นดินไหวบริเวณจังหวัดเชียงราย, อ้างแล้ว.

[6] สรุปการช่วยเหลือผู้ประสบภัยแผ่นดินไหว ศูนย์ ปภ. เขต 15 ชร (รวม) ข้อมูล ณ 11-มิ.ย.-57. 13 มิถุนายน 2557. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยจังหวัดเชียงราย เว็บไซต์: https://dpmcr.wordpress.com

9. เขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน: เหรียญสองด้านที่พึงตระหนัก

[1] ทำเนียบรัฐบาล. 2557. ผลการประชุมคณะกรรมการนโยบายเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ (กนพ.) ครั้งที่ 2/2557. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก เว็บไซต์: http://www.thaigov.go.th/th/government-th1/item/87633-id87633.html

[2] สถาบันระหว่างประเทศเพื่อการค้าและการพัฒนา. 2557. แนวทางและมาตรการเพื่อการพัฒนา เขตเศรษฐกิจพิเศษบริเวณพื้นที่แนวชายแดนของไทย. กรุงเทพมหานคร: คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

[3] พระราชบัญญัติส่งเสริมการลงทุน (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2544, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 118 ตอนที่ 110 ก. (ลงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2544).

[4] การพัฒนาแนวพื้นที่พัฒนาเศรษฐกิจ (Economic Corridors Development). ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก เว็บไซต์: http://www.nesdb.go.th/Portals/0/HighLight/gms/P001.pdf.

[5] สมชาย คักดาเวคีอิศร. 2557. เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษชายแดน. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร.

[6] เขตเศรษฐกิจพิเศษในพื้นที่ 36 ตำบล บริเวณสิบอำเภอของห้าจังหวัดชายแดนข้างต้น ได้แก่ 1. จังหวัดตากประกอบด้วย 14 ตำบล ใน อ.แม่สอด อ.พบพระ อ.แม่ระมาด ระมาด 2. มุกดาหาร ประกอบด้วย 11 ตำบล ใน อ.เมือง อ.หว้านใหญ่ อ.ดอนตาล 3. สระแก้ว ประกอบด้วย 4 ตำบล ใน อ.อรัญประเทศ อ.วัฒนานคร 4. ตราด ประกอบด้วย 3 ตำบล ของ อ.คลองใหญ่ (ทั้งอำเภอ) 5. สงขลา ประกอบด้วย 4 ตำบล ใน อ.สะเดา

[7] นายกรัฐมนตรีมอบนโยบายให้ทุกหน่วยงานสนับสนุนการจัดตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษใน 5 พื้นที่ชายแดนเป้าหมายให้มีผลทางปฏิบัติ ธ.ค. นี้-เห็นชอบแผนดำเนินงานเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษปี 58-59. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2557, จาก รัฐบาลไทย เว็บไซต์: http://www.thaigov.go.th/2012-07-18-11-42-15/item/87633-id87633.html

[8] สถิติการค้าชายแดนและการค้าผ่านแดนของประเทศไทยปี 2554-2557. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 15 มกราคม 2558, จาก กรมการค้าระหว่างประเทศ เว็บไซต์: http://bts.dft.go.th/btsc/files/Border%20Trade%20Service%20Center/1.Reported%20%20trade%20%20statistics/2557/12_DEC2014.pdf

[9] วิวัฒนาการนโยบายทางประชากร. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก เว็บสารสนเทศสุขภาพไทย เว็บไซต์: http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/ThaiHealth2012/thai2012_3.pdf.

[10] กฤตยา อาชวนิชกุล.2554. การจัดระบบคนไร้รัฐในบริบทประเทศไทย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม.

[11] ประกาศคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ฉบับที่ 70/2557 เรื่องมาตรการชั่วคราวในการแก้ปัญหาแรงงานต่างด้าวและการค้ามนุษย์. 25 มิถุนายน 2557. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก กองทัพภาคที่ 3 เว็บไซต์: http://www.army3.mi.th/army3_internet/mod/book/view.php?id=30&chapterid=211

[12] สรุปยอดรวมการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว ณ ศูนย์บริการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว (ONE STOP SERVICE: OSS) ทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 26 มิถุนายน-31 ตุลาคม 2557 (ปรับปรุงยอดวันที่ 29 พฤศจิกายน 2557). 1 ธันวาคม 2557. ค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2558, จาก สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว เว็บไซต์: http://wp.doe.go.th/wp/images/pr/pr_oss291157.pdf

[13] ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์. สุขภาพแรงงานข้ามชาติ กับความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ อะไรคือทางออกที่เหมาะสม. เอกสารประกอบการเสวนา "สุขภาพแรงงานข้ามชาติ ทางออกที่เหมาะสมเพื่อสร้างความเป็นธรรมในระบบสุขภาพ". สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 15 ตุลาคม 2555. โรงแรมทีเค พาเลซ. นนทบุรี.

[14] อ้างแล้ว, กฤตยา อาชวนิชกุล.

[15] สถิติจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน ทั่วราชอาณาจักร ประจำปี 2556. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 7 ธันวาคม 2557 จาก สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว เว็บไซต์: http://wp.doe.go.th/wp/images/statistic/sy/sy2556.pdf.

