

สุขภาพคนไทย 2554



เอชไอเอ

กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะ
เพื่อชีวิตและสุขภาพ

12 ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ



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

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

ISBN 978-974-11-1440-5

1. นโยบายสาธารณะ. 2. นโยบายด้านสาธารณสุข. 3. ดัชนีสุขภาพ. 4. การส่งเสริมสุขภาพ. I. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา.
II. ชาย โพธิ์สีดา. III. กฤตยา อาชวนิจกุล. IV. เฉลิมพล แจ่มจันทร์. V. กุลวิทย์ ศิริรัตน์มงคล. VI. ปาณฉัตร ทิพย์สุข.
VII. สาลินี เทพสุวรรณ. VIII. มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม.

RA776 ส743 2554

DNLM: 1. สุขภาพ WA100 ส743 2554

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

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.)

เลขที่ 999 ถนนพุทธมณฑล สาย 4 ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170
โทรศัพท์ 0-244 1-0201-4 โทรสาร 0-244 1-5221
เว็บไซต์ www.ipsr.mahidol.ac.th

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

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

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

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

ข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ ไม่สงวนลิขสิทธิ์ สามารถนำไปเผยแพร่เพื่อประโยชน์ต่อสังคมได้ ขอให้อ้างอิงที่มาด้วย

หลายๆ สิ่งที่เกิดขึ้นในสังคมไทยทุกวันนี้ เป็นเสมือนบททดสอบที่จะให้เราใช้ “สติ” และ “ปัญญา” ในการคลายวิกฤตต่างๆ ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างสังคมที่มีสุขภาวะและมีความเท่าเทียมอย่างแท้จริง หนังสือสุขภาพคนไทยขอเป็นส่วนหนึ่งของการทบทวนประสบการณ์ สร้างทางเลือกใหม่ ในการหาทางออกให้กับทุกปัญหาที่บันทึกความอยู่ดีมีสุข ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของวิกฤตเศรษฐกิจ ความขัดแย้งทางความคิด ความรุนแรงในทุกระดับโครงสร้างของสังคม และความไม่เท่าเทียมในการเปลี่ยนแปลงสังคมอย่างรวดเร็ว

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

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

สำหรับตัวชี้วัดสุขภาพในปีนี้ นำเสนอ “12 ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ” เป็นการสะท้อนสถานะสุขภาพ ปัจจัยบ่งชี้ทางสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ ของคนไทยที่มีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น และบางประเด็นที่ควรเร่งดำเนินแก้ไข

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

คณะทำงานสุขภาพคนไทย
มีนาคม 2554



12 ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

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



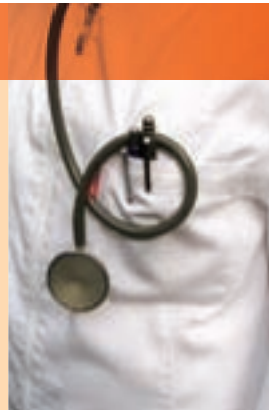
10 สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

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

สารบัญ

4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

- | | |
|--|----|
| 1. คนไร้สัญชาติในประเทศไทยได้คืนสิทธิประกันสุขภาพ : ทำดีที่เหลว | 80 |
| 2. จากสถานีนอนาภัย สู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จุดเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข | 80 |
| 3. หลักประกันสุขภาพของไทย ความสำเร็จที่นานาชาติยอมรับ | 81 |
| 4. สร้างเด็กไทยยุคใหม่ สูงใหญ่ เก่งเกินวัย ด้วยโครงการดูแลการบริโภคอาหาร | 81 |



เรื่องพิเศษประจำฉบับ

เอชไอเอ :

82

กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ



ภาคผนวก

- | | |
|--|-----|
| เอกสารอ้างอิง | 111 |
| เกณฑ์ในการจัดทำรายงาน “สุขภาพคนไทย 2554” | 116 |
| รายชื่อคณะกรรมการชี้ทิศทาง | 118 |
| รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ | 119 |
| รายชื่อผู้เขียนสถานการณ์เด่นทางสุขภาพ | 119 |
| รายชื่อคณะทำงานสุขภาพคนไทย | 119 |



12 ตัวชี้วัด สุขภาพแห่งชาติ 2554

ตัวชี้วัดสุขภาพ แห่งชาติ

“ตัวชี้วัดสุขภาพต้องนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง ในระดับโครงสร้าง ในระดับพฤติกรรมเฉพาะคน ชุมชน และประเทศ”

พ.ศ. 2547 มะเร็งและเนื้องอก และอุบัติเหตุ ยังคงเป็นสาเหตุการตายที่มีอัตราสูงที่สุดของคนไทย การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่มีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน นับเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องเร่งป้องกันและดูแล

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

องค์ประกอบแรก สถานะสุขภาพ สุขภาพกายคนไทยมีพัฒนาการที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งอายุคาดเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้น เป็น 69.5 ปี และ 76.3 ปี สำหรับชายและหญิง ตามลำดับ และอัตราการตายวัยแรงงานที่มีแนวโน้มลดต่ำลง จากการศึกษาใน พ.ศ. 2552 พบว่า การสูญเสียปีสุขภาวะในผู้ชาย มีสาเหตุอันดับแรกมาจากการติดสุรา และในผู้หญิงจากโรคเบาหวาน แทนที่เอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นสาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะในอันดับต้นๆ เมื่อ

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

องค์ประกอบที่สอง ปัจจัยบ่งชี้สุขภาพ

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

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

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

องค์ประกอบที่สาม ระบบบริการสุขภาพ

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

สุขภาพกาย

ทพญ.กนิษฐา บุญธรรมเจริญ

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

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

คนไทยมีอายุที่ยืนยาวขึ้น แม้ผู้หญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยของการมีชีวิตอยู่ที่ยาวกว่าผู้ชาย แต่กลับสูญเสียช่วงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์ในสัดส่วนที่สูงกว่า อัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สูงขึ้น เป็นประเด็นที่ต้องเร่งแก้ไข

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

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

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

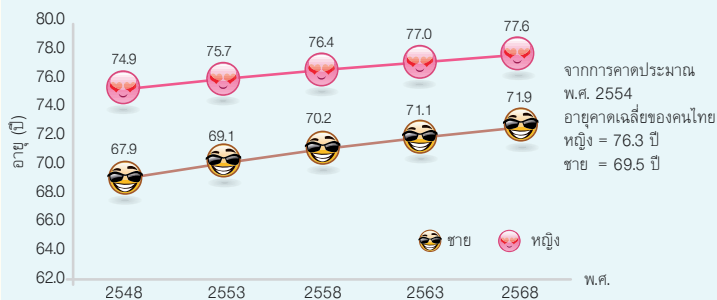
อายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี หรือ HALE
จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2552

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

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

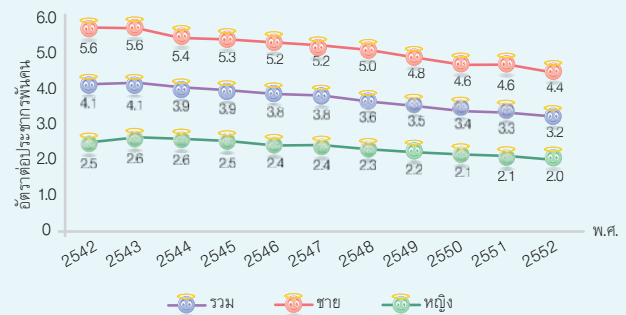
ที่มา: คณะทำงานศึกษาระบาดและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

