



จดหมายข่าวรายเดือน
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
www.hiso.or.th

28

ฉบับที่ 28 กรกฎาคม พ.ศ. 2553

เชิงสภาพ “ฐานรากเศรษฐกิจ”

แรงงานไทย สลายตัวหรือไร

แกะรอยสุขภาพะคนไทย

สเต็มเซลล์...ไทยก้าวล้ำด้านเล่ห์หลวง

ธรรมชาติทรุด สุขภาวะเสื่อม

ค่ายามหาโหด โจทย์ที่รอกการแก้

พ่อแม่ย้ายถิ่น ทำลูกหัวขี้

ทำธุรกิจอย่างเป็นมิตร สไตล์ “วิสาหกิจเพื่อสังคม”



Hi5 Hiso

นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล

สำนักงานพัฒนา

ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

อนาคตแรงงานนอกระบบ... ยังไกลภาพฝัน

ต้นคิด

2



จดหมายข่าว “ต้นคิด” รายเดือน

เจ้าของ

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ที่ปรึกษา

นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล,

เบญจมาภรณ์ จันทระพัฒน์

กองบรรณาธิการ

หน่วยประสานวิชาการ

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ,

กลุ่มต้นคิด

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

และสำนักงานกองทุนสนับสนุน-

การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

ห้อง A3 ชั้น 3 อาคาร 4 PLUS Building

เลขที่ 56/22-24 ซ.งามวงศ์วาน 4 ถ.งามวงศ์วาน

ต.บางเขน อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ติดต่อ

ตู้ ปณ. 2 ปณ. 2 ประดิพัทธ์ กรุงเทพฯ 10404

โทรศัพท์ 02-668 -2854 โทรสาร 02-241-0171

อีเมล info@tonkit.org

สมัครสมาชิกจดหมายข่าว “ต้นคิด”

รายสัปดาห์และรายเดือนฉบับอิเล็กทรอนิกส์

เพื่ออ่านก่อนใครได้ฟรี และติดตามกิจกรรม

ที่น่าสนใจที่ www.tonkit.org

ข้อมูลทั้งหมดจากชุดสื่อ “ต้นคิด” สืบค้นได้

จาก เว็บไซต์สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล

ข่าวสารสุขภาพ www.hiso.or.th หรือ

www.hiso.or.th/hiso/tonkit/tonkit_index.php

พิมพ์ที่ สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชซิง

โทรศัพท์ 02-903-8257-9

จากการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2551 พบว่า ผู้มีงานทำในประเทศไทยทั้งหมด 37.8 ล้านคน เป็นกลุ่ม แรงงานนอกระบบถึง 24.1 ล้านคน หรือ ร้อยละ 63.9

พบว่า ที่ผ่านมากลุ่มแรงงานที่มีอยู่เกินครึ่งของประเทศ กลับเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญชะตากรรมตามลำพัง โดยไม่มี กฎหมายคุ้มครองดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่สามารถ เข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานหลายประการ อาทิ สวัสดิการมีน้อย หรือไม่มีเลย สภาพการทำงานไม่ดีหรือเสี่ยงอันตราย การถูก กดขี่ค่าแรง เป็นต้น

แรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เป็นพี่น้องเกษตรกรที่อยู๋ตามภูมิภาคต่างๆ ซึ่งเป็นกลุ่มที่ภาครัฐควรให้การดูแลและ ส่งเสริมอย่างเท่าเทียมกับแรงงานในระบบ

เปิดประเด็นใหญ่ใน “ต้นคิด” ฉบับนี้จึงเป็นเรื่อง **ส่องสถานการณ์สุขภาพแรงงานไทย** โดยการสำรวจกลุ่ม แรงงานทั้งในระบบและนอกระบบ โดยเฉพาะประเด็นด้าน สุขภาพกายและจิตใจ ซึ่งเป็นที่ทราบกันอยู่แล้วว่าคน วัยแรงงานเป็นกลุ่มโครงสร้างทางสังคมที่สำคัญในการพัฒนา ประเทศ และดูแลเกื้อหนุนกลุ่มทางสังคมอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น กลุ่มเด็กและคนชราให้อยู่ได้อย่างสมดุล

ต่อเนื่องด้วยประเด็น **“พ่อแม่ย้ายถิ่น ทาลูกหัวขี้”** ซึ่ง จะเป็นผลสืบเนื่องกันอย่างไรติดตามได้ใน **ต้นกุดต้นทาง** ครับ

ส่วน **“วิถีเสี่ยง”** นำเสนอเรื่องสุขภาพใกล้ๆ ตัว เรื่อง **ภัยจากหาโหด ใจภัยที่รอกการแก่** โดยเจาะลึกถึงเบื้องหลัง ตัวเลขการใช้จ่ายที่พุ่งทะยานสูงขึ้นจนแซงหน้าประเทศอื่นๆ และคำถามสำคัญคือทำไมค่ายาถึงแพงสูงลิบลัว รวมถึง ประเด็นสุขภาพที่น่าสนใจอย่าง **สเต็มเซลล์... ไทยก้าวล้ำ** **ต้นเล่ห์หลวง**

อีกเรื่องที่ไม่ใกล้แต่ก็ไม่ไกลตัวคือ **เมื่อธรรมชาติรุก สุขภาวะก็พลอยเสื่อม** อันเป็นผลการศึกษาความเสียหาย ต่อทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลกระทบต่อ วิกฤตสิ่งแวดล้อมในระยะยาวรวมไปถึงสุขภาวะของชุมชน

ท่ามกลางวิกฤตสิ่งแวดล้อม มาดูในภาคธุรกิจเอกชนที่มี ความพยายามในการดำเนินธุรกิจที่กำลังเบนเข็มจากการมุ่ง ทำกำไรเป็นหลัก สู่การดูแลรับผิดชอบสิ่งแวดล้อม ชุมชน และสังคม ใน **ก้าวธุรกิจอย่างป็นมิตร สไตส์ “วิสาหกิจ เพื่อสังคม”**

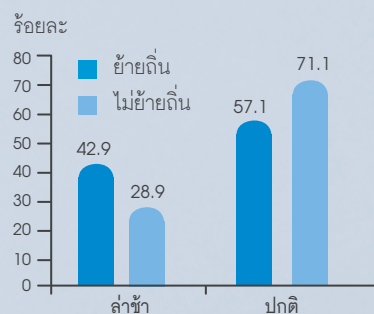
เรื่องราวต่างๆ ที่ “ต้นคิด” คัดสรรและกลั่นกรองมา ทั้งหมดนี้ หวังว่าจะเป็น **“หน่ออ่อนทางความคิด”** ในการ สร้างสรรค์สุขภาวะที่ดีแก่สังคมไทยได้บ้างไม่มากนัก

พบกันใหม่ฉบับหน้าครับ



พ่อแม่ย้ายถิ่น ทำลูกหัวช้ำ

ภาพแสดงพัฒนาการด้านสติปัญญาของเด็กอายุ 1-12 ปี ในจังหวัดแพร่ บุรีรัมย์ สระบุรี และกรุงเทพมหานคร กับการย้ายถิ่นของพ่อแม่



ที่มา : สุธรรม นันทมงคลชัย, ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และโชคชัย หมั่นแสงทรัพย์.
2549. การย้ายถิ่นของบิดามารดากับสุขภาพเด็ก 1-12 ปี อ้างใน รายงานสุขภาพ
คนไทย 2553

ทารกตั้งแต่เกิดจนถึงวัยเด็กเป็นช่วงเวลาที่สมองมีการเจริญเติบโตและการพัฒนาสูงสุด

ด้วยเหตุนี้ การเลี้ยงดูในช่วงวัยเด็กจึงเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ เด็กๆ ควรได้รับการดูแลทั้งโภชนาการและการส่งเสริมพัฒนาการด้านต่างๆ ตามวัย

จาก การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นผลกระทบของการอพยพแรงงานย้ายถิ่นต่อพัฒนาการของเด็ก โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าพ่อแม่ที่มีการย้ายถิ่นจากเด็ก ส่งผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาจะล่าช้ากว่าเด็กที่พ่อแม่ไม่ย้ายถิ่น!