[16] สธ. เผย ขาย 'บัตรประกันสุขภาพต่างด้าว' แล้วกว่าแสนบัตร!. 23 กรกฎาคม 2557. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก ไทยรัฐ เว็บไซต์: http://www.thairath.co.th/content/438314.

[17] กกจ. ร่วมมือ สปส. เตรียมปรับเกณฑ์ดันแรงงานต่างด้าวเข้าประกันสังคม. 24 ตุลาคม 2556. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก มติชนออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.matichon.co.th/news_detail.php?newsid=1382596242.

[18] เอกสารประกอบการประชุมร่วมระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนองกับสำนักบริหารการสาธารณสุข เพื่อหารือการแก้ปัญหาแรงงานต่างด้าว เรื่องสถานการณ์การให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว จังหวัดระนอง เมื่อ11 พฤศจิกายน 2557

[19] Guinto R, Curran U, Suphanchaimat R, Pocock N. 2014. *Universal health coverage in 'One ASEAN': are migrants included? Global Health Action 2014*, 7: 25749 (in press).

[20] มูลนิธิบูรณะนิเวศ. ความตายที่นิคมฯ ลำพูน. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2557, จาก มูลนิธิบูรณะนิเวศ เว็บไซต์: http://thaiecoalert.org/th/pollution/50.

[21] รัฐธรรมนูญกับการคุ้มครองคุณภาพสิ่งแวดล้อม. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2557, จาก มหาวิทยาลัยบูรพา เว็บไซต์: http://www.bu.ac.th/knowledgecenter/executive_journal/july_sep_10/pdf/aw13.pdf.

[22] ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในปี พ.ศ. 2555 ได้กำหนดประเภทโครงการที่ต้องจัดทำรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม (Environmental Impact Assessment หรือ EIA) 22ประเภทโครงการและเพิ่มเติมเป็น

35 ประเภทโครงการ และกำหนดประเภทโครงการที่ต้องจัดทำรายงาน EHIA จำนวน 11 ประเภทโครงการ (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2555, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 129 ตอนพิเศษ 116ง. วันที่ 20 กรกฎาคม 2555).

[23] ทำไมคนไทยไม่เอา EIA.16 ตุลาคม 2556. ค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2557, จาก บล็อกกาซีน เว็บไซต์: http://www.blogazine.in.th/blogs/noksayamol/post/4404.

10. ปัญหาอาชญากรรม: หนามยอกอกการท่องเที่ยวไทย

[1] คดีนักท่องเที่ยวชาวอเมริกันพร้อมลูกชายที่ถูกทำร้ายจนเสียชีวิตที่จังหวัดกระบี่. 7 สิงหาคม 2556. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2557, จาก ASTV ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=9560000097786

[2] 2556 คดีหนุ่มชาวอังกฤษที่ถูกฆาตกรรมบนหาดริน เกาะพงัน.18 กันยายน 2557. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2557, จาก Kapook เว็บไซต์: http://hilight.kapook.com/view/108257

[3] ตร. ภูเก็ต เร่งเก็บหลักฐานจากกล้อง หาคนร้าย ฆ่าชิงทรัพย์ชาวออสซี่. 22 มิถุนายน 2555. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก Thaipbs เว็บไซต์: http://news.thaipbs.or.th/node/93019

[4] งามไส้! สื่อนอกตีข่าว "คลิปคนชั่วแห่งกระบี่" หลังพ่อเหยื่อแค้นคนไทยข่มขืนลูกสาวนางแบบ. 8 พฤศจิกายน 2555. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2557, จาก ข่าวสด เว็บไซต์: http://www.khaosod.co.th/view_newsonline.php?newsid=TVRNMU1qTTJOVFU0Tmc9PQ==&sectionid=

[5] เปิดเส้นทางธุรกิจ "รัสเซีย" มาเฟียผูกขาดทุกหาดบนเกาะภูเก็ต. 24 กรกฎาคม 2556. ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2557, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.manager.co.th/Local/ViewNews.aspx?NewsID=9560000090652

4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

พ่อหนานอินสมสิทธิตันหมอไทยดีเด่นแห่งชาติ

หมอไทยดีเด่นแห่งชาติ พ.ศ. 2557. 17 กันยายน 2557. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2557, จาก มูลนิธิสุขภาพไทย เว็บไซต์: http://www.thaihof.org/main/article/detail/3595

'ป้อหนาน อินสม สิทธิตัน' ชาวบ้านโฮ่ง ลำพูน หมอไทยดีเด่นแห่งชาติ พ.ศ. 2557. 7 กันยายน 2557. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2557, จาก Haaksquare เว็บไซต์: http://www.haaksquare.com/en/node/5793

สมุนไพรกับบัญชียาหลักแห่งชาติ

บัญชียาหลักแห่งชาติจากสมุนไพร. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2557 , จาก มูลนิธิสุขภาพไทย เว็บไซต์: http://www.thaihof.org/main/banersideber/medical

บัญชียาจากสมุนไพร. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2557, จาก บัญชียาหลักแห่งชาติ เว็บไซต์: http://drug.fda.moph.go.th:81/nlem.in.th/medicine/herbal/list

สปสช. เพิ่มบัญชีสมุนไพรรักษาฟรีเป็น 71 รายการ. 19 มกราคม 2554. ค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2557, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9540000007608