อายุคาดเฉลี่ย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2548-2568



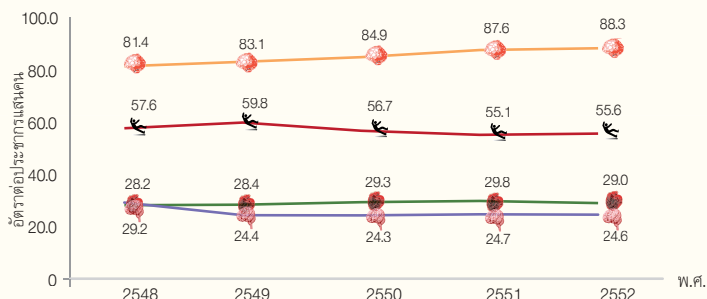
ที่มา: 1) การคาดประมาณใน พ.ศ. 2548 - 2568 จากการฉายภาพประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2548-2568
2) การคาดประมาณใน พ.ศ. 2554 จากสำรวจประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล

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



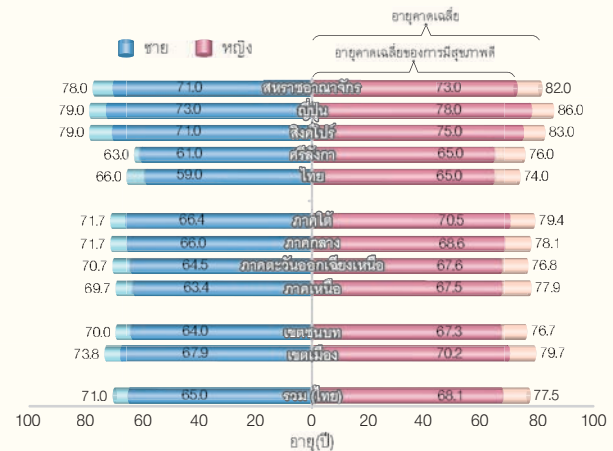
ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

อัตราตายตามสาเหตุที่สำคัญ พ.ศ. 2548-2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

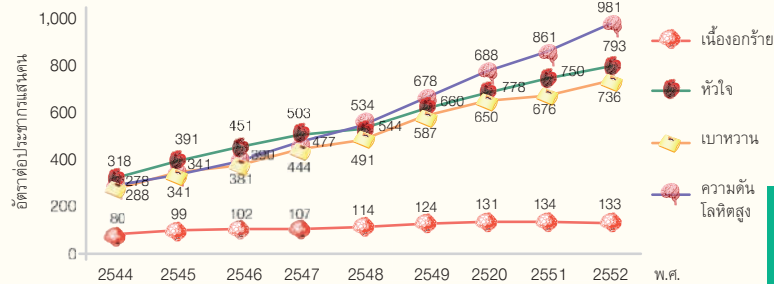
อายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (HALE) จำแนกตามเพศและภาค และเปรียบเทียบกับประเทศอื่น



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

ที่มา: คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ

อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พ.ศ. 2544-2552



ที่มา: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

การสูญเสียสุขภาพ: (DALYs – Disability Adjusted Life Year) ซึ่งหน่วยเกี่ยวกับการสูญเสียช่วงอายุของการมีสุขภาพดี คำนวณเป็นจำนวนปี โดย DALY = ปีที่สูญเสียไป + ปีที่สูญเสีย เพราะตายก่อนถึงวัยอันควร เพราะเจ็บป่วยหรือพิการ

การสูญเสียสุขภาพ:สิบอันดับแรกของคนไทย จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2552

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

หมายเหตุ: การสูญเสียสุขภาพ พ.ศ. 2552 เป็นผลเบื้องต้น ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2554

ที่มา: คณะทำงานศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยง สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ

สุขภาพจิต

นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล
กรมสุขภาพจิต

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

2

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

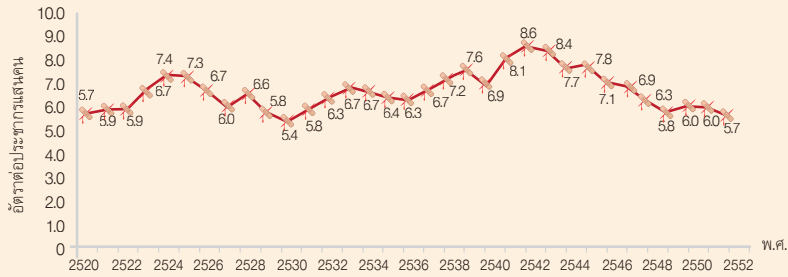
ตัวชี้วัดสถานการณ์สุขภาพจิตที่เข้าใจง่ายที่สุดคือ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและตัวชี้วัดความสุขของประชากร อัตราการฆ่าตัวตายของไทยเพิ่มจาก 7.2 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2538 เป็น 8.6 ใน พ.ศ. 2542 สองปีหลังวิกฤติเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นสถิติสูงสุดเท่าที่เคยมีการบันทึก จากมาตรการมุ่งเน้นการค้นหาและรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพิ่มคุณภาพบริการผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเอง พัฒนาระบบข้อมูลในพื้นที่ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน การสื่อสารสาธารณะ ตลอดจนการสร้างนวัตกรรมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงทุกปี โดยมีอัตราอยู่ที่ 5.7 ต่อประชากรแสนคน ใน พ.ศ. 2552 อย่างไรก็ตาม

หลายจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนบน เช่น เชียงใหม่ ลำพูน เชียงราย ยังคงเป็นพื้นที่เสี่ยงที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่า 13 ต่อประชากรแสนคน

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

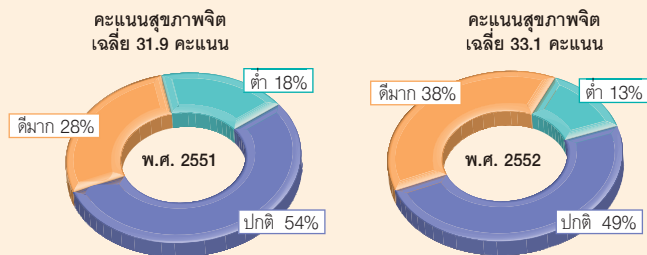
ในด้านของทรัพยากรทางสุขภาพ การเพิ่มการผลิต รวมถึงการกระจายบุคลากรให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ในแต่ละภูมิภาคของประเทศให้อยู่ในสัดส่วนที่เหมาะสม เป็นเรื่องที่ต้องเร่งพิจารณา

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2520 - 2552



ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามเกณฑ์คะแนนสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และ 2552

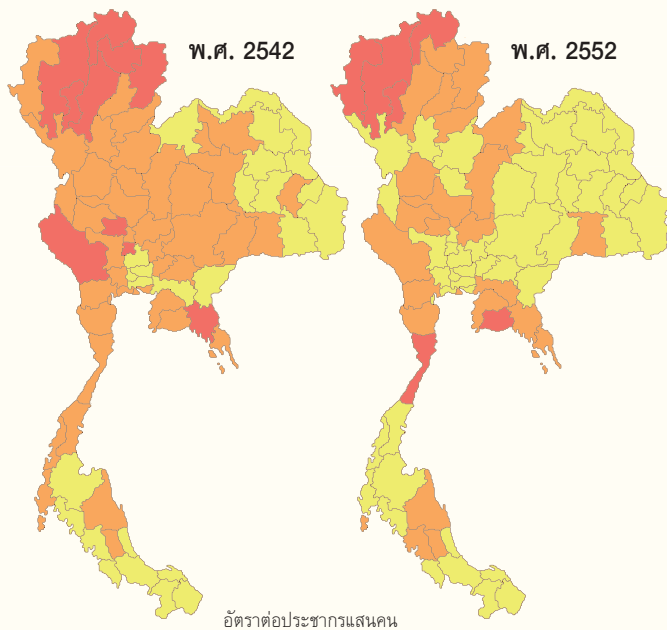


จากการสำรวจโดยใช้ "แบบสำรวจสุขภาพจิตคนไทย" 15 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้ว ใช้คะแนนรวมเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้
คะแนนรวม 35-45 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (ดีมาก)
คะแนนรวม 28-34 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป (ปกติ)
คะแนนรวม 27 คะแนน หรือน้อยกว่า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

หมายเหตุ: ตามกรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ คะแนนสุขภาพจิตตามเกณฑ์ที่กำหนดนี้สามารถใช้เป็นตัวชี้วัด "ความสุขในการดำรงชีวิต"