ข้อมูลสำคัญที่ผู้วิจัยค้นพบในประเด็นนี้ คือ **กลุ่มเด็กที่พ่อแม่ย้ายถิ่นมีสติปัญญาในเกณฑ์ล่าช้า ร้อยละ 42.9 ส่วนพ่อแม่ที่ไม่ย้ายถิ่นมีสัดส่วนน้อยกว่าคือ ร้อยละ 28.9**

ในทางตรงกันข้าม กลุ่มเด็กที่สติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติเป็นกลุ่มเด็กที่พ่อแม่ไม่ย้ายถิ่น ร้อยละ 71.1 และกลุ่มเด็กที่พ่อแม่ย้ายถิ่น ร้อยละ 57.1 ผลการศึกษายังพบอีกว่า ปัญหาสำคัญคือการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งส่วนใหญ่คือปู่ย่าตายาย โดยพ่อแม่ที่ย้ายถิ่นไปทำงานมักส่งเงินไปไม่สม่ำเสมอหรือได้รับเพียงจำนวนน้อย ในขณะที่ปู่ย่าตายายไม่สามารถทำมาหากินได้อย่างเต็มที่

นี่คือเสี้ยวหนึ่งของผลกระทบอันเร้นลึกจากระบบเศรษฐกิจยุคใหม่ที่ส่งแรงสะท้อนต่อชีวิต ครอบครัว และสังคม





ค่ายามหาโหด ใจทย์ที่รอกการแก้ไข

ยา เป็นหนึ่งในปัจจัยสี่ที่จำเป็นอย่างยิ่งในยามเจ็บป่วย ทว่า ตัวเลขการใช้จ่ายของคนไทยนับปีละเกือบ 2 แสนล้านบาท หรือเกือบครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายสุขภาพโดยรวมทั้งหมด

เมื่อเจาะลึกลงเบื้องหลังตัวเลขการใช้จ่ายที่พุ่งทะยานสูงขึ้นเรื่อยๆ กลับพบปัญหาที่สั่งสมมานานจนกล่าวได้ว่า “ระบบยา” ของประเทศไทยอยู่ในสภาพอ่อนแอมาก โดยเฉพาะปัญหาการใช้จ่ายฟุ่มเฟือยเกินความจำเป็น และค่ายาแพงเกินจริง

ไทยนำโด่งค่ายามหาศาล

เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายในการซื้อยาในภาพรวมของประเทศไทยพบว่า มีจำนวนสูงชันอย่างน่าตกใจ โดยในปี 2552 คนไทยบริโภคยาปีละ 186,331 ล้านบาท ในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราค่าใช้จ่ายด้านยาที่ต่ำกว่าประเทศไทยมาก อาทิ สหรัฐอเมริกา ร้อยละ 12.3 ออสเตรเลีย ร้อยละ 12.8 อังกฤษ ร้อยละ 16.3 แคนาดา ร้อยละ 17.7 ฝรั่งเศส ร้อยละ 18.9 และญี่ปุ่น ร้อยละ 18.9

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ตัวเลขการใช้จ่ายของไทยพุ่งสูงมากคือ ระบบการควบคุมการสั่งจ่ายยาที่อ่อนแอ โดยพบว่าในปีงบประมาณ 2552 เฉพาะข้าราชการกลุ่มเดียวเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลสูงเกือบ 70,000 ล้านบาท ซึ่งสูงกว่างบประมาณที่ตั้งไว้ 48,000 ล้านบาท หรือมีส่วนสูงชันเกือบเท่าตัว ถ้าตัวเลขการใช้จ่ายยังคงไม่เปลี่ยนแปลง คาดว่าปีงบประมาณ 2553 ค่ายาจะสูงเกิน 1.05 แสนล้านบาท และแน่นอนว่าการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่ยังคงเป็น “ค่ายา”

ปริศนาหลัง “ยามีเกละพัน”

จากการศึกษาวิจัยของ รศ.ดร. ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ และ ภญ. วรสุดา ยุงทอง โดยการสำรวจราคายาจำนวน 43 ชนิด ที่ขึ้นทะเบียนในปี 2550 พบว่า ร้อยละ 51 ของยาที่สำรวจ มีราคาตั้งแต่เม็ดละ 11-50 บาท ขณะที่ร้อยละ 15 มีราคาตั้งแต่เม็ดละ 51-33 บาท ร้อยละ 25 มีราคาตั้งแต่เม็ดละ 101-500 บาท และ ร้อยละ 3 มีราคาสูงกว่าเม็ดละ 1,000 บาท

จะเห็นว่าโดยภาพรวมถือว่ายามีราคาแพงมาก ที่สำคัญเมื่อตรวจสอบราคาต้นทุนที่บริษัทฯ แจ้งไว้กับกรมการค้าภายในกับราคาที่ขายให้โรงพยาบาลรัฐ พบว่ามีส่วนต่างถึง 60-800 เท่า!

เบื้องหลังหนูนาค่ายมหาโหด

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ราคายาแพงคือ **“สิทธิบัตร”** หากไม่มีสิทธิบัตรหรือสิทธิบัตรหมดอายุ ทำให้ราคาถูกลงได้ถึง ร้อยละ 90 อาทิ กรณียาต้านไวรัสบางตัวที่มีสิทธิบัตรแพงกว่ายาไม่มีสิทธิบัตร 6.2 เท่า ยารักษาโรคเบาหวานที่มีสิทธิบัตรแพงกว่ายาไม่มีสิทธิบัตร 14.5 เท่า

อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญคือ บริษัทขายยาให้โรงพยาบาลในราคาแพงกว่าที่แจ้งไว้กับกรมการค้าภายในหลายร้อยเท่าตัว โดยให้เหตุผลว่า เป็นมูลค่าที่รวมค่าบริการจัดการภายใน ทว่าเมื่อเจาะลึกลงไปรายละเอียดได้พบประเด็นที่น่าพิจารณา คือ

หนึ่ง ค่าใช้จ่ายดังกล่าวเน้นหนักไปที่ **“การตลาดหรือการส่งเสริมการขาย”** หรือการโฆษณาประชาสัมพันธ์ กระตุ้นผู้บริโภคโดยตรง มีการสำรวจพบว่า ค่าใช้จ่ายในการโฆษณายาของไทยมีมูลค่าสูงมาก เฉพาะการโฆษณาในสื่อหลัก เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร โทรทัศน์ วิทยุ บิลบอร์ด ฯลฯ ในช่วง 3 ปี (พ.ศ.2549-2551) สูงกว่าปีละ 2,500 ล้านบาท

สอง การสนับสนุนการทำกิจกรรมของแพทย์บางกลุ่ม เพื่อสร้างสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นในฐานะที่แพทย์เป็นผู้สั่งจ่ายยา โดยเฉพาะการสนับสนุนแพทย์ให้ใช้ยาของบริษัทนั้นๆ รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ เช่น เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ซึ่งล้วนแต่เป็น “ผู้มีอำนาจในการจ่ายยาและจัดซื้อยา” ทั้งสิ้น

กลวิธีที่บริษัทยาใช้เพื่อให้เข้าถึงผู้มีอำนาจในการสั่งจ่ายยา อาทิ การเชิญไปต่างประเทศ การให้ทุนทั้งระดับบุคคลและสถาบัน การติดต่อโดยใช้สาวสวย หรือ “พรีตี้” การให้ค่าตอบแทนแพทย์ตามยอดสั่งยา และให้คำร่ายท่วงร่ายที่สั่งจ่ายยารักษาโรคเรื้อรังแก่ผู้ป่วยรายใหม่ เป็นต้น

สภาพเช่นนี้ส่งผลต่อการจ่ายยาและการจัดหายา อาทิ ทำให้ยาที่มีราคาแพงเกินจริง ส่งเสริมให้เกิดการจ่ายยาอย่างฟุ่มเฟือย การสั่งซื้อยาบางกลุ่มที่ไม่จำเป็น และการให้ยาที่ไม่เหมาะสมจนอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

นี่คือปมปัญหาอันท้าทายของมนุษยชาติในวันนี้ トラบเท่าที่ “ยา” ยังเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต และผู้คนในทุกสังคมต่างอยู่ภายใต้สถานะแห่งความยากดีมีเงินไม่แตกต่างกัน **สัณ**

คำตอบอยู่ที่ไหน?

หนึ่งในช่องโหว่ที่เอื้อให้มีการหาประโยชน์จากผู้ป่วยในประเทศไทยปัจจุบัน ก็คือ บทบัญญัติ มาตรา 24-25 ของพระราชบัญญัติว่าด้วยราคาสินค้าและบริการ ตามอำนาจของกรมการค้าภายใน กระทรวงพาณิชย์ที่กำหนดและควบคุมราคายาเหมือนกับสินค้าอุปโภคบริโภคทั่วไป ที่ห้ามมิให้ขายเกินราคาเท่านั้น นอกจากนี้ วิธีที่หน่วยงานรัฐใช้คือ การจัดซื้อและต่อรองราคายาก็สามารถทำได้เฉพาะยาชื่อสามัญคือ ยาที่ไม่มีสิทธิบัตรและมีการแข่งขันในตลาดราคาไม่แพง แต่ไม่สามารถทำได้กับยาต้นแบบที่มีสิทธิบัตรคุ้มครอง ผูกขาดการขาย ไม่มีการแข่งขัน ดังนั้น ยาในกลุ่มนี้จึงยังคงมีราคาแพงลิบลิ่ว

จากการศึกษาวิจัยเรื่องราคายาและระบบควบคุมราคายาในต่างประเทศ โดย **รศ.ดร. ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ ญญ.วรสุดายุทอง และ ฟ้าใส จันทรจักรภรณ์** นำเสนอทางเลือกเพื่อคลี่คลายปมปัญหานี้ไว้ เช่น

- ออสเตรเลีย ฝรั่งเศส สเปน และสวีเดน ใช้วิธีตกลงร่วมกันระหว่างรัฐกับผู้ผลิตโดยพิจารณาจากการคาดการณ์ปริมาณการขาย
- ไอร์แลนด์ใช้วิธีเปรียบเทียบราคายากับ 5 ประเทศ
- เยอรมัน เดนมาร์ก สเปน เนเธอร์แลนด์ ใช้มาตรการตั้งราคายาอ้างอิงสำหรับยาในกลุ่มเดียวกัน ถ้าเกินราคาอ้างอิงให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมจ่าย
- เยอรมันยังมีระบบควบคุมแพทย์ไม่ให้จ่ายยามากเกินไป ถ้าใช้งบประมาณเกินกำหนด สมาคมแพทย์จะถูกลงโทษต้องจ่ายเงินให้กองทุนผู้ป่วย