ปิ๊กของกีฬาไทย

สรุปเหรียญเอเชียนเกมส์ 2014 จีนครองเจ้าเหรียญทอง 151 เหรียญ. ม.ป.ป. ค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2557, จาก Kapook เว็บไซต์: http://hilight.kapook.com/view/109115

สรุปเหรียญเอเชียนพาราเกมส์ ทัพนักกีฬาไทยอยู่อันดับ 6. 24 ตุลาคม 2557. ค้นเมื่อ 13 ธันวาคม 2557, จาก Thaipbs เว็บไซต์: http://news.thaipbs.or.th/content/สรุปเหรียญเอเชียนพาราเกมส์-ทัพนักกีฬาไทยอยู่อันดับ-6

แฟนบอลหลายชาติอาเซียน ซูฮก ไทย คว้าแชมป์ซูซูกิคัพ 2014. 22 ธันวาคม 2557. ค้นจาก Kapook เว็บไซต์: http://football.kapook.com/news-21059

คนไทยกับรางวัลกีต้าร์คลาสสิกระดับโลก

ที่ 1 ของโลก 'เบิร์ด' เด็กอุบลฯ คว้าแชมป์โลกกีตาร์คลาสสิก กลับไทยแล้ว. 3 กรกฎาคม 2557. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2557, จาก ไทยรัฐออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.thairath.co.th/content/433951

เปิดใจ... "เบิร์ด เอกชัย" หนุ่มไทยผู้ชนะการแข่งกีตาร์คลาสสิกระดับโลก. 21 กุมภาพันธ์ 2558. ค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2558, จาก ผู้จัดการออนไลน์ เว็บไซต์: http://www.manager.co.th/Home/ViewNews.aspx?NewsID=9580000020580

อุบายขายสุขภาพ: เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือแสวงหากำไร

เอกสารภาษาไทย

กนกนัย ถาวรพานิช. (ม.ป.ป.). ข้อตกลงว่าด้วยสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวพันกับการค้า (TRIPs). สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2557 จาก https://www.l3nr.org/posts/158121

กระทรวงสาธารณสุข. 2546. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2546) เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการโฆษณาสถานพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2557 จาก http://www.kodmhai.com/m7/New/N45.html

เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาของประเทศไทย (ฉบับคณะกรรมการยาแห่งชาติมีมติเห็นชอบ เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2555). (2555). เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์. โกมลคีมทอง.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2542. ปรากฏการณ์ชีวจิตบอกอะไรแก่สังคมไทย (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิ

โครงการเสริมสร้างสื่อมวลชนศึกษาเพื่อสุขภาวะ (Media Monitor). (ม.ป.ป.) สินค้า/บริการด้านสุขภาพและความงามในทีวีดาวเทียม. สืบค้นเมื่อ 9 มกราคม 2558 จาก http://mediamonitor.in.th/download/250/

จิราพร ลิ้มปานานนท์ และคณะ. 2547. รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการจัดทำฐานข้อมูลสิทธิบัตรยาแผนปัจจุบัน. กรุงเทพฯ: หน่วยปฏิบัติการวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม (วจภส.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง. 2555. กรณีป้าเช็ง. ในเว็บเพจ เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง พิมพ์เมื่อ 24 มิถุนายน 2555. สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2557 จาก https://www.facebook.com/permalink.php?story_fbid=314357958655427&id=181318038626087

ชลดา กลางบุรี (แปล). 2552. เกมการเมืองโลกเพื่อครองอำนาจผูกขาดตลาดยาแปลจาก The Global Politics of Pharmaceutical Monopoly Power, Drug patents, access, innovation and the application of the WTO Doha Declaration on TRIPS and Public Health, by Ellen F.M. 't Hoen. กรุงเทพฯ: แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.)

เชิญขวัญ ภุชฌงค์, ธีระ ศิริสมุด, ศรีเพ็ญ ตันติเวช และ ยศ ตีระวัฒนานนท์. (2553) การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ Human Papillomavirus ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ในประเทศไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 19 ฉบับที่ 4: 569-577.

ดวงกมล สจิรวัฒนากุล. 2552. ปากคำ แพทย์ เหยื่อพริตตี้ กลยุทธ์ขายยาล้ำ จริยธรรม. ใน เว็บของสมาคมไทยอุตสาหกรรมผลิตยาแผนปัจจุบัน. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2558 จาก http://www.tpma.or.th/web/th/movement/ปากคำแพทย์เหยื่อพริตตี้-กลยุทธ์ขายยาล้ำจริยธรรม.

นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร. 2556. การประเมินการคัดกรองมะร็งปากมดลูกระดับประชากรในประเทศไทยด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่ 7 ฉบับที่ 3: 289-399.

นิตยา ฐานิตธนกร และ ปรัศนียากรณ์ สายปิมแปง. 2556. Beauty Blogger: ผู้ทรงอิทธิพลด้านความงามบนโลกออนไลน์. วารสารสุทธิปริทัศน์. ปีที่ 27 ฉบับที่ 8 1 มกราคม-มีนาคม 2556

นุชจรินทร์ เกตุนิล. (ม.ป.ป.). พฤติกรรมและทัศคติของผู้บริโภคต่อผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อสุขภาพของไทย (ตอนที่ 2: อาหารเพื่อสุขภาพสำเร็จรูป). ศูนย์อัจฉริยะเพื่ออุตสาหกรรมอาหาร สถาบันอาหาร. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2558 จาก http://fic.nfi.or.th/broadcast/TMK-Jan-2014-FIC-OIE.pdf.

แผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.). (2557). รายงานสถานการณ์ผู้บริโภค 2556-2557. กรุงเทพฯ: แผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510. สืบค้นเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2557 จาก http://www.moph.go.th/ops/minister_06/Office2/drug1.pdf

พระราชบัญญัติวิชาชีพแพทย์ พ.ศ. 2525. สืบค้นเมื่อ 17 พฤศจิกายน 2557 จาก http://www.moph.go.th/ops/minister_06/Office2/doctor%20law.pdf

พินิจ ลิ้มสุคนธ์. 2554. คุยกับหมอ 3 บาท: การแพทย์ไฮเทค. *นิตยสารหมอชาวบ้าน* เล่มที่ 384 (มกราคม).

แพทยสภา. 2549. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549. เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.

แพทยสภา. 2549. ประกาศแพทยสภา ที่ 50/2549 เรื่อง *คำที่ห้ามใช้ในการโฆษณา*. สืบค้นเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2557 จาก http://tmc.or.th/detail_news.php?news_id=139&id=1&s_head=5

มูลนิธิชีววิถี. (ม.ป.ป.). ความเป็นมาของ TRIPs กับความแตกต่างของ TRIPs Plus สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2557 จาก http://www.biothai.net/news/15553

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (2557). Top 10 แบรนด์ ทุ่มงบโฆษณามากที่สุดในไทย ประจำปี 2013. สืบค้นเมื่อ 16 มกราคม 2558 จาก http://www.brandbuffet.in.th/2014/01/media-industry-outlook-2014/

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (ม.ป.ป.). แฉโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายในยุค คสช. สืบค้นเมื่อ 14 มกราคม 2558 จาก http://www.consumerthai.org/web/index.php/news/2014-09-03-00-47-43/19-571106001

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (ม.ป.ป.). 5 ภาคีขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ สกัดโฆษณาผิดกฎหมายของอาหารและยา. สืบค้นเมื่อ 16 มกราคม 2558 จาก http://www.supinya.com/2013/08/๕-ภาคีขับเคลื่อนยุทธศาส/

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (2514). ไทยกับศักยภาพผู้นำแบรนด์สุขภาพและความงาม. Marketeer. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2558 จาก http://marketeer.co.th/2014/09/ดนัย-จันทร์เจ้าฉาย-ไทยก-2/.

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (2556). เตือนยาชุดลดอ้วน เจอผลข้างเคียงเพียบ หนักสุดถึงตาย!! *ASTV ผู้จัดการออนไลน์* สืบค้นเมื่อ 7 ธันวาคม 2557 จาก http://www.manager.co.th/QoI/ViewNews.aspx?NewsID=9560000157170.

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (2556). วิตามินและอาหารเสริมโตรับไลฟ์สไตล์คนเมือง. *ฐานเศรษฐกิจ* ปีที่ 33 ฉบับที่ 2, 885 วันที่ 6-9 ตุลาคม พ.ศ. 2556.

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (2557). คาดตลาดความงามไทยทะลุ 2 หมื่นล้านใน 3 ปี. *ASTV ผู้จัดการออนไลน์*, 18 เมษายน 2557.

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (2557). จับตางานใหญ่ อย. แก้ปัญหาโฆษณาเกินจริง. *มติชน* (กรอบบ่าย), 18 พฤษภาคม 2557.

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (2557). แฉแหลก แพทย์รับทรัพย์บริษัทยา. *โพสต์ทูเดย์*, 15 ธันวาคม 2552.

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (ม.ป.ป.). "แพทย์-ความงาม" แชมป์ธุรกิจดาวรุ่ง--หอการค้าเผย 10 ธุรกิจโดดเด่นปีหน้า. สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2558 จาก http://www.bangkokbiznews.com/home/detail/business/business/20141224/625013/แพทย์-ความงามแชมป์ธุรกิจดาวรุ่ง.html

ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง. (ม.ป.ป.). มะเร็งปากมดลูก. เอกสารเผยแพร่ของ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ.

ลักษมีเพ็ญ สารชวนะกิจ. (ม.ป.ป.). ความตกลงเรื่องสิทธิบัตรในทรัพย์สินทางปัญญาที่เกี่ยวกับการค้า. สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2557 จาก https://www.gpo.or.th/rdi/html/TRIPS_agreement.html

วิชัย โชควิวัฒน, นายแพทย์ (บรรณาธิการ แปล). 2549. กระชากหน้ากากธุรกิจยาข้ามชาติ. แปลจาก The Truth about the Drug Companies by Marcia Angell.กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

วิชัย โชควิวัฒน, นายแพทย์ (บรรณาธิการ แปล). 2550. อุบายขายโรค: กระชากหน้ากากธุรกิจยาข้ามชาติ (ภาคสอง). แปลจาก Selling Sickness: How the World Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All into Patients, by R Moynihan and A. Cassels.กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

วิธาน เจริญผล. 2555. ธุรกิจบริการสุขภาพของไทยจะโตต่อไปอย่างไร? ศูนย์วิจัยเศรษฐกิจและธุรกิจธนาคารไทยพาณิชย์ 13 กันยายน 2555 สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2558 จาก https://www.scbeic.com/THA/document/note_20120913_hospital.