ที่มา: โครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

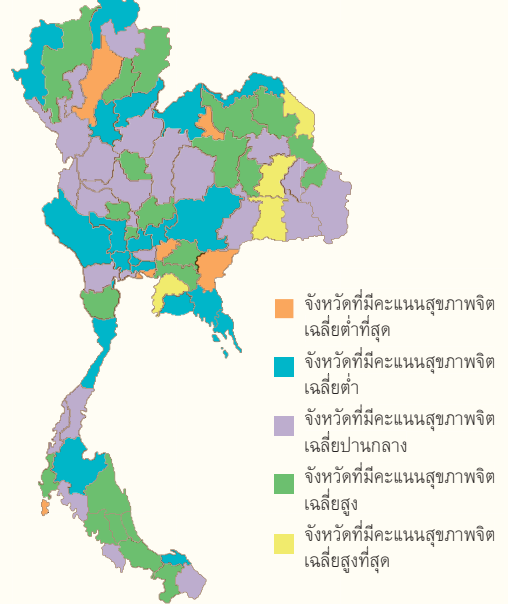
อัตราการฆ่าตัวตาย จำแนกรายจังหวัด พ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2552



มากกว่า 13.0 6.5 - 13.0 น้อยกว่า 6.5

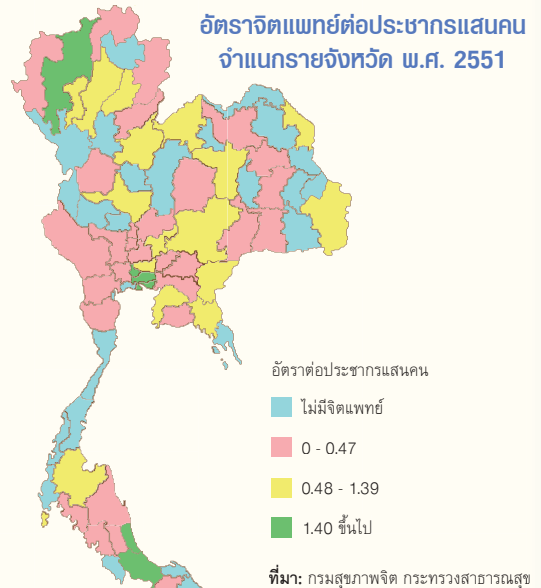
ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ระดับคะแนนสุขภาพจิตของคนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกรายจังหวัด พ.ศ. 2552



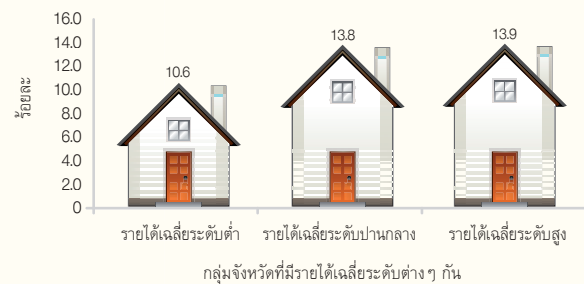
ที่มา: อภิชาติ จารุสฤทธิรงค์ และคณะ (2554) โดยใช้ข้อมูลจากโครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

อัตราจิตแพทย์ต่อประชากรแสนคน จำแนกรายจังหวัด พ.ศ. 2551



ที่มา: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำแนกตามระดับรายได้ครัวเรือนเฉลี่ยของจังหวัด พ.ศ. 2552



หมายเหตุ: ตามกรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ คะแนนสุขภาพจิตตามเกณฑ์ที่กำหนดนี้สามารถใช้เป็นตัวชี้วัด "ความสุขในการดำรงชีวิต"

ที่มา: โครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประจำปี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

3 สุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณหรือปัญญา

นพ.ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล
กรมสุขภาพจิต

“การพัฒนาตัวชีวิตและคำจำกัดความเกี่ยวกับ
สุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญา
เป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการกำหนดทิศทาง
การสร้างเสริมสุขภาวะที่เหมาะสม”

สุขภาวะทางปัญญาเป็นเรื่องคุณภาพของจิตใจ
ที่เป็นเรื่องใกล้ตัว เป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตมนุษย์ เมื่อ
คนเรามีจิตใจที่ประคับประคอง สุขส่วนบุคคลและความสุข
ของสังคมก็ย่อมมีมากขึ้น

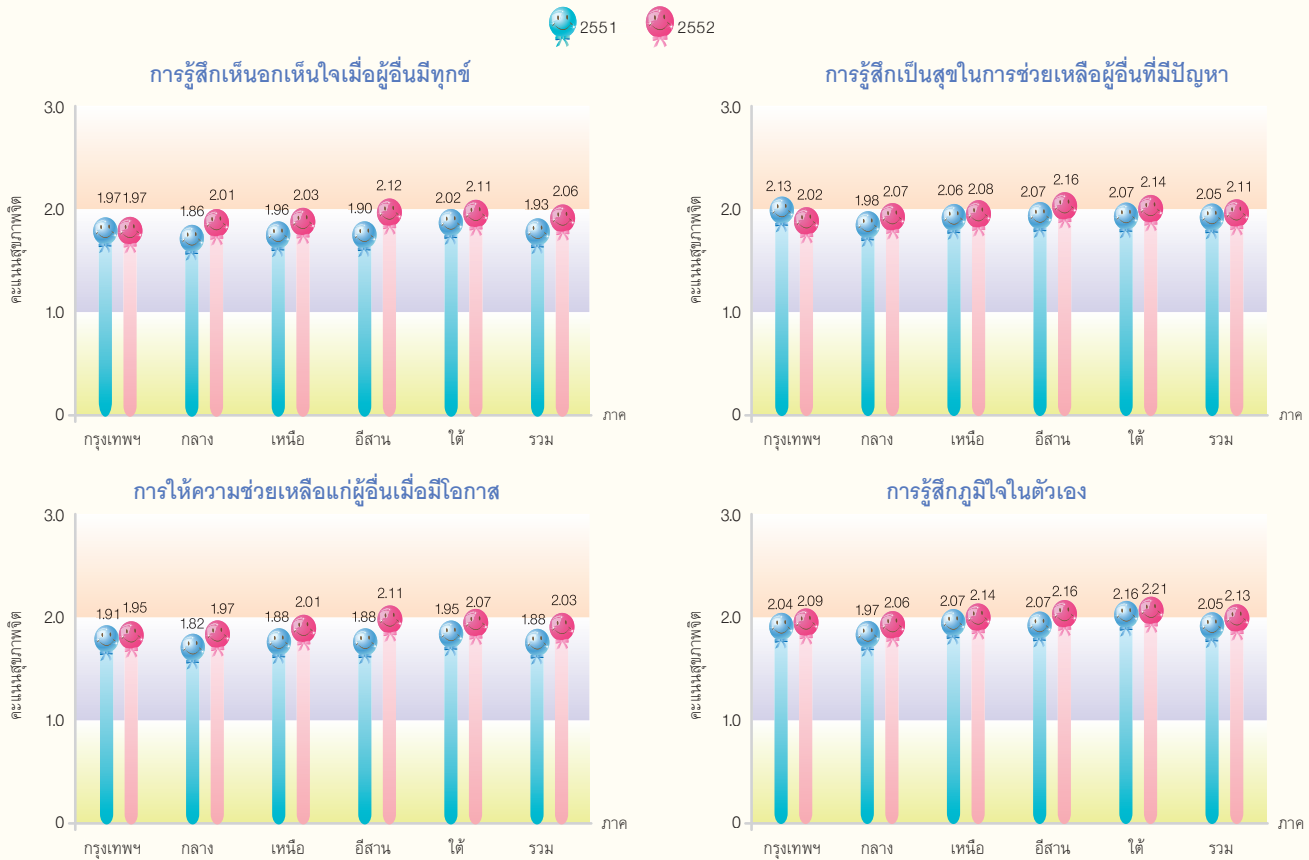
ศ.นพ.ประเวช ฐิติ กล่าวไว้ว่า “จิตวิญญาณ หรือ
จิตสูงนั้น หมายถึง ความดี การลดความเห็นแก่ตัว
การเข้าถึงสิ่งสูงสุด สิ่งสูงสุดทางพุทธ คือ พระนิพพาน
หรือปัญญา หรือวิชา ศาสนาอื่นหมายถึง พระผู้เป็นเจ้า”
สถานะของมิติทางจิตวิญญาณปรากฏเป็นทางการ
ชัดเจนขึ้น เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาตินิยาม
ความหมายของสุขภาพครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ กาย ใจ
ปัญญา และสังคม เช่นเดียวกับสำนักงานกองทุนสนับสนุน
การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยเลือกใช้คำว่า “ปัญญา”
แทนคำว่า “จิตวิญญาณ” รศ.ดร.บุษฎี โยเหลา และคณะ
ได้ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนาเครื่องมือประเมิน
สุขภาวะทางจิตวิญญาณหรือปัญญาขึ้น โดยจัดแบ่งเป็น
7 องค์ประกอบ ได้แก่ กล้ายืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้อง
เมตตากรุณา มีเป้าหมายและพอเพียงให้ความสำคัญกับ
ความเป็นมนุษย์ อ่อนน้อมถ่อมตนให้อภัย และมีความ