เมื่อธรรมชาติทรุด.. สุขภาพก็พลอยเสื่อม

ถึงวันนี้ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมไม่อาจวัดเฉพาะความเสียหายที่เกิดขึ้นกับทรัพยากรธรรมชาติเท่าที่มองเห็นกันในช่วงเวลาสั้นๆ เท่านั้น เพราะความเสียหายจากสิ่งแวดล้อมในหลายกรณีได้รับการพิสูจน์แล้วว่าส่งผลกระทบต่อวิกฤตสิ่งแวดล้อมในระยะยาวรวมไปถึงสุขภาพของชุมชนที่ยากต่อการบรรเทาและเยียวยา

มูลค่าความเสียหายต่อทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

รายงานสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) ปี 2549 ซึ่งถึงการศึกษาในเรื่องความรุนแรงของปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่เสียหาย เมื่อคำนวณออกมาเป็นมูลค่าความเสียหาย พบว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นในแต่ละปีมีมูลค่านับพันล้านบาทเลยทีเดียว



เมื่อพิจารณาเฉพาะรายปัญหาจากการศึกษาในช่วงเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2542-2546) พบว่า ความเสียหายจากการที่ป่าไม้ถูกทำลายมีมูลค่าสูงสุดคือ เฉลี่ยปีละ 80,813 ล้านบาท รองลงมาคือ ความเสียหายต่อดินและการใช้ที่ดิน ปีละ 7,477 ล้านบาท ความเสียหายต่อทรัพยากรน้ำปีละ 6,443 ล้านบาท ความเสียหายเพราะมลพิษทางอากาศปีละ 5,866 ล้านบาท และความเสียหายเนื่องจากขยะปีละ 4,797 ล้านบาท

5 อันดับแรก วิกฤตการณ์สิ่งแวดล้อม

รายงานผลการศึกษาวิจัยดังกล่าวใช้วิธีการประเมิน 2 แบบคือ วิธีที่ 1 ประเมินจากมูลค่าความเสียหายที่เกิดขึ้นกับทรัพยากรหรือสิ่งแวดล้อมในช่วงเวลา 5 ปี ระหว่าง พ.ศ.2542-2546 และวิธีที่ 2 คือ ประเมินจากการสำรวจทัศนคติของประชาชน

ผลการศึกษาพบว่า มีปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม 12 เรื่อง โดยกรณีที่มีผลกระทบอย่างรุนแรงมาก 5 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาทรัพยากรป่าไม้ ปัญหาทรัพยากรน้ำ ปัญหาทรัพยากรดินและการใช้ที่ดิน มลพิษจากขยะ และมลพิษทางอากาศ เรียงไปจากลำดับ 1-5

เป็นที่น่าสังเกตว่า อันดับความสำคัญของปัญหาที่ได้จากการวัดมูลค่าความเสียหายโดยตรง (วิธีที่ 1) กับผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชน (วิธีที่ 2) จะได้อันดับความสำคัญของปัญหาไม่ตรงกันทั้งหมดทุกเรื่อง แต่โดยรวมแล้วถือว่ามีความสอดคล้องกัน

ตารางแสดงลำดับความสำคัญของปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

ผลการจัดลำดับ*	ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม	ลำดับความสำคัญ (จำแนกตามวิธีการจัดลำดับ)		มูลค่าความเสียหาย (ล้านบาท/ปี)
		จัดลำดับด้วยมูลค่าความเสียหาย	จัดลำดับด้วยทัศนคติประชาชน	
1	ทรัพยากรป่าไม้	1	2	80,813
2	ทรัพยากรน้ำ	3	1	6,443
3	ทรัพยากรดินและการใช้ที่ดิน	2	6	7,477
4	มลพิษจากขยะ	7	4	4,797
5	มลพิษทางอากาศ	5	7	5,866
6	มลพิษทางน้ำ	8	5	1,515
7	ทรัพยากรพลังงาน	11	3	ไม่มีข้อมูล
8	ทรัพยากรทะเลและชายฝั่ง	4	10	6,321
9	มลพิษจากสารอันตราย	9	8	374
10	มลพิษจากของเสียอันตรายจากชุมชน	6	12	5,550
11	ทรัพยากรแร่	10	9	60
12	มลพิษทางเสียง	12	11	ไม่มีข้อมูล

หมายเหตุ : * เป็นการจัดลำดับใหม่ โดยการหาค่าเฉลี่ยของลำดับความสำคัญจากการจัดลำดับด้วยมูลค่าความเสียหายและทัศนคติของประชาชน
ที่มา : สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI), 2549. อ้างใน รายงานสุขภาพคนไทย 2553

นี่คือมูลค่าความเสียหายที่ประเมินเฉพาะความเสื่อมโทรมของทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเพียงด้านเดียวเท่านั้น ทั้งนี้ ยังไม่รวมความเสียหายที่วัดเป็นตัวเงินไม่ได้ เช่น ปัญหาสังคม ความขัดแย้ง และความล้มละลายของชุมชน เป็นต้น

ที่ไม่อาจมองข้ามไปได้คือ ผลกระทบต่อสุขภาพของสังคมโดยเฉพาะคนในชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ ดังเช่นหลายกรณีที่เคยเกิดขึ้นแล้ว ไม่ว่าจะเป็นกรณีมาบตาพุด โรงไฟฟ้าแม่เมาะ หรือสารตะกั่วจากโรงแต่งแร่คัลดี ซึ่งล้วนแต่ส่งผลกระทบในระยะยาวทั้งสิ้น

เมื่อมนุษย์ไม่อาจหลีกเลี่ยงวิกฤตที่เราต่างเป็นผู้ก่อได้...ทางที่เหลืออยู่คือจะช่วยกันเยียวยาให้ดีขึ้นหรือจะปล่อยให้หายหน้ามาเยือน... 



สเต็มเซลล์...

ไทยก้าวล้ำด้านเล่ห์หลวง

ในช่วง 4-5 ปีที่ผ่านมา “สเต็มเซลล์” ถูกทำให้เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายในฐานะนวัตกรรมใหม่ด้านการรักษาโรคและความงามที่น่าอัศจรรย์ โดยเฉพาะในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา เรียกได้ว่าเป็นการรักษาและผลิตภัณฑ์ที่ “บูมสุดขีด” และสร้างรายได้จำนวนมหาศาล

ทว่า การโฆษณาการรักษาและการขายผลิตภัณฑ์สเต็มเซลล์ในประเทศไทยจำนวนมากได้เข้าข่ายการอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง ขาดความรู้ทางวิชาการรวมถึงมาตรฐานความปลอดภัยต่อผู้บริโภค จนสมาคมแพทย์ในสหรัฐอเมริกาชี้ว่าไทยเป็นประเทศที่มีการหลอกลวงบริการและการขายสเต็มเซลล์อย่างขาดจริยธรรม และโฆษณาเกินจริง

มหัสถรรพ์สเต็มเซลล์ : หลอกลวงและเกินจริง

“สเต็มเซลล์จากรก” เป็นหนึ่งในผลิตภัณฑ์ที่มีการอวดอ้างสรรพคุณราวกับ “ยาอายุวัฒนะ” ที่สามารถช่วยชะลอความแก่สร้างภูมิคุ้มกันโรค กระตุ้นการเจริญเติบโตของระบบประสาท

ทำให้เส้นผมงอกใหม่ นอนหลับสบาย ลดริ้วรอย ขจัดความหมองคล้ำของผู้สูงวัยให้กลับมาสดใส ขาวนวลอ่อนเยาว์ดุจผิวทารก

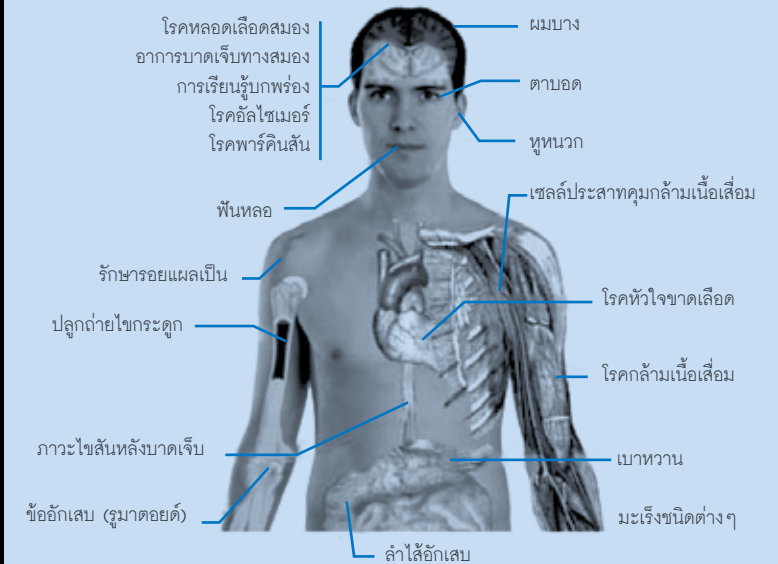
นพ.ณอม บรรณประเสริฐ หัวหน้าศูนย์นวัตกรรมเซลล์เนื้อเยื่อและอวัยวะสังเคราะห์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขี้ว่าสเต็มเซลล์ที่ขายกันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย เกะกะแสดความดังของงานวิจัยสเต็มเซลล์ในอเมริกา โดยหลอกขายชื่อและนำมาใช้เป็นผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพความงาม ซึ่งถือเป็นเรื่องเพ้อฝัน เกินจริง และทำไม่ถูกต้องตามหลักการอย่างมาก โดยมีบางบริษัทที่นำมาอธิบายกลไกแบบมหัศจรรย์ บางคนเชื่อและไปบอกคนไข้แบบผิดๆ ดังนั้น โฆษณาที่แพร่หลายในประเทศไทยจึงเป็นเรื่องหลอกลวงผู้บริโภคทั้งสิ้น