ศูนย์เฝ้าระวังและรับเรื่องร้องเรียนผลิตภัณฑ์สุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2556). ผลการดำเนินการ 2556. สืบค้นเมื่อ 16 มกราคม 2558 จาก http://newsser.fda.moph.go.th/hpsc/frontend/theme/view_info_operation.php?Submit=Clear&ID_Info_Operation=00000024

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1. (2551). มติ 1.2 การเข้าถึงยาถ้วนหน้าของประชากรไทย. ใน *รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 จำนวน 59 มติ* รวบรวมโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2. (2552). มติ 2.4 ยุติการส่งเสริมการขายที่ขาดจริยธรรม: เพื่อลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสุขภาพของผู้ป่วย. ใน *รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 จำนวน 59 มติ* รวบรวมโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4. (2554). มติ 4.5 การจัดการปัญหาโฆษณาที่ผิดกฎหมายของยา อาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทางวิทยุกระจายเสียง สื่อโทรทัศน์และอินเทอร์เน็ต. ใน *รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 จำนวน 59 มติ* รวบรวมโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6. (2556). นโยบาตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน. ใน *รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556 จำนวน 59 มติ* รวบรวมโดย สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2557). มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2551-ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์).

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2553. เครื่องชี้การพัฒนา: เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารของประเทศไทย พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

หมอชาวบ้าน. 2554. การแพทย์ไฮเทค. สืบค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2557 จาก http://www.doctor.or.th/article/detail/11472

เอกสารภาษาอังกฤษ

`tHoen, Ellen F.M. 2009. *The Global Politics of Pharmaceutical Monopoly*. Diemen, the Netherlands: AMB Publishers.

Adams, Christopher P. and Branter, Van V. 2006. Estimating the Cost of New Drug Development: Is It Really $802 Million? *Health Affairs*, 25(2): 402-428.

Anand, Neha. 2014. PHARMACEUTICAL COPYING: PATENT CONFLICTS IN THE DEVELOPING WORLD. *Yale Journal of Medicine & Law*, April 17, 2014. ..

Anonymous.(n.d.). Generic Drug. Wikipedia, the Free encyclopedia. Retrieved on December 16, 2014 rom http://en.wikipedia.org/wiki/Generic_drug

Anonymous. (n.d.). What is an Original Drug? Retrieved on December 16, 2014 rom http://www.aifd.org.tr/en/Yenilac-ve-ar-ge/Orijinal-ilac-nedir.aspx

Applbaum K (2006) Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer. PLoS Med 3(4): e189. doi:10.1371/journal.pmed.0030189.

Blumenthal, David. 2004.Doctors and Drug Companies. *New England Journal of Medicine*. 351(18): 1885-1890.

Byrd. Cary. 2013. The Average Cost of Prescription Drugs without Insurance. eDrug Search.http://www.edrugsearch.com/edsblog/the-average-cost-of-prescription-drugs-without-insurance/#ixzz3VjPPNwWp

Collins,Jannette. 2006.Professionalism and Physician Interac tions with Industry. *Journal of the American College of Radiology, 3: 325-332.*

Conrad, Peter and Baker, Kristin K. 2010. Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior* 51S: S67-S79.

DiMasi, Joseph A., Handsen, Ronald W. and Grabowski, Henry G. 2003. The Price of Innovation: New Estimates of Drug Development Costs. *Journal of Health Economic*, 22: 151-185.

Edney, Julian. 2006. How Capitalism Threatens Your Health. Retrieved on November, 16from *Counterpunch* -- http:// www.countercurrents.org/eco-edney040406.htm.

Ford, Nathan et al. (2007). Sustaining access to antiretroviral therapy in the lass-developed world.Lessons from Brazil and Thailand. AIDS, 21(Suppl 4): S21-S29.

Hard, Nicky.Is capitalism bad for your health? (Review Article). *British Journal of Sociology* 33(3): 435-443.

Harper, Matthew. 2014. Drug Price War Takes Pharma Back to The Future. Retrieved on December 20, 2014 from http://www.forbes.com/sites/matthewherper/ 2014/12/22/drug-price-war-takes-pharma-back-to-the-future/

Henry, David and Lexchin, Joel. 2002. The pharmaceutical industry as a medicine provider. The Lancet 360: 1590-1595.

Jogalekar, Ashutosh. Why drugs are expensive: It's the science, stupid.*Scientific American*, January 6, 2014.

Komesaroff, Paul A. 2007. Relationships between health professionals andindustry: maintaining a delicate balance. *Australian Prescriber* 30(6): 150-153.

Lexchin J (2006) Bigger and Better: How Pfizer Redefined Erectile Dysfunction. PLoS Med 3(4): e132. doi:10.1371/ journal.pmed.0030132.

Lexchin, Joel. 1993. Interactions between physicians and the pharmaceutical industry: What does

Leys, Colin and Albo, Greg. 2009. Healthcare under Capitalism. Retrieved on November, 16 from *Global Research* -- http://www.globalresearch.ca/healthcare-under-capitalism/16202.