เป็นมิตร อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีผลสำรวจโดย
ใช้เครื่องมือดังกล่าวที่เป็นตัวแทนระดับประเทศ

ผลจากการสำรวจที่เป็นระบบเท่าที่มี มาจาก
การสำรวจภายใต้โครงการรายงานสถานการณ์สุขภาพจิต
ประจำปี ซึ่งได้ผนวกข้อคำถามด้านคุณภาพของจิตใจ
(Mental Quality) อันเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
ทางจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญา พบว่า ปัจจัยทาง
ประชากรที่สัมพันธ์กับคุณภาพของจิตใจ ในการรู้สึกเห็น
อกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์ รู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือ
ผู้อื่นที่มีปัญหา หรือการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อ
มีโอกาสดังกล่าว ระดับการศึกษา อายุที่เพิ่มมากขึ้น อาชีพ
การทำงานที่มั่นคง โดยผู้หญิงและคนในชนบทมีแนวโน้ม
ที่จะมีคุณภาพของจิตใจที่ดีกว่าผู้ชายและคนที่ใช้ชีวิต
ในเมือง การประพฤติปฏิบัติตนและการยึดถือค่านิยมทาง
ศาสนาถือเป็นวิถีทางหนึ่งในการกล่อมเกลাজิตวิญญาณ
และเสริมสร้างปัญญาให้มีสุขภาวะที่ดียิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม
ในสังคมยุคปัจจุบัน อาจกล่าวได้ว่า คนไทยค่อนข้าง
ที่จะอยู่ห่างจากศาสนา พฤติกรรมการปฏิบัติสมาธิ และ
รักษาศีล รวมถึงความรู้สึกในการเคร่งศาสนา มีสัดส่วน
และค่าเฉลี่ยในระดับที่ต่ำ

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

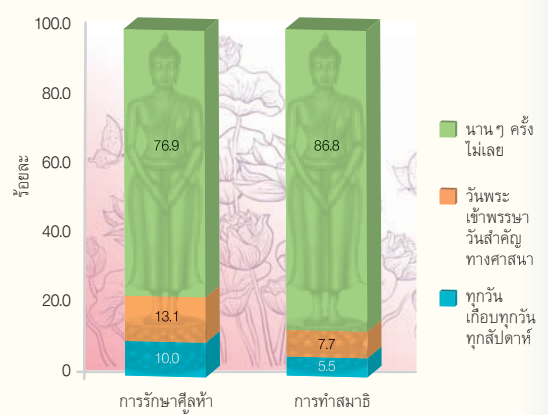
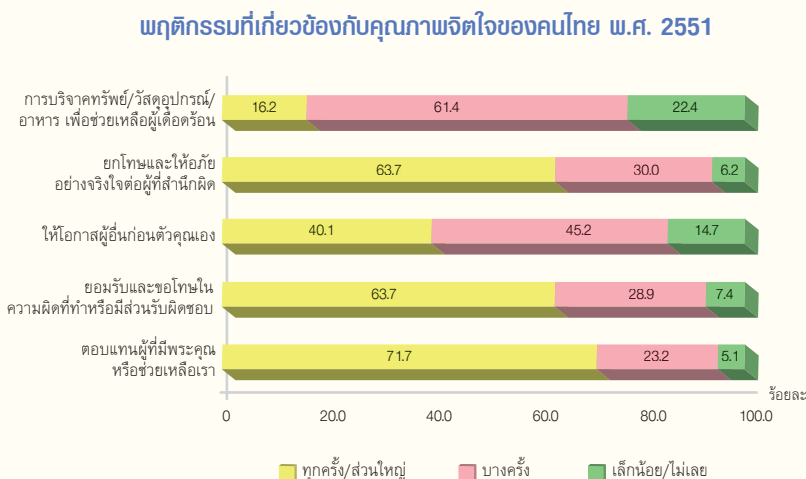
คะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ย ต่อคำถามด้าน “คุณภาพของจิตใจ” ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามภาค พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552



หมายเหตุ: เป็น 4 ข้อคำถามในด้านคุณภาพของจิตใจ จากการสำรวจโดยใช้ “แบบสำรวจสุขภาพจิตคนไทย” ทั้งหมด 15 ข้อ แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 = ไม่เลย 1 = เล็กน้อย 2 = มาก และ 3 = มากที่สุด
ที่มา: คณะทำงานสุขภาพคนไทย โดยใช้ข้อมูล

- การสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ
- การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

พฤติกรรมการศึกษาและการทำสมาธิของคนไทย พ.ศ. 2551



ค่าเฉลี่ยความถี่ครั้งศาสนา (0-10) = 6.0

ที่มา: คณะทำงานสุขภาพคนไทย โดยใช้ข้อมูลการสำรวจสภาวะทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ที่มา: รศรินทร์ เกรย์, ประเวศ ดันติพิวัฒนสกุล และ เรวดี สุวรรณพเก้า (2553)

4

พฤติกรรมสุขภาพ

คณะทำงานสุขภาพคนไทย

“1 ใน 3 ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน และอ้วนลงพุง มากกว่า 4 ใน 5 กินผักและผลไม้ ไม่เพียงพอ และเกือบ 1 ใน 5 ออกกำลังกายหรือ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ”

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเหล้าและบุหรี่ของคนไทยดีขึ้น แต่พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร โดยเฉพาะผักและผลไม้ ภาวะอ้วนและอ้วนลงพุง พฤติกรรมทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ยังคงเป็นประเด็นที่รอการดูแลและแก้ไข

สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ บุหรี่และยาสูบ ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการสูญเสีย สุขภาวะที่สำคัญของคนไทย เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น สัดส่วนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในระดับอันตรายในรอบปีที่ผ่านมา และสูบบุหรี่ มีสัดส่วนที่ต่ำและมีแนวโน้มลดลง โดยอยู่ที่ร้อยละ 7.3 และ ร้อยละ 23.7 ตามลำดับ จากการสำรวจใน พ.ศ. 2551-2552 ที่น่ากังวล คือ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ รวมถึงปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันของผู้หญิงไทยที่มีแนวโน้ม เพิ่มขึ้น

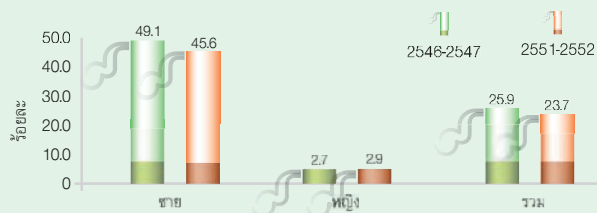
พฤติกรรมการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกาย อย่างเพียงพอ เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น แม้การเลือก ไม่กินอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพจะดีขึ้น แต่แนวโน้ม การบริโภคผักผลไม้ไม่เพียงพอกลับลดลง ซึ่งอาจจะ เป็นผลเชื่อมโยงไปยังปัญหาสืบเนื่อง เกี่ยวกับสถานการณ์ โรคอ้วนที่มีทิศทางแย่ลง โดยพบสัดส่วนของคนไทยที่มี ภาวะอ้วนและภาวะอ้วนลงพุงเพิ่มมากขึ้น