ข้อเท็จจริงของสเต็มเซลล์

นพ.พิพัฒน์ ยิ่งเสรี เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา ให้ข้อมูลว่า การรักษาด้วยสเต็มเซลล์ที่ได้รับการยอมรับจากทั่วโลกมีเพียงการปลูกถ่ายไขกระดูกและโรคทางโลหิตวิทยา เช่น โรคมะเร็งเม็ดเลือด โรคเลือดที่ผิดปกติทางพันธุกรรม ผู้ป่วยที่ไขกระดูกถูกทำลายจากยารักษา มะเร็ง แต่ทว่า ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเพียงระยะหนึ่งเท่านั้น ยังไม่พบว่าสามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ และอาจมีผลข้างเคียง เนื่องจากยังไม่ได้ยืนยันความปลอดภัย

ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีนักวิจัยแนวโน้มการใช้สเต็มเซลล์ในการรักษาโรคกันอย่างมาก โดยถือว่ามีมาตรฐานสูงที่สุดและมีความเป็นไปได้จริง อาทิ โรคหลอดเลือดสมอง อาการบาดเจ็บทางสมอง การเรียนรู้บกพร่อง โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน ผมงบาง ตาบอด หูหนวก เซลล์ประสาทควบคุมกล้ามเนื้อเสื่อม รักษาโรคแผลเป็น มะเร็งชนิดต่างๆ ฯลฯ (ดังรายละเอียดในภาพ)

โรคหรือภาวะการเจ็บป่วยที่อยู่ระหว่างการวิจัยว่าสเต็มเซลล์จะรักษาได้หรือไม่



ที่มา : รายงานวิจัยจำนวน 13 ชิ้น ที่อ้างใน http://en.wikipedia.org/wiki/Stem_cell สืบค้นเมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2553 อ้างใน รายงานสุขภาพคนไทย 2553

กล่าวโดยสรุป จนถึงปี 2552 มีรายงานยืนยันว่าสเต็มเซลล์สามารถปลูกถ่ายไขกระดูกได้จริง ส่วนโรคต่างๆ หรือภาวะการเจ็บป่วยที่กล่าวมาข้างต้น ยังอยู่ระหว่างการทดลองและนักวิจัยจะสามารถรักษาได้ผลหรือไม่

ก่อนตัดสินใจใช้บริการหรือซื้อผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพและความงาม จำเป็นต้องตรวจสอบข้อมูลที่ถูกต้องถึงคุณประโยชน์ที่แท้จริง เพื่อมิให้ต้องตกเป็น “เหยื่อ” รายต่อไป 



เช็กสภาพ “ฐานรากเศรษฐกิจ” แรงงานไทยสบายดีหรือไม่?

“คนวัยแรงงาน” เป็นเสมือนเสาหลักในการพัฒนาประเทศทุกระดับ

การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในทุกประเทศจำเป็นต้องอาศัย **“ชุมพลวัง”** จากคนวัยทำงานในการขับเคลื่อนสังคมให้ก้าวไปข้างหน้า ขณะเดียวกัน วัยแรงงานก็เป็นโครงสร้างสำคัญในการเกื้อหนุนให้กลุ่มเด็กและผู้สูงวัยสามารถดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข และยังเป็นส่วนเติมเต็มที่น่าพาหน่วยทางสังคมเล็กๆ อย่างครอบครัวและชุมชนให้เกิดความสมดุล

“ต้นคิด” ฉบับนี้จึงขอสำรวจสถานการณ์กลุ่มวัยแรงงาน โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพกายและจิตใจว่า วันนี้เสาหลักของสังคมไทยยังอยู่ดีมีความสุขกันหรือไม่?

เปลี่ยนโครงสร้างแรงงานไทย

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2547-2551) สัดส่วนของแรงงานไทยมีการขยายตัวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยปี 2547 มี ร้อยละ 54.9 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 56.7 ในปี 2551 อันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรไทย โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนกลุ่มประชากรวัยเด็กและผู้สูงอายุ โดยเฉพาะประชากรวัยเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ลดลงจาก ร้อยละ 24.2 ในปี 2547 เหลือ ร้อยละ 21.8 ในปี 2551 (ดังภาพที่ 1) ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น และมีช่วงอายุการทำงานที่ยาวนานมากขึ้น โดยยังคงทำงานอยู่แม้อายุมากกว่า 60 ปี

เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มวัยแรงงานพบว่า คนที่มีงานทำส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างในภาคเอกชน โดยสัดส่วนแรงงานไทยปี 2552 อยู่ในภาคตะวันออก-เฉียงเหนือมากที่สุดประมาณ ร้อยละ 32 ของกำลังแรงงานทั้งหมด รองลงมาคือ ภาคกลาง ร้อยละ 25 ส่วนกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 11

การศึกษาแรงงานไทยสูงขึ้น

คุณภาพแรงงานไทยด้านการศึกษพบว่า มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น นับเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดสำคัญของคุณภาพแรงงานที่มีแนวโน้มปรับตัวในทางบวก โดยมีสัดส่วนแรงงานที่จบระดับอุดมศึกษาสูงขึ้น จาก ร้อยละ 10 ของกำลังแรงงานในปี 2542 เป็น ร้อยละ 16 ในปี 2552

ขณะเดียวกัน แรงงานที่ไม่มีการศึกษาหรือมีการศึกษาในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่ามีสัดส่วนลดลงอย่างต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา จาก ร้อยละ 70 ของกำลังแรงงาน ในปี 2542 เหลือ ร้อยละ 56 ในปี 2552

2 ใน 3 เป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบ

จากการสำรวจพบว่าสัดส่วนของแรงงานไทยที่ไม่มีงานทำมีเพียง ร้อยละ 2 ของกำลังแรงงานทั้งหมด และยังพบอีกว่าสัดส่วนคนที่มีงานทำเกือบ 2 ใน 3 เป็นการทำงานนอกระบบ

ตั้งแต่ปี 2549 เป็นต้นมา กลุ่มแรงงานนอกระบบมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแรงงานในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในขณะที่กรุงเทพมหานครมีแรงงานนอกระบบเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น

ปัญหาสำคัญประการหนึ่งของกลุ่มแรงงานนอกระบบคือ การไม่ได้รับความคุ้มครองและไม่มีหลักประกันทางสังคมจากการทำงาน

ร้อยละ 80 บ่วยจากสารกำจัดศัตรูพืช

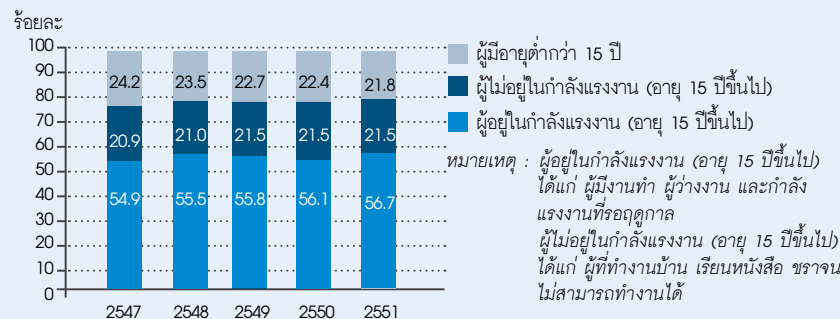
ผลการศึกษการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคจากการทำงานของแรงงานใน **รายงานการเฝ้าระวังโรค ปี 2551** พบว่า อาการเจ็บป่วยจากโรคที่มีสาเหตุจากการได้รับสารพิษในสารกำจัดศัตรูพืชครองเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีสัดส่วนมากถึง ร้อยละ 80 รองลงมาคือ สารปิโตรเลียม ร้อยละ 8 โรคปอด ร้อยละ 6 แก๊สและสารระเหย ร้อยละ 3 สารหนู แมงกานีส แคดเมียม และปรอท ร้อยละ 2 และสารตะกั่ว ร้อยละ 1 (ดังภาพที่ 2)

จะเห็นได้ว่าโรคจากสารพิษต่างๆ อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยไม่สูงมากนัก ต่างจากโรคจากสารกำจัดศัตรูพืชที่มีสัดส่วนสูงมากอย่างเห็นได้ชัด