Mintzes, Barbara et al,. 2002. Influence of Direct Pharmaceutical Advertising and Patients' Request on Prescribing Decisions: Two Site Cross-sectional Survey. *British Medical Journal*, 324(7332): 278-279.

Mintzes, Barbara. 2002. Direct to consumer advertising is medicalising normal human experience. *British Medical Journal*, 324(7342): 809-911.

Mintzes, Barbara. Disease Mongering in Drug Promotion: Do Governments Have a Regulatory Role? Published in *PLOS Medicine*, DOI: 10.1371/journal.pmed.0030198.

Moynihan R., Henry D. 2006 The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. PLoS Med 3(4): e191. doi:10.1371/journal.pmed.0030191.

Moynihan, Ray and Cassels Alan. 2005. *Selling Sickness: How the World's Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All into Patients.* Crow Nest NSW: Allen &Unwin.

Moynihan, Ray, Heath, Iona and Henry, David. 2002. Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering. *British Medical Journal*, 324: 886-891.

Moynihan, Ray. 2003. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1: Entanglement. *British Medical Journal*. May 31, 2003; 326(7400): 1189-1192.

Moynihan, Ray. (n.d.). Disease-mongering. Politics of Medicines Free online Encyclopedia.Retrieved on December 16 from http://www.politicsofmedicines.org/articles/disease-mongering

Moynihan, Ray. 2003. The Making of a Disease: Female Sexual Dysfunction. *British Medical Journal*, 236: 45-47.

National Institute of Health. 2001. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Direction, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III): Executive Summary. NIH Publication No. 01-3670, May 2001.

Nelson, Roxanne. 2014. Why Are Drug Costs So High in the United States? *Medscape*, November 19, 2014. Retrieved on December 16 from http://www.medscape.com/ viewarticle/835182

Orlowski, James P. and Wateska, Leon. 1992. The Effects of Pharmaceutical Firm Enticementson Physician Prescribing Patterns: There's No Such Thing as a Free Lunch. *CHEST,* 102(1): 270-273.

Phillips CB (2006) Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD. PLoS Med 3(4): e182. doi:10.1371/journal.pmed.0030182

PLoS Medicine. (2006). Disease Mongering Collection of Articles. Available at: http://www.ploscollections.org/ article/browseIssue.action?issue=info%3Adoi%2F10.1371%2 Fissue.pcol.v07.i02

Praditlitthikorn, Naiyana et al,.Economic Evaluation of Policy Options for Prevention and Control of Cervical Cancer in Thailand.Pharmacoeconomivcs 29(9): 781-806.

Quick, Jonathan D., Hogerzeil, Hans V., Rgo, Lembit, Reggi, and de Jonchre, Kees. 2003. Ensuring Wthical Drug Promotion—Whose Responsibility. *The Lancet*, 362: 747.

Rivas, Anthony. 2014. Generic Drugs Are Getting More Expensive; Keeping Prices Down Isn't A Matter Of New Regulations. *Medical Daily* Nov 23, 2014. Retrieved on December 16, 2014 from http://www.medicaldaily.com/ generic-drugs-are-getting-more-expensive-keeping-prices-down-isnt-matter-new-311904

Rosenblatt, Michael. 2014. The Real Cost of "High Priced" Drugs. *Harvard Business Review*, November 17, 2014. Retrieved on December 16 from https://hbr.org/2014/11/the-real-cost-of-high-priced-drugs

The American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: The American Psychiatric Association.

The literature say? *Canadian Medical Association Journal*, 149(10): 1401-1407.

Tiefer, Leonore. 2006. Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and ActivistResistance. PLoS Med 3(4): 3(4): e178. doi: 10.1371/journal.pmed.0030178.

Torrey, Trisha. (n.d.). lifestyle drug-the definition of a lifestyle drug. Retrieved on December 16 from http://patients. about.com/od/glossary/g/Lifestyle-Drug-The-Definition-Of-A-Lifestyle-Drug.htm

Wazana, Ashley. 2000. Physician and Pharmaceutical Industry: Is a Gift Just a Gift?. *Journal of American Medical Association*, 282(3): 373-380.

Woloshin S., Schwartz L.M. 2006. Giving Legs to Restless Legs: A Case Study of How the Media Helps Make People Sick.PLoS Med 3(4): e170. doi:10.1371/journal. pmed.0030170.

World Health Organization. 1992. *International Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: WHO.

Yothasamut, Jomkwan et al. Scaling up cervical cancer screening in the midst of human papllomavirus vaccination advocacy in Thailand. *BMC Health Service Research* 10(suppl 1): S5.