ด้านพฤติกรรมทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ในระยะเวลา 50 ปีที่ผ่านมา สัดส่วนหญิงคลอดบุตร ที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ต่อหญิงคลอดบุตรทั้งหมด เพิ่มขึ้น ถึงเกือบ 3 เท่า จากร้อยละ 5.6 ในปี พ.ศ. 2501 เป็น ร้อยละ 15.5 ในปี พ.ศ. 2551 โดยในกลุ่มประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี และต่ำกว่า 15 ปี มีอัตราการคลอด คิดเป็นร้อยละ 5.04 และร้อยละ 0.11 ตามลำดับ และมีทิศทางที่ปรับสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 10-14 ปี ส่งผลให้อายุเฉลี่ยของ แม่วัยรุ่นมีแนวโน้มลดต่ำลงเรื่อย ๆ

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

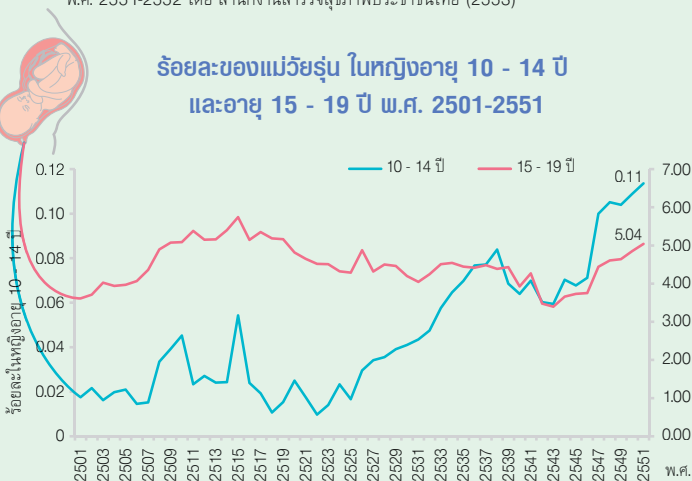


**ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่
พ.ศ. 2546-2547 และ พ.ศ. 2551-2552**



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

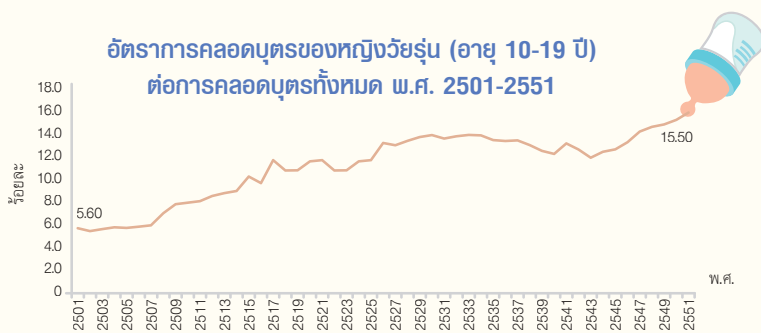
**ร้อยละของแม่วัยรุ่น ในหญิงอายุ 10 - 14 ปี
และอายุ 15 - 19 ปี พ.ศ. 2501-2551**



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

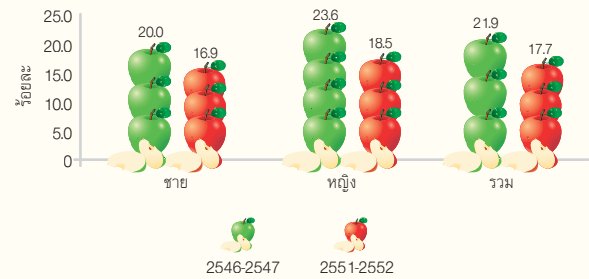
ที่มา: ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้ข้อมูลจาก สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลสำมะโนประชากร กระทรวงมหาดไทย

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

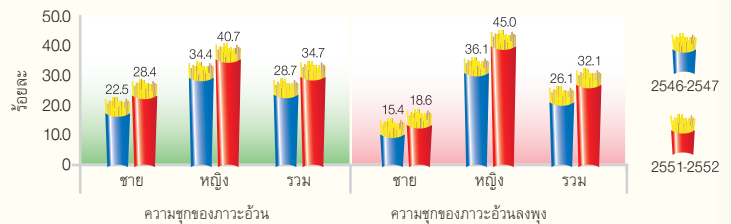


ที่มา: ปัทมา ว่าพัฒน์วงศ์. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้ข้อมูลจาก สถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลสำมะโนประชากร กระทรวงมหาดไทย

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

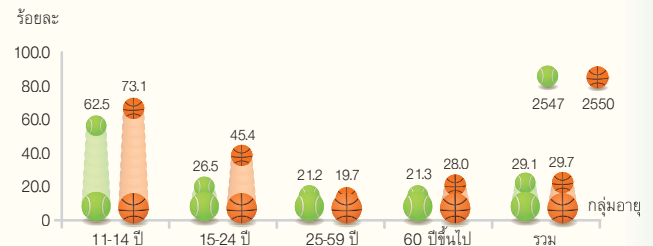


**ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะอ้วนและภาวะอ้วนลงพุง
พ.ศ. 2546-2547 และ พ.ศ. 2551-2552**



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

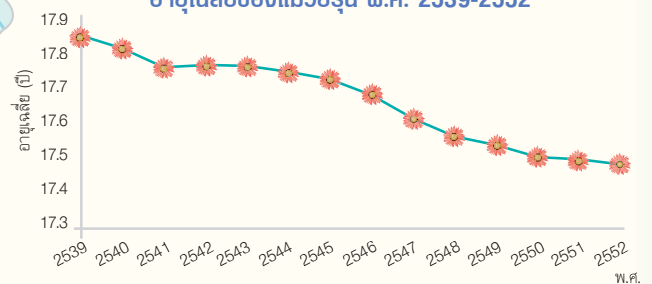
**ร้อยละของคนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไป ที่ออกกำลังกาย
พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2550**



หมายเหตุ: เฉพาะประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้สนใจความถี่และช่วงเวลา ในการออกกำลังกาย

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

อายุเฉลี่ยของแม่วัยรุ่น พ.ศ. 2539-2552



ที่มา: จงกล เลิศเอียรดำรง และคณะ, 2553, รายงานวิกฤตเศรษฐกิจ 2551-2552 กับระบบสุขภาพและสุขภาพของคนไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

5

คุณภาพสิ่งแวดล้อม

รังสรรค์ ปิ่นทอง

สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ

“คุณภาพสิ่งแวดล้อมดีขึ้น
หากรัฐ เอกชน ประชาชน ร่วมใจกัน”

แม้สถานการณ์ในภาพรวมของสภาวะ ‘อากาศเป็นพิษ น้ำเน่าเสีย ขยะและกลิ่นเหม็น’ จะดีขึ้น แต่ปัญหาก็ยังคงมีอยู่ การใส่ใจแก้ปัญหาร่วมกันอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น