นอกจากนี้ ยังพบว่า ภาคเกษตรกรรมมีสัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคจากการประกอบอาชีพมากที่สุด ร้อยละ 42 รองลงมาคือ กลุ่มแรงงานในภาคอุตสาหกรรม ร้อยละ 23 และกลุ่มแม่บ้าน/นักเรียน ร้อยละ 14 ขณะที่กลุ่ม

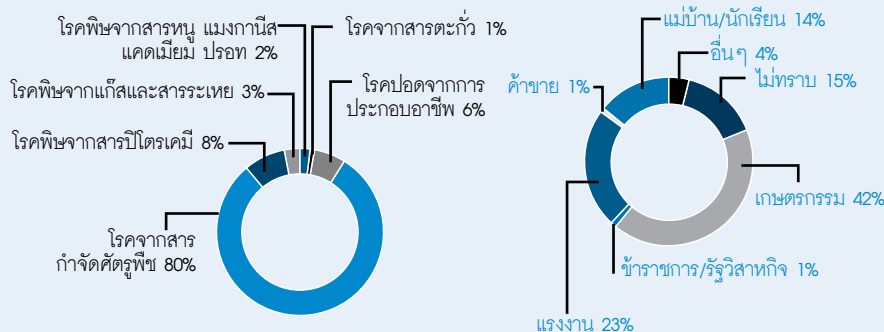


ภาพที่ 1 แสดงสัดส่วนกำลังแรงงานไทย ปี 2547-2551



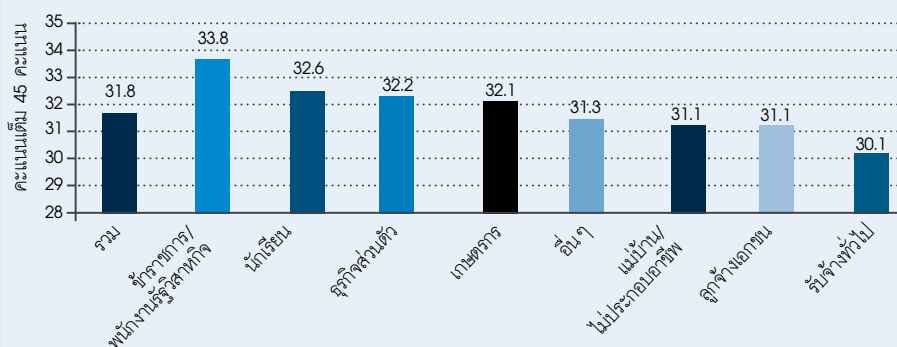
ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, อ้างใน รายงานสุขภาพคนไทย 2553

ภาพที่ 2 แสดงสัดส่วนของผู้ป่วยที่เป็นโรคจากการประกอบอาชีพ จำแนกตามโรค และลักษณะงานปี 2551



ที่มา : รายงานการเฝ้าระวังโรคปี พ.ศ.2551, สำนักโรคบาดเจ็บบนโรค กระทรวงสาธารณสุข, อ้างใน รายงานสุขภาพคนไทย 2553

ภาพที่ 3 แสดงสัดส่วนคะแนนสุขภาพจิตคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามอาชีพ



ที่มา : การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ.2551, สำนักงานสถิติแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม และกรมสุขภาพจิต, 2552, อ้างใน รายงานสุขภาพคนไทย 2553

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และกลุ่มค้าขายมีสัดส่วนเพียง ร้อยละ 1 เท่านั้น (ดังภาพที่ 2)

อุบัติเหตุนอกเหนือจากหน้าครัวชีวิตแรงงาน

ข้อมูลการศึกษาด้านภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย โดย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ระบุข้อมูลสุขภาพของกลุ่มแรงงานไทยว่า สาเหตุหลักของการเสียชีวิตในกลุ่มแรงงานอายุ 15-29 ปี ทั้งชายและหญิง เกิดจากสาเหตุสำคัญ ได้แก่ อุบัติเหตุ และโรคเอดส์

ส่วนกลุ่มแรงงานตอนกลางและตอนปลาย อายุตั้งแต่ 30-59 ปี พบว่า สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญเป็นกลุ่มโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรัง โดยกลุ่มอายุ 30-44 ปี สาเหตุหลักของแรงงานทั้งชายและหญิงคือ โรคเอดส์และอุบัติเหตุจราจร ส่วนกลุ่มอายุ 45-59 ปี สาเหตุหลักของแรงงานชายคือ มะเร็งตับและเอดส์ ส่วนแรงงานหญิงคือ โรคหลอดเลือดสมองและมะเร็งปากมดลูก

รับจ้างรายได้น้อย-สุขภาพจิตแย่

รายงานการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 ชี้ว่า อาชีพที่มีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำมากที่สุดคือ รับจ้างทั่วไป เนื่องจากเป็นอาชีพที่ไม่มั่นคงหรือมีรายได้ไม่แน่นอน มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี อันเป็นสาเหตุสำคัญที่จะนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตาย ในขณะที่กลุ่มที่มีคะแนนสุขภาพจิตสูงที่สุดคือ ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ

แม้ว่าสุขภาพจิตของแรงงานไทยเริ่มมีค่ากลางของปัญหา ทว่า ผลสำรวจยังพบว่าวัยแรงงานเป็นกลุ่มที่มีระดับสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดี (ดังภาพที่ 3)

5 อันกับ ปัจจัยเสี่ยงจากการทำงาน

จากตัวเลขผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน โดยจำแนกตามสิ่งที่ทำให้ประสบอันตรายสูงสุด 5 อันดับแรก ปี 2551 ได้แก่ อันดับ 1 วัตถุหรือสิ่งของ มีจำนวน 82,068 คน อันดับ 2 เครื่องจักร จำนวน 23,427 คน อันดับ 3 เครื่องมือ จำนวน 22,249 คน อันดับ 4 สภาพแวดล้อมเกี่ยวกับการทำงาน จำนวน 13,448 คน และอันดับ 5 ยานพาหนะ จำนวน 8,855 คน (ดังภาพที่ 4)

แรงงานไทยเสี่ยงภัยลล

จากสถิติการประสบอันตรายอันเนื่องมาจากการทำงานของสำนักงานประกันสังคมในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2542-2551) พบว่า มีแนวโน้มลดลงโดยในปี 2542 การประสบอันตรายทุกกรณีมีอัตรา 32.3 ต่อลูกจ้าง 1,000 คน ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ จนกระทั่งปี 2551 ลดลงเหลือ 21.7 ต่อ 1,000 คน

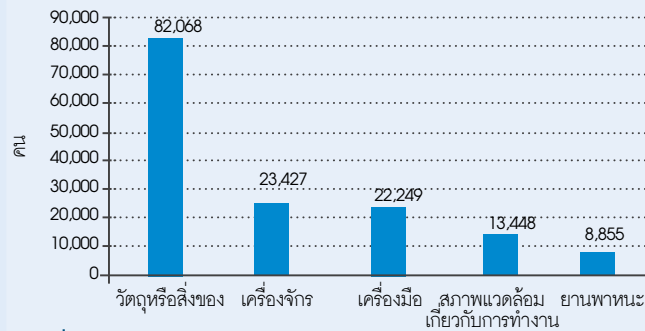
หากพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่ประสบอันตรายกรณีร้ายแรง คือ ตาย ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะบางส่วน และหยุดงานเกิน 3 วัน พบว่า มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จากปี 2542 อัตรา 10.2 ต่อ 1,000 คน เหลือ 6.1 ต่อ 1,000 คน ในปี 2551 (ดังภาพที่ 5)

อันตรายจากการทำงาน อุบัติภัยที่จัดการได้

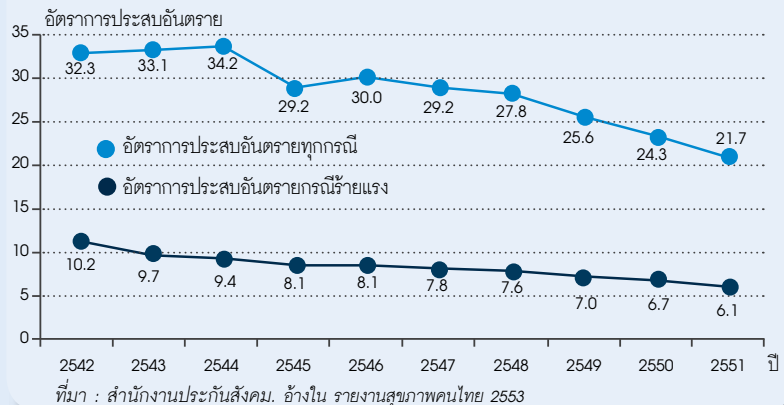
แม้ว่าอัตราการประสบอันตรายจากการทำงานจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่จำนวนลูกจ้างที่ได้รับอันตรายก็ยังมีจำนวนสูง ในแต่ละปีจะมีผู้ประสบอันตรายจากการทำงานประมาณ 1.5-2.0 แสนคน และรัฐต้องจ่ายเงินทดแทนในกรณีดังกล่าวไม่น้อยกว่าปีละ 1.6 พันล้านบาท โดยมูลค่านี้ยังไม่รวมความสูญเสียในด้านอื่นๆ อาทิ ผลกระทบต่อนายจ้าง ภาระในการดูแลความเจ็บป่วย และรายได้ของครอบครัว ฯลฯ