แหล่งข้อมูลบุคคล

นายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ วันที่สัมภาษณ์ 9 ตุลาคม พ.ศ. 2557

นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) วันที่สัมภาษณ์ 29 กันยายน พ.ศ. 2557

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ วันที่สัมภาษณ์ 20 กันยายน พ.ศ. 2557

เกณฑ์การจัดทำรายงาน "สุขภาพคนไทย 2558"

ส่วนที่ 1
ตัวชี้วัดทางสุขภาพ

กระบวนการทำงาน

- การคัดเลือกประเด็นเด่นตัวชี้วัด ทางด้านประชากร โดยผ่านคณะกรรมการชี้ทิศทางร่วมกันกับคณะทำงานโครงการฯ
- ติดต่อผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความรู้รอบในดัชนีชี้วัดที่กำหนดไว้ มีแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และข้อมูลนั้นมีการจัดเก็บทุกปี เพื่อขอข้อมูลที่ทันสมัย
- กำหนดกรอบเวลาในการเขียนบทความ คณะทำงานรับผิดชอบหลักในแต่ละหมวด ได้ทราบถึงแนวทางการเขียน วัตถุประสงค์ของการนำเสนอแต่ละหมวดตัวชี้วัด และข้อกำหนดเวลาเบื้องต้นในการค้นคว้าหาข้อมูล และจัดทำเนื้อหา
- ร่างเนื้อหาตัวชี้วัดสุขภาพ
- ประชุมระดมสมอง พิจารณาร่างงานตัวชี้วัด เพื่อร่วมพิจารณาความเหมาะสม ความครอบคลุมของเนื้อหาและความซ้ำซ้อนของตัวชี้วัด โดยผ่านการประชุมคณะทำงานทีมสุขภาพคนไทย และคณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทย
- ผู้ทรงคุณวุฒิ อ่านทบทวนหมวดตัวชี้วัดสุขภาพ โดยอ่านภาพรวมทุกหมวดในชุดตัวชี้วัดสุขภาพคนไทย พร้อมให้คำแนะนำในการปรับแก้ไขงาน

เกณฑ์ในการจัดทำเนื้อหาตัวชี้วัด

- ค้นหาสาระสำคัญ (Key message) ของหมวดที่จะนำเสนอ เพื่อให้เนื้อหาไม่กระจัดกระจายในการนำเสนอ
- ค้นหาสถิติข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดแต่ละตัวที่คัดเลือก โดยเน้นข้อมูลรายปี เพื่อนำเสนอแนวโน้ม และรวมถึงผลการสำรวจล่าสุด เพื่อให้เห็นสถานการณ์
- เน้นรูปแบบ และเนื้อหาที่ง่ายต่อการอ่านและเข้าใจต่อผู้อ่านทุกกลุ่มวัย

ส่วนที่ 2
10 สถานการณ์เด่นในรอบปี และ 4 ผลงานดีๆ ของคนไทย

สถานการณ์ในรอบปี ประกอบด้วย สถานการณ์เด่นลำดับ 1 ถึง 10 และผลงานดีๆ ของคนไทย เพื่อสุขภาพของคนไทยอีก 4 สถานการณ์ ซึ่งเรียกงานส่วนนี้ว่า “สถานการณ์เด่น 10+4” เกณฑ์การเลือกสถานการณ์ และเกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่นมีดังนี้

เกณฑ์การเลือกสถานการณ์เด่น

- เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2557 หรือเป็นสถานการณ์ที่เคยรายงานไปแล้ว แต่นำมาเสนออีกครั้ง เพื่อให้เห็นความเปลี่ยนแปลง เป็นบทเรียนในสังคมไทย
- มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายรวมถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
- เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
- เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
- เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

สำหรับผลงานดีๆ ของคนไทยทางสุขภาพ เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้น ความก้าวหน้าทางวิทยาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

ส่วนที่ 3
เรื่องพิเศษประจำฉบับ

เกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น

- สำรวจความคิดเห็นจากคณะกรรมการชี้ทิศทางสุขภาพคนไทย โดยใช้แบบสำรวจสถานการณ์ที่มีความสำคัญในสังคมไทย ทั้งที่เป็นข่าวและไม่เป็นข่าว เกิดขึ้นตั้งแต่ต้นปี 2557 จนถึง ณ เวลาที่ทำการสำรวจสถานการณ์ โดยให้คณะกรรมการ.sh8;k,le8yP โดยใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert Scale) แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 อันดับ คือ มากที่สุด (คะแนน = 5) มาก (คะแนน = 4 คะแนน) ปานกลาง (คะแนน = 3 คะแนน) น้อย (คะแนน = 2) และน้อยที่สุด (คะแนน = 1 คะแนน)
- การวิเคราะห์ข้อมูลความถี่ เพื่อเรียลำดับความสำคัญ
- การตัดสินเลือกสถานการณ์เด่นประจำปีได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการชี้ทิศทางโครงการสุขภาพคนไทยอีกครั้ง

หัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับมี 2 ลักษณะ คือ เรื่องที่เน้นกลุ่มเป้าหมาย (target group oriented) และเรื่องเฉพาะประเด็น (issue oriented) โดยอาจมีการเลือกเรื่องแต่ละลักษณะสลับกันไปในแต่ละปี ที่มาของเรื่องอาจจะพิจารณาเลือกจาก 10 สถานการณ์เด่นในรอบปีที่ผ่านมา

หลักเกณฑ์สำคัญในการเลือกประจำฉบับ

เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

กระบวนการทำงาน

- คณะกรรมการชี้ทิศทางประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี
- ทีมงานสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงร่างของรายงาน
- ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อสัมภาษณ์ข้อมูลประกอบการจัดทำรายงาน
- คณะทำงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ อีกครั้ง
- ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหารายงานและปรับแก้ไข

รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง "สุขภาพคนไทย 2558"

คณะกรรมการชี้ทิศทาง

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ	**สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ**	**ประธานกรรมการ**
นพ.ชูชัย ศุภวงศ์	**มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ**	**กรรมการ**
นพ.พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข	**สำนักหลักประกันสุขภาพระหว่างประเทศ**	**กรรมการ**
นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล	**สำนักงานพัฒนาข้อมูลระบบสุขภาพ**	**กรรมการ**
พิภพ ธงไชย	**มูลนิธิเด็ก**	**กรรมการ**
ปาริชาต ศิวะรักษ์	**นักวิจัยอิสระ**	**กรรมการ**
ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์	**โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ**	**กรรมการ**
ดร.รุจน์ โกมลบุตร	**คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน ม.ธรรมศาสตร์**	**กรรมการ**
นพ.วิชัย โชควิวัฒน	**สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์**	**กรรมการ**
ดร.วรวรรณ ชาญด้วยวิทย์	**สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย**	**กรรมการ**
ภญ.ดร.วลัยพร พัชรนฤมล	**สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ**	**กรรมการ**
รศ.ดร.วิทยา กุลสมบูรณ์	**แผนงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ**	**กรรมการ**
ยุวดี คาดการณ์ไกล	**สถาบันศึกษานโยบายสาธารณสุข**	**กรรมการ**
สุรินทร์ กิจนิตย์ชีว์	**องค์กรชุมชนคลองขนมจีนอำเภอเสนา**	**กรรมการ**
สุริยนต์ ธัญกิจจานุกิจ	**สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ**	**กรรมการ**
ผู้อำนวยการสำนักสถิติพยากรณ์	**สำนักงานสถิติแห่งชาติ**	**กรรมการ**
ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนพัฒนาระบบสุขภาพ	**สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ**	**กรรมการ**

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2558 ทบทวนรายงานทั้งเล่ม

นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
นพ.วิชัย โชควิวัฒน
ปาริชาติ ศิวะรักษ์

ผู้ทรงคุณวุฒิ ทบทวนบทความ
อุบายขายสุขภาพ: เมื่อสุขภาพเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือหากำไร

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ

ผู้ทรงคุณวุฒิ ให้สัมภาษณ์ประเด็น
อุบายขายสุขภาพ: เมื่อสุขภาพเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือหากำไร

ดร.นพ.ยศ ตีระวัฒนานนท์
นพ.วิชัย โชควิวัฒน
นพ.ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์

ทีมเขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพร่างแรก

นพ.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์
วุฒิชัย จังไพโรจน์
ผศ.ดร.สุชาดา ทวีสิทธิ์
ภก.ปรุฬห์ รุจนธำรงค์
ดร.ปิยวัฒน์ เกตุวงศา
ธนัท อนุรักษ์

คณะทำงานจัดทำโครงการ สุขภาพคนไทย

คณะทำงานจัดทำโครงการสุขภาพคนไทย
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา ผู้อำนวยการโครงการ

เรื่องพิเศษประจำฉบับ
รศ.ดร.ชาย โพธิสิตา
ผศ.ดร.กาญจนา ตั้งชลทิพย์
ภัทราภรณ์ จึงเลิศศิริ

สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ
ดร.สักกรินทร์ นิยมศิลป์
กาญจนา เทียนลาย

ตัวชี้วัดสุขภาพ
ผศ.ดร.เฉลิมพล แจ่มจันทร์
ดร.มนสิการ กาญจนะจิตรา
สุภรต์ จรัสสิทธิ์

ขอบคุณจากใจ

รายงานสุขภาพคนไทยฉบับนี้ สำเร็จเป็นรูปเล่มออกมา ด้วยความสนับสนุนเป็นอย่างดีจากคณะกรรมการชี้ทิศทางโครงการสุขภาพคนไทยทุกท่าน ที่ให้ความคิดเห็นในกรอบทิศทางและให้ประเด็นเนื้อหาสำคัญ ที่สำคัญคือผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านที่ได้กรุณาอ่านทบทวนทั้งฉบับอย่างละเอียดและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขปรับปรุง ได้แก่นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน และคุณปาริชาต ศิวะรักษ์ และต้องขอขอบคุณนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ ที่กรุณาอ่านบทความและให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะในส่วน “อุบายขายสุขภาพ เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือแสวงหากำไร”

ทีมงานขอขอบคุณ ดร.นายแพทย์ยศ ตีระวัฒนานนท์ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน และนายแพทย์ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ ให้สัมภาษณ์และให้ข้อมูลในการเขียนเรื่องพิเศษประจำฉบับ “อุบายขายสุขภาพ เมื่อสุขภาพกลายเป็นสินค้า ยาคือเครื่องมือแสวงหากำไร” ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย

ท้ายสุด ขอขอบคุณผู้อ่านทุกท่าน มา ณ โอกาสนี้ที่ติดตามและเป็นกำลังใจให้ “สุขภาพคนไทย” มาโดยตลอด ทำให้ทีมงานมีความมุ่งมั่นและตั้งใจ ที่จะพัฒนาหนังสือให้ดียิ่งขึ้น

ฉลาดเลือก
เลือกสุขภาพ