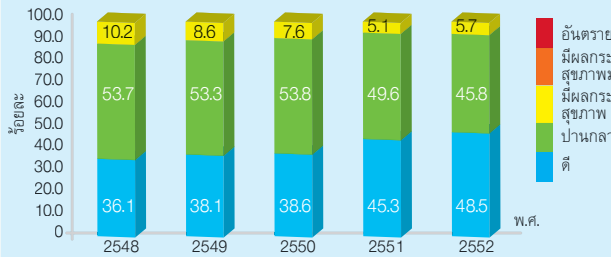
คุณภาพอากาศของประเทศไทยซึ่งวัดจากปริมาณสารพิษที่มีอยู่ในอากาศ อยู่ในเกณฑ์ที่ดีถึงปานกลาง และมีแนวโน้มดีขึ้นเรื่อยๆ ส่วนหนึ่งมาจากการออกกฎระเบียบให้เอกชนผลิตรถยนต์ และรถจักรยานยนต์ ที่ติดตั้งระบบควบคุมฝุ่นและควันพิษ รวมทั้งบังคับให้การก่อสร้างต้องควบคุมไม่ให้เกิดฝุ่น อย่างไรก็ตาม คนไทยในภาคกลางยังมีความเสี่ยงจากอาการระคายเคืองของระบบทางเดินหายใจ และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งอาจทำให้เกิดโรคมะเร็งจากปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) ที่ยังอยู่ในระดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน

จากการก่อสร้างระบบบำบัดน้ำเสียและเดินระบบอย่างต่อเนื่องในหลายพื้นที่ ทำให้คุณภาพน้ำของแหล่งน้ำจืดหลักในประเทศไทยดีขึ้น แต่ยังมีบางแห่ง

ที่เสื่อมโทรมและเสื่อมโทรมมากจากการปล่อยน้ำเสียโดยไม่ผ่านระบบบำบัด การจัดการกับปัญหาขยะโดยการนำกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่และการกำจัดอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ได้รับความร่วมมือจากภาคประชาชนและการให้ความสำคัญจากหน่วยงานภาครัฐเพิ่มมากขึ้น แต่ก็ยังพบการลักลอบทิ้งของเสียที่เป็นอันตรายอยู่บ่อยครั้ง

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

ดัชนีคุณภาพอากาศเฉลี่ยทั่วประเทศ พ.ศ. 2548 - 2552

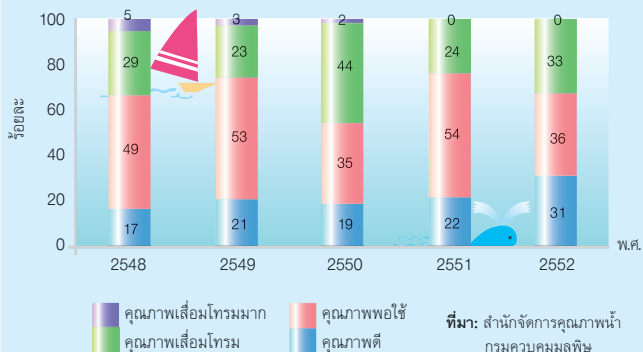


ที่มา: สำนักงานจัดการคุณภาพอากาศ กรมควบคุมมลพิษ

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

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

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



ที่มา: สำนักงานจัดการคุณภาพน้ำ กรมควบคุมมลพิษ

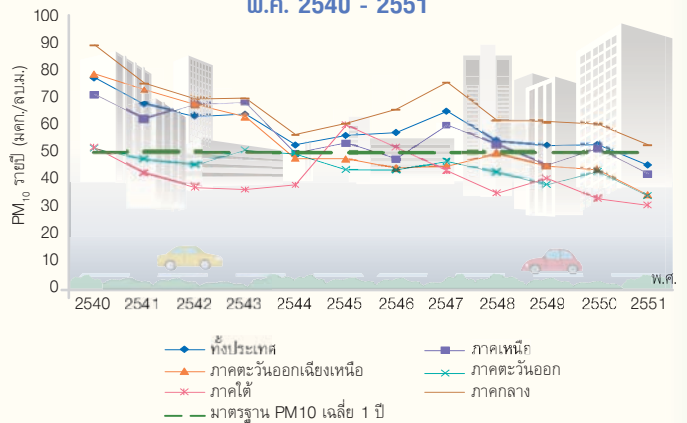
ปริมาณการนำเข้าสาร CFC พ.ศ. 2546 - 2553



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

ที่มา: กรมศุลกากร, สิงหาคม 2553

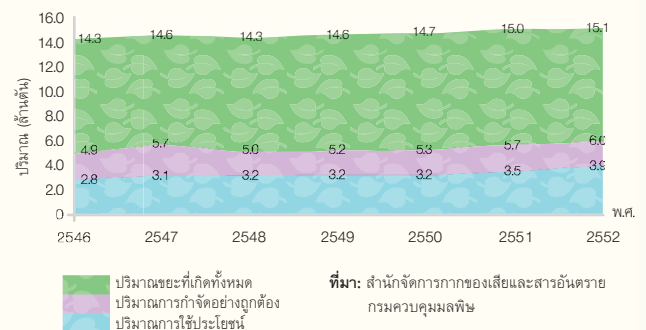
ปริมาณเฉลี่ยฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM10) พ.ศ. 2540 - 2551



หมายเหตุ: มาตรฐานปริมาณเฉลี่ย 1 ปี ไม่ควรเกิน 50 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร

ที่มา: สำนักงานจัดการคุณภาพอากาศ กรมควบคุมมลพิษ

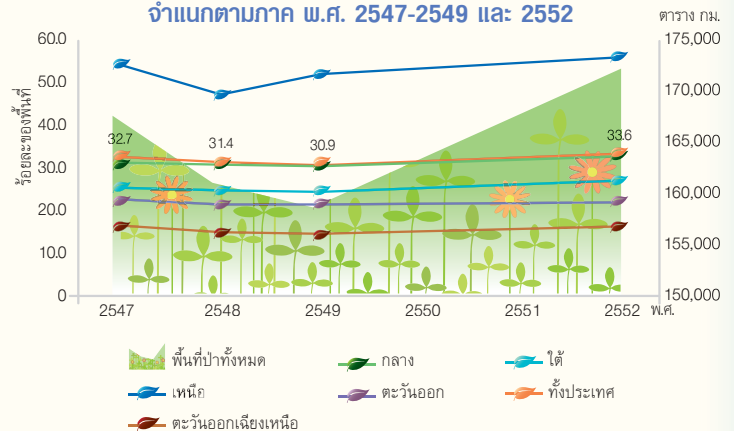
ปริมาณขยะทั้งหมด ขยะที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้อง และใช้ประโยชน์ พ.ศ. 2546-2552



ที่มา: สำนักงานจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ

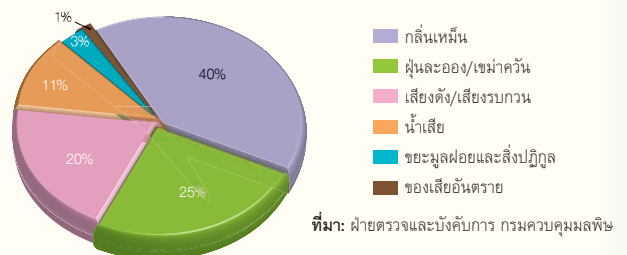
ร้อยละและพื้นที่ป่าไม้ของประเทศไทย

จำแนกตามภาค พ.ศ. 2547-2549 และ 2552



ที่มา: กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช

ปัญหาขยะมูลฝอยที่มีการร้องเรียน จำแนกตามประเภทปัญหา พ.ศ. 2552



ที่มา: ฝ่ายตรวจและบังคับการ กรมควบคุมมลพิษ

ความมั่นคงของชีวิต

คณะทำงานสุขภาพคนไทย

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

แม้ความเป็นอยู่ของคนไทยจะมีทิศทางดีขึ้นในภาพรวม การพัฒนาคนและคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะการศึกษา การประกอบอาชีพ การเข้าถึงสวัสดิการ และการปกป้องทางสังคม ยังคงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง

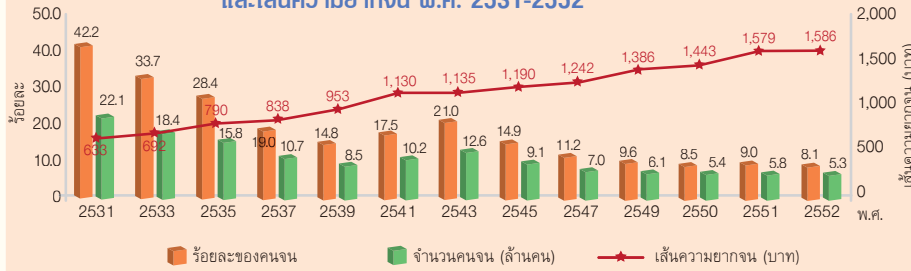
การเข้าถึงปัจจัยซึ่งสามารถตอบสนอง “ความต้องการขั้นพื้นฐาน” ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ได้แก่ อาหาร ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่ม และที่อยู่อาศัย อันเป็นเงื่อนไขสำคัญในการมีความมั่นคงของชีวิต สามารถชี้วัดได้โดยใช้ “เส้นความยากจน” ซึ่งเป็นเกณฑ์มูลค่าความต้องการพื้นฐานที่สะท้อนออกมาในรูปของทรัพยากรหรือระดับค่าใช้จ่ายขั้นต่ำที่จำเป็นของบุคคล ในช่วงกว่า 20 ปีที่ผ่านมา สัดส่วนประชากรใต้เส้นความยากจนของประเทศไทยได้ลดลงจากร้อยละ 42.2 (พ.ศ. 2531) เหลือเพียงร้อยละ 8.1 (พ.ศ. 2552) สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นอยู่ รวมถึงความมั่นคงของชีวิตที่ดีขึ้นของคนไทย แผนที่ความยากจนในช่วง 3 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2549 – 2551 แสดงให้เห็นถึงการปรับตัวที่ดีขึ้นของภาวะ

ความยากจนและความหนาแน่นของประชากรยากจนในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในภาคอีสาน ภูมิภาคที่มีประชากรยากจนอาศัยอยู่เกือบ 3 ใน 5 ของประชากรยากจนทั้งหมดในประเทศ แต่ในเชิง “อัตรา” คนไทยกลับรู้สึกว่าตนเองยากจนในสัดส่วนที่สูงกว่า โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ และภาคกลาง ซึ่งเป็นภูมิภาคที่มีสัดส่วนคนจนต่ำที่สุดเมื่อวัดด้วยเส้นความยากจน

แม้สัดส่วนคนจนจะลดลง แต่ 1 ใน 5 ของครัวเรือนไทยยังคงไม่มีบ้านและที่ดินที่อยู่อาศัยที่เป็นของตนเอง ประมาณ 2 ใน 3 ของครัวเรือนมีภาวะหนี้สิน และครัวเรือนจำนวนมากยังคงไม่มีเงินออม

ในอดีต การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุที่มีค่าใช้จ่ายสูงเป็นความเสี่ยงหนึ่งที่นำไปสู่ภาวะยากลำบาก ความยากจนและหนี้สินของคนไทย การมีหลักประกันทางสุขภาพเปรียบเสมือนการได้รับหลักประกันความมั่นคงของชีวิตที่มีนัยสำคัญในปัจจุบัน คนไทยที่ไม่มีหลักประกันทางสุขภาพพลดลงเหลือไม่ถึงร้อยละ 1

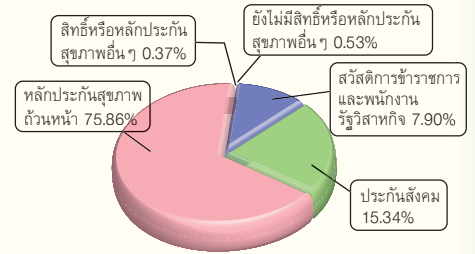
จำนวนและร้อยละของประชากรที่อยู่ใต้เส้นความยากจน (คนจน) และเส้นความยากจน พ.ศ. 2531-2552



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

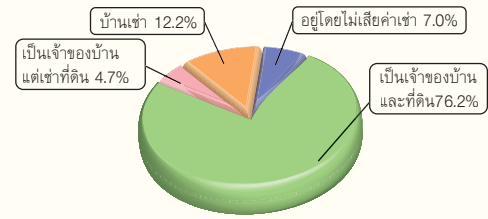
ที่มา: สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สิทธิ์และหลักประกันสุขภาพของคนไทย พ.ศ. 2552



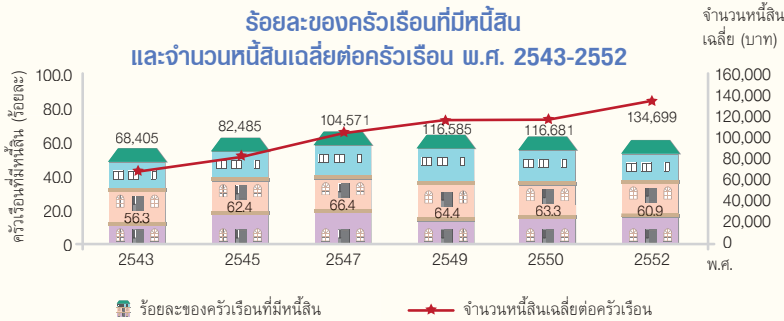
ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถานะการครอบครองที่อยู่อาศัยของครัวเรือนไทย พ.ศ. 2550



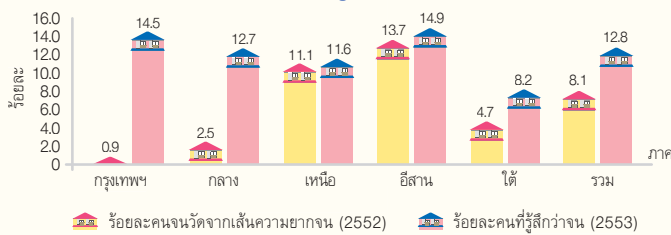
ที่มา: ประมวลจากข้อมูลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2543 - 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ร้อยละของครัวเรือนที่มีหนี้สิน และจำนวนหนี้สินเฉลี่ยต่อครัวเรือน พ.ศ. 2543-2552



ที่มา: รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ร้อยละของชนจน เปรียบเทียบโดยวัดด้วยเส้นความยากจน และวัดด้วยความรู้สึก จำแนกตามภาค



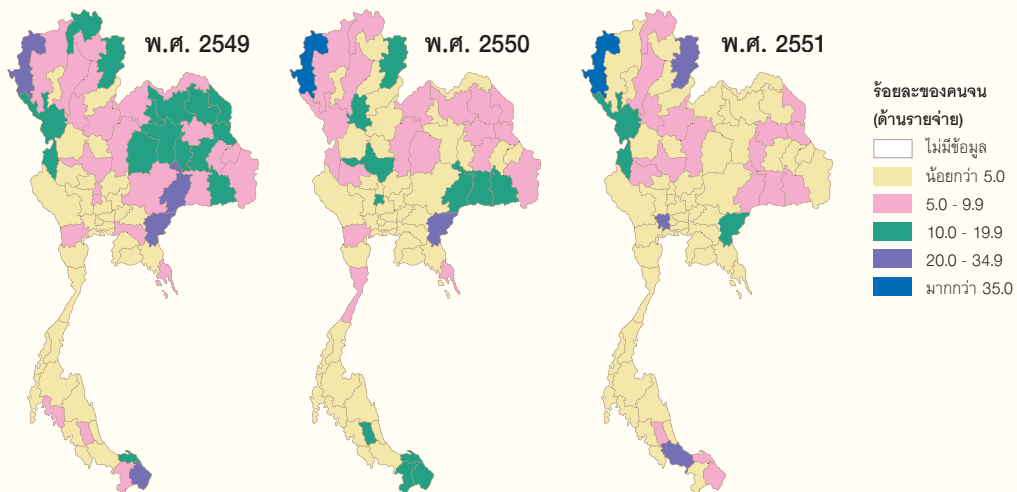
ที่มา: การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2552 และการสำรวจความเดือดร้อนและความต้องการของประชาชน พ.ศ. 2553 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