อย่างไรก็ตาม อันตรายจากการทำงานเป็นอุบัติเหตุที่สามารถป้องกันได้ โดยใช้มาตรการดูแลความปลอดภัยในการทำงาน อาทิ จัดอุปกรณ์ป้องกันอันตราย จัดสภาพแวดล้อมที่ทำงานให้ได้มาตรฐาน และมีเจ้าหน้าที่

ภาพที่ 4 แสดงจำนวนผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน จำแนกตามสิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย สูงสุด 5 อันดับแรก ปี 2551



ภาพที่ 5 แสดงอัตราการประสบอันตรายต่อลูกจ้าง 1,000 คน ปี 2542-2551



ความปลอดภัยในสถานประกอบการตามที่กฎหมายกำหนด ฯลฯ สำหรับลูกจ้างต้องตระหนักถึงความปลอดภัยในขณะที่ทำงาน ไม่ประมาทและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายด้วย

แม้ว่าสถานการณ์แรงงานไทยโดยภาพรวมในวันนี้อาจยังมีไม่ภาพฝันถึงคุณภาพชีวิตที่ดีของสังคมไทย ทว่า สถานการณ์ด้านสุขภาพกายและจิตใจในวันนี้ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่มีการปรับตัวในทางที่ดีขึ้นกว่าที่ผ่านมา

อย่างน้อยนี้เป็นส่วนหนึ่งของบทสะท้อนว่าแรงงานไทยมิได้ถูกเพิกเฉยหรือหนึ่งเจียนต่อปัญหาที่เกิดขึ้น... เพราะเราต่างรู้ว่าประเทศไม่อาจดำรงอยู่ได้ หาก “เสาหลัก” ของสังคมยังโคลนคลอน... 



ทำธุรกิจอย่างเป็นมิตร สไตล์ “วิสาหกิจเพื่อสังคม”

สถานการณ์วิกฤตเศรษฐกิจและวิกฤตสิ่งแวดล้อมบวกกับความตื่นตัวของผู้บริโภคทั้งในระดับประเทศและระดับโลก ในช่วงเวลาประมาณ 2 ทศวรรษมานี้ ทำให้การดำเนินธุรกิจในระบบทุนนิยมต้องคิดใหม่ว่า

การดำเนินธุรกิจแบบมุ่งกำไรเป็นหลัก อย่างที่เคยปฏิบัติกันมานานนั้น ยังจะเป็นวิธีที่เหมาะสม และควรได้รับการส่งเสริมต่อไปหรือไม่

มีทางเลือกอะไรบ้างไหมในโลกธุรกิจที่นอกจากจะไม่ก่อให้เกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจแล้ว ยังไม่สร้างความเหลื่อมล้ำในสังคม และไม่ทำลายทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมด้วย ในขณะที่ธุรกิจเองก็ยังมีกำไรและเติบโตไปได้

หนึ่งในทางเลือกที่น่าสนใจคือ การทำธุรกิจที่เรียกกันว่า “**วิสาหกิจเพื่อสังคม**” (social enterprise) ซึ่งมีลักษณะพิเศษต่างจากธุรกิจทั่วไปคือ

- (1) มีเป้าหมายหลักในการแก้ปัญหาและพัฒนาโอกาสทางสังคมและสิ่งแวดล้อม
- (2) การดำเนินการไม่ได้ถูกขับเคลื่อนโดยแรงจูงใจที่จะสร้างกำไรสูงสุด สำหรับเจ้าของหรือผู้ถือหุ้นเท่านั้น
- (3) ถ้าไรที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่จะถูกนำไปลงทุนและขยายผลเพื่อบรรลุเป้าหมายหลักของธุรกิจ

วิสาหกิจเพื่อสังคมมีพัฒนาการที่น่าสนใจ ในระดับโลกมีการขยายตัวของการทำธุรกิจประเภทนี้ อย่างรวดเร็วในหลายด้าน เช่น ด้านที่อยู่อาศัยสำหรับคนจน เกษตรยั่งยืน การสร้างงานสำหรับ

ผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ พลังงานทดแทน สุขภาวะ สื่อสร้างสรรค์ และการท่องเที่ยวที่จัดการโดยชุมชน เป็นต้น

ในประเทศอังกฤษตามรายงานของรัฐบาลบอกว่ามีวิสาหกิจเพื่อสังคมมากกว่า 55,000 ราย สร้างรายได้กว่า 8 พันล้านปอนด์ต่อปี และสร้างผลเชิงบวกแก่สังคมและสิ่งแวดล้อมอีกมหาศาล

เพราะวิสาหกิจเพื่อสังคมเป็นกิจการที่มุ่งผลประโยชน์เพื่อสังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก รัฐบาลหลายประเทศจึงมีนโยบายสนับสนุนวิสาหกิจเพื่อสังคมอย่างชัดเจน เช่น อังกฤษ แคนาดา สหรัฐอเมริกา และสิงคโปร์ เกิดการพัฒนาตลาดทุนวิสาหกิจเพื่อสังคมในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา หลายประเทศในยุโรป อินเดีย และฮ่องกง

นอกจากนี้ ยังมีมหาวิทยาลัยชั้นนำของโลกให้ความสนใจเปิดหลักสูตรกิจการเพื่อสังคมเป็นการเฉพาะ เช่น Oxford, Harvard, Stanford และ MIT เป็นต้น แสดงให้เห็นขนาดของธุรกิจที่ใส่ใจเรื่องของสังคมและสิ่งแวดล้อมมากขึ้นในปัจจุบัน

ในประเทศไทย วิสาหกิจเพื่อสังคมเพิ่งจะอยู่ในระยะเริ่มต้น นักธุรกิจและคนรุ่นใหม่ที่มีศักยภาพที่จะทำเรื่องนี้ยังไม่ได้รู้จักวิสาหกิจเพื่อสังคมเท่าที่ควร และยังขาดการสนับสนุนขั้นพื้นฐานทุกด้าน โดยเฉพาะการสนับสนุนจากภาครัฐและภาคประชาชนยังไม่ชัดเจน

แต่มีสถาบันอุดมศึกษาบางแห่งเปิดสอนวิชาเกี่ยวกับวิสาหกิจเพื่อสังคมบ้างแล้ว เช่น คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี และสถาบันศนิศินทร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และโครงการ IMBA มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

นอกจากนี้ ยังมีการทำธุรกิจแบบอื่นที่มีแนวทางและเป้าหมายของการดำเนินงานคล้ายกับวิสาหกิจเพื่อสังคม

นี่คือหนึ่งใน “ตัวเลือก” เพื่อนำพาสังคมไทยสู่วิถีสุขที่ลึกไปกว่าความรุ่งเรืองด้านวัตถุนิยมตรา

ตารางแสดงตัวอย่างวิสาหกิจเพื่อสังคมในต่างประเทศและในประเทศไทย จำแนกตามประเภทธุรกิจ

ประเภทธุรกิจ	ในต่างประเทศ	ในประเทศไทย
การเงินชุมชน	Grameen Bank ให้สินเชื่อขนาดเล็ก (Micro-Credit) ระดับชุมชนแก่ผู้ด้อยโอกาสในประเทศบังคลาเทศ	บริษัท ร่วมทุนชนบท ให้สินเชื่อและร่วมลงทุนในวิสาหกิจชุมชนที่มีศักยภาพขยายผลทางสังคมและเศรษฐกิจในชนบท
การขายสินค้าจากผู้ผลิตในชุมชน	Community-Friendly Movement ขายสินค้าที่ผลิตจากชุมชนทางไกลในชนบทอินเดีย โดยสร้างระบบขายส่งไปอเมริกาและประเทศในยุโรป	บริษัท ไทยคราฟท์ แฟร์เทรด ขายสินค้าหัตถกรรมของชุมชนทั่วประเทศ เน้นการรักษาวัฒนธรรมและพัฒนาความสามารถในการผลิตและการพึ่งตนเอง
การสร้างโอกาสให้ผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ	Digital Divide Data รับงาน out-source จากสหรัฐอเมริกาประเภทงาน IT เบื้องต้น เช่น งานข้อมูลพื้นฐาน แล้วนำมาจ้างและพัฒนาผู้ด้อยโอกาสในกัมพูชาและลาว	ไม่มีข้อมูล
สื่อสร้างสรรค์	Participant Media ผลิตสื่อบันเทิงไปพร้อมๆ กับให้ข้อมูลทางสังคมและสิ่งแวดล้อมตัวอย่างผลงานคือ The Inconvenient Truth	บริษัท ปาใหญ่ครีเอชั่น ผลิตรายการโทรทัศน์ที่ให้ความรู้ในประเด็นต่างๆ อย่างน่าสนใจ เช่น รายการมดคันไฟ และรายการทุ่งแสงตะวัน
บริการต่างๆ สำหรับงานภาคสังคม	Ideals Creative เป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่ที่ให้บริการโฆษณาและสื่อสารในลักษณะ Ad Agency ให้องค์กรเพื่อสังคมในฟิลิปปินส์	บริษัท โอเพน ดรีม บริการพัฒนาเว็บไซต์โปรแกรมมิ่งเพื่อการใช้งานของภาคสังคม เช่น ระบบเฝ้าระวังและติดตามโรคติดต่อผ่านมือถือ ระบบห้องสมุดดิจิทัล

ที่มา : เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง กิจการเพื่อสังคม (Social Enterprise) ของ สุนิต เศรษฐา ผู้อำนวนการองค์กร Change Fusion บรรยายที่ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) 5 พฤศจิกายน 2552, อ้างใน รายงานสุขภาพคนไทย 2553



คนกันคิด

กันคิด

16

โครงการการศึกษาสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจจากทะเบียนโรค

ในช่วง 3 ทศวรรษที่ผ่านมา โรคหลอดเลือดหัวใจ คุณภาพชีวิตคนไทยมากขึ้นเรื่อยๆ จนติดอันดับสาเหตุการตายที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากอาการ ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute coronary syndrome) แต่ที่ผ่านมายังไม่มีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทางระบาดวิทยาของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันจากทั่วประเทศอย่างเป็นระบบและครอบคลุม ทำให้ยากต่อการติดตามสถานการณ์และประเมินมาตรฐานการดูแลรักษา กระทั่งช่วงปี 2545 โครงการการศึกษาสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจจากทะเบียนโรค โดยการทำงาน ของ สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้ทำวิจัยพัฒนาระบบข้อมูลซึ่งทำให้เรารับรู้สถานการณ์ของโรคนี้ได้ชัดเจนมากขึ้น จุดประกายให้เกิดการต่อยอดพัฒนาแนวทางการควบคุมรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับประเทศ

โครงการนี้ขับเคลื่อนมาได้อย่างไร เหตุใดผลการวิจัยที่ได้ออกมาจึงสามารถส่งแรงกระตุ้นไปทั่วประเทศ ศพ.อุว.สุพจน์ ศรีมหาโชตะ จากหน่วยโรคหัวใจ ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หนึ่งในทีมงานโครงการจะมาเปิดเผยเรื่องราวให้ฟัง



โครงการนี้เกิดขึ้นมาได้อย่างไร

การริเริ่มโครงการนี้สืบเนื่องมาจากเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (CRCN) ได้พูดคุยกับสมาคมแพทย์โรคหัวใจ อยากส่งเสริมให้มีการทำงานวิจัยแบบสหสถาบัน เหตุการณ์ช่วงนั้นประมาณปี 2545 เนื่องจาก CRCN เพิ่งเริ่มจัดตั้งขึ้นได้ไม่นาน ยังไม่มีโครงการอะไรที่เป็นงานวิจัยออกมา และทางสมาคมฯ ก็อยากจะทำโครงการวิจัยแบบสหสถาบัน ทาง CRCN จึงเข้ามาช่วย เพื่อให้เราได้ข้อมูลคนไข้ที่มากขึ้น และเป็นระบบมากขึ้น เราจึงทำโครงการนี้ขึ้นมาเป็นโครงการแรกที่เป็นต้นแบบของ CRCN



ทำไมจึงสนใจทำการศึกษาเกี่ยวกับสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ

เนื่องจากโรคหัวใจพบบ่อยมากขึ้น แล้วถ้าเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โอกาสที่คนจะเสียชีวิตตั้งแต่จากที่บ้านมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจนกระทั่งกลับออกไป มีอัตราการเสียชีวิตสูงมาก ประมาณ ร้อยละ 30-50 มาไม่ถึงโรงพยาบาล หรือมาถึงโรงพยาบาลแล้วยังเสียชีวิตอีกจำนวนมาก

ข้อมูลโรคหัวใจที่ผ่านมาเรามักอ้างอิงจากต่างประเทศ ไม่มีข้อมูลของเราเอง หรือมีก็ไม่ได้เป็นชิ้นเป็นอันมากพอที่จะเอาไปอ้างอิงได้ว่าการรักษาในบ้านเรามีการรักษาแบบไหน ได้ผลมากน้อยเพียงใด

โอกาสที่คนไข้จะรอดชีวิตกลับไปมีมาน้อยแค่ไหน และที่สำคัญคือโรคนี้สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างเป็นระบบและมีตัวชี้วัดที่ค่อนข้างชัดเจนว่า ถ้าเราให้การรักษาคอนไซ์ซ่า คนไข้จะมีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้น ระยะเวลายาวนานที่ถึงชั่วโมงมีความสำคัญต่อการรักษาอย่างยิ่ง นี่เป็นจุดน่าสนใจที่เราควรมีข้อมูลของเราเอง จะได้รู้ว่าแนวทางการรักษาในบ้านเราเป็นอย่างไรเมื่อเทียบกับต่างประเทศ



ใช้กระบวนการดำเนินงานอย่างไร

ในสมาคมฯ เรารู้จักกันพอสมควร พอถามว่ามีใครสนใจบ้าง คนที่สนใจเขาก็มาประชุม มี

โรงพยาบาลเข้าร่วมถึง 17 แห่ง ทั้งโรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐ มีโรงพยาบาลต่างจังหวัดด้วย เราออกแบบการเก็บข้อมูลร่วมกันว่าอยากได้ข้อมูลอะไร ต้องดูต้องเก็บอะไรบ้าง ตอนนั้นเรายังไม่มีความรู้เรื่องการท่วิจัยแบบสหสถาบัน ทาง CRCN จึงเข้ามาช่วยจัดโครงสร้างว่ามีกลุ่มไหน ทำหน้าที่อะไรบ้าง

เมื่อได้แบบกรอกข้อมูลออกมาแล้ว เราจึงขอความร่วมมือจากทีมพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยวิจัยสถาบันหนึ่งๆ มี 2-3 คน ช่วยเก็บข้อมูลและบันทึกลงในเครื่องคอมพิวเตอร์ ส่วนแพทย์ทำหน้าที่ตรวจคนไข้ และตรวจสอบข้อมูลว่าถูกต้องหรือไม่ เราออกแบบให้กรอกข้อมูลผ่านทางเว็บไซต์ การกรอกข้อมูลต้องทำ 2 ครั้ง คือ ที่โรงพยาบาลซึ่งเก็บข้อมูลและที่ส่วนกลาง เพราะฉะนั้นพยาบาลต้องรู้ว่าเรากำลังทำอะไร ต้องมีการประชุมร่วมกัน มีการฝึกซ้อมกรอกข้อมูล และทำ workshop ต่างๆ ก่อนเริ่มโครงการ หลังเก็บข้อมูลเสร็จ เราจึงตรวจสอบข้อมูล (audit) ว่าถูกต้องหรือไม่ มีปัญหาในการเก็บข้อมูลอย่างไร ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างส่วนกลางกับสถาบันต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการ แล้วจึงทำการวิเคราะห์และสรุปผลออกมาตามมาตรฐานการทำวิจัย

ดำเนินงานอยู่ 3 ปี ได้ข้อมูลคนไข้ประมาณ 10,000 กว่าราย โดยเริ่มนับหนึ่ง ณ วันที่ดำเนินโครงการ เมื่อมีคนไข้เดินเข้ามาเราก็เริ่มเก็บข้อมูล อาจมีทั้งรายใหม่และรายเก่าที่กลับมารักษาอีก

ผลการวิจัยที่ได้ออกมาเป็นอย่างไร

ข้อมูลที่ได้ออกมาเราพบว่า คนไข้เสียชีวิตในโรงพยาบาลเยอะมาก ประมาณกว่า 2 เท่า เมื่อเทียบกับยุโรป หรือสหรัฐอเมริกา ทำไมจึงเป็นเช่นนั้น เพราะ

เรารักษาไม่ดี หรือคนไข้เรามีอาการหนักกว่า หรือการรักษาบางอย่างเราล่าช้า เมื่อทำการวิเคราะห์จึงพบว่า ปัจจัยสำคัญคือเรื่องระยะเวลาในการรักษา ตั้งแต่คนไข้เริ่มมีอาการเจ็บหน้าอกจนกระทั่งได้รับการรักษา จากข้อมูลที่เราได้มา คนไข้ยังได้รับการรักษาช้า ทั้งที่ควรได้รับการรักษาภายใน 30 นาที แต่ปรากฏว่ากว่าคนไข้จะได้รับยาละลายลิ่มเลือดก็ปาเข้าไปเกือบ 90 นาที

มีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อไปอย่างไร

จากผลที่ได้ออกมาว่าคนไข้ได้รับการรักษาช้า และเสียชีวิตเยอะมาก ทำให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มองเห็นความสำคัญตรงจุดนี้ จึงจัดทำโครงการขนาดใหญ่ระดับประเทศที่เรียกว่า “Fast Track” สำหรับคนไข้ที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน มีการจัดตั้งเครือข่ายระบบการส่งต่อที่รวดเร็วและจัดให้มีการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ทำให้โรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศจัดทำ Fast Track ขึ้น พอคนไข้เจ็บหน้าอกมาจะได้รับการตรวจคลื่นหัวใจภายใน 10 นาที พร้อมทั้งจะให้แพทย์ห้องฉุกเฉินดู ถ้าโรงพยาบาลไหนพร้อมให้ยาละลายลิ่มเลือดก็จะให้ทันที แต่ถ้ายังไม่มีความพร้อมก็ส่งต่อคนไข้ไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของเครือข่ายในพื้นที่นั้นๆ ซึ่ง 1 เครือข่ายมีประมาณ 4-5 จังหวัด

มองอนาคตของการทำงานในเรื่องนี้ต่อไปในระยะยาวอย่างไร

ควรต้องมีการเก็บข้อมูลต่อเนื่องต่อไปอีก เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการรักษาคนไข้ แต่ละโรงพยาบาลควรมีการเก็บข้อมูลของตน ตอนนี้ สปสช. รวบรวมข้อมูลอยู่ระดับหนึ่งในภาพรวมของประเทศ ซึ่งมีเครือข่ายครอบคลุมทุกภูมิภาค จุดสำคัญคือเราต้องการรักษาคนไข้ให้ดีขึ้น มีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น จึงต้องรู้ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตมีอะไรบ้าง จะเข้าไปแก้ไขตรงจุดไหน จุดหนึ่งที่สำคัญคือการสร้างระบบเครือข่ายการทำ Fast Track ซึ่งทำให้ดูแลคนไข้ได้ดีขึ้น

แต่ที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าการรักษาพยาบาลคือ ตัวคนไข้ ให้รู้ว่าต้องรีบไปโรงพยาบาลทันทีเมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก 



ฐานข้อมูลอนามัยเพื่อแม่และเด็ก ในชายแดนภาคใต้

ในการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุข “ข้อมูล” คือกุญแจสำคัญที่นำไปสู่การกำหนดนโยบายและแนวทางที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับแม่และเด็กซึ่งเป็นกรณีที่ต้องใช้เวลาในการเฝ้าติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาอนามัยแม่และเด็กในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และ นราธิวาส ถือเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากข้อจำกัดด้านสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ ประกอบกับการขาดข้อมูลที่ดีในการจัดการปัญหา แม้ว่าที่ผ่านมา หลายหน่วยงานได้พยายามแก้ไขให้ปัญหาบรรเทาเบาบางลง แต่ระดับของปัญหายังคงสูงอยู่เมื่อเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นๆ

โครงการการศึกษาปัญหาและความต้องการใช้ข้อมูลอนามัยแม่และเด็กในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยศูนย์อนามัยที่ 12 จังหวัดยะลา ภายใต้การสนับสนุนของ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุน

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ปัญหาที่พบจากการศึกษาครั้งนี้คือ ปัจจุบันฐานข้อมูลอนามัยแม่และเด็กที่มีส่วนใหญ่มิใช่เป็นปัจจุบัน ความสมบูรณ์ของข้อมูลมักล่าช้ากว่าที่กำหนด นอกจากนี้ ข้อมูลต่างๆ มีความคลาดเคลื่อน ทำให้การวางแผนโดยใช้ข้อมูลต่างๆ ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ

นอกจากนี้ ยังพบว่าความต้องการในการใช้ข้อมูลและการแก้ปัญหาในแต่ละระดับการทำงาน มีความแตกต่างกัน อาทิ

- **ระดับผู้บริหาร** ต้องการข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนในการดำเนินงานได้จริง มากกว่าข้อมูลที่มีปริมาณมากแต่ใช้งานไม่ได้ ต้องเป็นข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย ไม่ซ้ำซ้อน
- **ผู้จัดทำข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ** ต้องการข้อมูลที่ต้องการ ทันสมัย เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อจัดทำโครงการที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา โดยต้องการ

ให้เจ้าหน้าที่มีศักยภาพและความพร้อมในการใช้เทคโนโลยีการเก็บข้อมูล

- **ผู้จัดทำข้อมูลของโรงพยาบาลและสถานอนามัย** มีวัตถุประสงค์ในการใช้ข้อมูลคือเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายในการดูแลการปฏิบัติงาน โดยโปรแกรมที่ใช้ในการเก็บข้อมูลควรเป็นโปรแกรมที่ง่ายและสามารถออนไลน์ได้ โดยมีศูนย์รวบรวมข้อมูล

อย่างไรก็ตาม โครงการดังกล่าวเป็นการศึกษาในประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการเก็บฐานข้อมูลในพื้นที่ ซึ่งการรู้ปัญหาคืออะไรและนำไปสู่การวิเคราะห์แก้ปัญหาในระดับต่อไป น่าจะเป็นการเริ่มต้นสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคุณแม่และเด็กในพื้นที่แห่งนี้

สำหรับรายละเอียดในโครงการนี้ สามารถหาเพิ่มเติมได้ใน http://www.hiso.or.th/hiso/proReport/pro_download9.php?download1=3&lesson1=2&lesson_id=584&zone=3&manu=2&page=1



**Hilight
Hiso**

ศิริพร คำภูไทย
นักวิชาการ
สำนักงานพัฒนา
ระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

การจัดการฐานข้อมูลสถิติด้านสุขภาพ

นักวิชาการด้านการจัดการฐานข้อมูล ได้กล่าวไว้ว่า การจัดการข้อมูลคือ การบริหาร การจัดเก็บข้อมูล และการประมวลผลข้อมูล ให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่มีประโยชน์ พร้อมจะนำมาใช้ประโยชน์ได้ในทันที การจัดการข้อมูลจะเกิดประโยชน์สูงสุดหรือมีประสิทธิภาพสูงสุด ก็ต่อเมื่อผู้ใช้ข้อมูลสามารถใช้ข้อมูลที่ต้องการได้อย่าง รวดเร็ว ถูกต้อง และเป็นกลางมากที่สุด

ด้วยเหตุนี้ กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข จึงร่วมมือกับสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ภายใต้สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จัดทำโครงการการศึกษาและออกแบบฐานข้อมูลสถิติสาธารณสุขขึ้น เพื่อทดแทนการจัดการฐานข้อมูลแบบเก่าซึ่งมีข้อจำกัดในการใช้งานและการแสดงผล รวมทั้งการไม่สามารถออกแบบการวิเคราะห์ และบริหารจัดการข้อมูลได้ด้วยตนเอง

โครงการนี้ได้ออกแบบระบบฐานข้อมูลสถิติสาธารณสุขโดยนำข้อมูลทั้งจากภายในและภายนอกหน่วยงานมา เพื่อประมวลผลออกเป็นข้อมูล โดยผู้ใช้สามารถกำหนดมิติและมุมมองต่างๆ ตามความต้องการของตนเองได้ ผ่านทางเว็บไซต์ <http://healthdata.moph.go.th/index.html> ซึ่งเป็น

ช่องทางที่เปิดให้บริการทั้งกับกลุ่มนักบริหาร นักวิเคราะห์ข้อมูล และประชาชนทั่วไปให้สามารถเข้าถึงและรู้เท่าทันสถานการณ์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพได้อย่างทันท่วงที ท่านที่สนใจสามารถอ่านรายละเอียดโครงการนี้เพิ่มเติมได้ใน www.hiso.or.th





ยิ้มก่อนอ่าน

ปรารภนา “ปัญหา” หรือ “ปัญญา”

คำว่า “ปัญหา” กับ “ปัญญา” นั้นมีความใกล้เคียงกันมาก ต่างกันแค่ตัวเดียวคือ “ห” กับ “ญ” ในชีวิตจริง สิ่งที่เราเรียกว่า “ปัญหา” นั้นก็อยู่ใกล้กับ “ปัญญา” มากเช่นเดียวกัน

เมื่อเกิดปัญหาขึ้นมา แทนที่จะคร่ำครวญหรือตอกชกหัว ลองใคร่ครวญดูให้ดี จะพบว่า ปัญหาเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือนให้เราเปลี่ยนแปลงตัวเอง ถ้าเรามองสัญญาณนี้ออก นั่นแสดงว่า ปัญญาได้เกิดแก่เราแล้ว ขึ้นต่อไปก็คือ เปลี่ยนทัศนคติ พฤติกรรม หรือการใช้ชีวิตให้ถูกต้องเหมาะสม และชาญฉลาด

ไม่ควรมองว่าปัญหาคือ “ทางตัน” ถ้ามองให้ดี ในตัวปัญหานั้นก็มี “ทางออก” ด้วยเหมือนกัน

อย่าลืมว่า สลักที่ล็อกประตุนั้นก็เป็นสลักอันเดียวกับที่ใช้เปิดประตู สวิตช์ที่ปิดไฟก็เป็นอันเดียวกับที่ใช้เปิดไฟให้สว่าง ฉะนั้นตัวปัญหานั้นในคำถามก็มีคำตอบเจอยู่

จะว่าไปแล้วปัญหาหรือความทุกข์ทั้งหลายไม่ได้มีไว้ให้เราคร่ำครวญ แต่มีไว้ให้ใคร่ครวญนั่นเอง ในความทุกข์นั้นก็มีทางออกจากความไม่ทุกข์แฝงอยู่เสมอ

ความทุกข์มีขึ้นก็เพื่อสอนเราให้รู้จักหลุดพ้นจากความทุกข์ ปัญหาเกิดขึ้น ก็เพื่อสอนเราให้เกิดปัญญา

ด้วยเหตุนี้ปัญหาจึงไม่ใช่เรื่องน่ากลัว หากคือครูที่มาสอนให้เรา ฉลาดขึ้นนั่นเอง