มูลค่าการออมภาคครัวเรือน พ.ศ. 2531 - 2551



ที่มา: สำนักนโยบายการออมและการลงทุน กระทรวงการคลัง

แผนที่ความยากจนของประเทศไทย พ.ศ. 2549-2551



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

ความสัมพันธ์ใน ครอบครัว

ดร.สาวิตรี ทยานศิลป์

สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

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

**สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว สร้างได้โดยการสื่อสาร
ที่ดีต่อกัน มีเวลาอยู่ร่วมกันอย่างคุ้มค่า แบ่งปันใส่ใจกัน
และกัน แต่จากสถานการณ์ของครอบครัวเลี้ยงเดี่ยวที่
เพิ่มขึ้น ทำให้เราต้องหันมามองความเข้าใจกับสภาพปัญหา
และให้ความสำคัญอย่างจริงจัง**

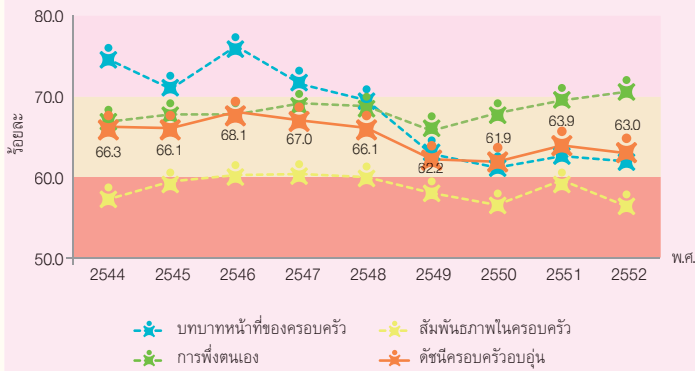
“การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในครอบครัว”
เป็นปัจจัยที่เกื้อหนุนให้คนในครอบครัวมีความรัก ความ
ผูกพัน มีความเข้าใจกัน อดภัยให้กัน และช่วยเหลือเกื้อกูล
กันเมื่อยามต้องเผชิญปัญหาอุปสรรค ก่อให้เกิดเป็น
ครอบครัวอันอบอุ่น แต่สัมพันธภาพที่อ่อนแอ จะส่งผล
ให้ครอบครัวขาดความอบอุ่นและมีการหย่าร้างในอัตราที่
สูงขึ้น ความจริงนี้กำลังเกิดขึ้นกับสังคมไทย จากดัชนี
ครอบครัวอบอุ่นที่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง อีกทั้ง
มีทิศทางที่แย่ลง โดยเฉพาะในด้านบทบาทหน้าที่ของ
ครอบครัว ในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ให้การดูแลผู้สูงอายุ
และการหาเลี้ยงครอบครัวของสมาชิกวัยแรงงาน
นอกจากนี้ จากการศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาวะครอบครัว ใน
พ.ศ. 2552 พบว่า ครอบครัวไทยจำนวนมาก ละเลยการ
ปฏิบัติสิ่งดี ๆ ที่ช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้น
ในครอบครัว เช่น การใช้วาจาที่ไพเราะต่อกัน การกล่าว

คำขอโทษหรือขอบคุณคนในครอบครัว การแสดงความ
รักต่อกันด้วยการโอบกอดหรือสัมผัสเป็นประจำ กิจกรรม
สำหรับทุกคนในครอบครัวเป็นเรื่องที่ดูเหมือนจะถูกชะ
เลยอย่างมาก เพราะมีไม่ถึงครึ่งของครอบครัวไทยที่ใช้เวลา
ที่พอจะมีกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเป็นประจำ

จากการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2551 พบว่า
เด็กไทยอายุระหว่าง 0 – 17 ปี ที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อ
และแม่ หรืออาศัยอยู่ในครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ซึ่งหมายถึง
ครอบครัวที่มีเพียงพ่อคนเดียวหรือแม่คนเดียวมีสัดส่วน
ที่สูง โดยสูงที่สุดในภาคเหนือและภาคอีสาน จากงาน
ศึกษาของ ศิวพร ปกป้อง (2552) เฉลี่ยแล้วพ่อแม่
เลี้ยงเดี่ยวจะต้องดูแลลูกถึงเกือบ 2 คน โดยอายุเฉลี่ย
ของลูกคนเล็กสุดที่ต้องดูแลคือ 8.6 ปี

ลักษณะของครอบครัวที่มีเพียง “พ่ออยู่กับลูก” หรือ
“แม่อยู่กับลูก” นำมาซึ่งความหวงกังวลต่อความไม่มั่นคง
และความเครียดกับบทบาทใหม่ ที่ต้องรับภาระในการ
จัดการเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัวเพียงคนเดียว
ปัญหาสำคัญที่พ่อแม่เลี้ยงเดี่ยวต้องเผชิญคือ ปัญหาความ
สัมพันธ์กับลูก ปัญหาทางเศรษฐกิจการเงิน การมีรายได้
และมั่งคั่งไม่มากนัก นอกจากนี้ปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่เติบโต
มาจากครอบครัวที่มีพ่อหรือแม่ดูแลเพียงลำพังก็เป็นเรื่อง
ที่ต้องให้ความสำคัญ

ดัชนีครอบครัวอบอุ่นและองค์ประกอบ พ.ศ. 2544-2552

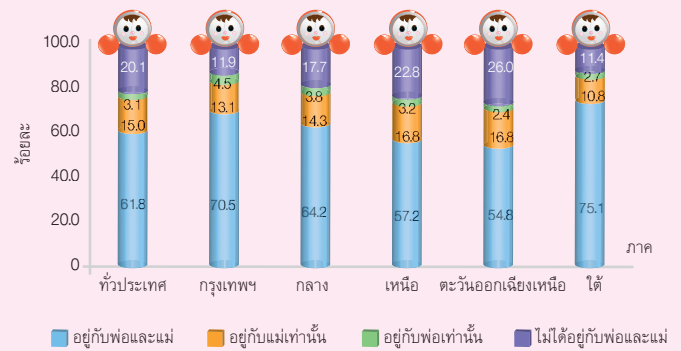


ที่มา: พ.ศ. 2544 -2548 จาก "ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย: ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (มกราคม 2552)", พ.ศ. 2549 - 2552 จาก "รายงานการติดตามประเมินผล 3 ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (สิงหาคม 2553)", สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

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

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

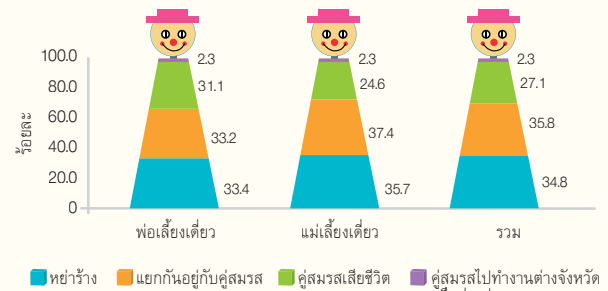
ร้อยละของเด็กไทยอายุ 0-17 ปี จำแนกตามการอยู่อาศัยกับพ่อแม่ พ.ศ. 2551



หมายเหตุ: ร้อยละของเด็กอายุ 0-17 ปี ที่อาศัย "อยู่กับพ่อเท่านั้น" หรือ "อยู่กับแม่เท่านั้น" เป็นตัวชี้วัดที่นำเสนอแทน "ร้อยละพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว" ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความสัมพันธในครอบครัวตามกรอบ "ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ"

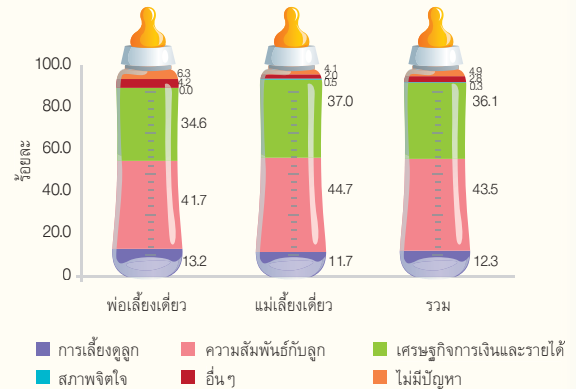
ที่มา: รายงานการสำรวจเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2551 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ร้อยละของพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว จำแนกตามสาเหตุ



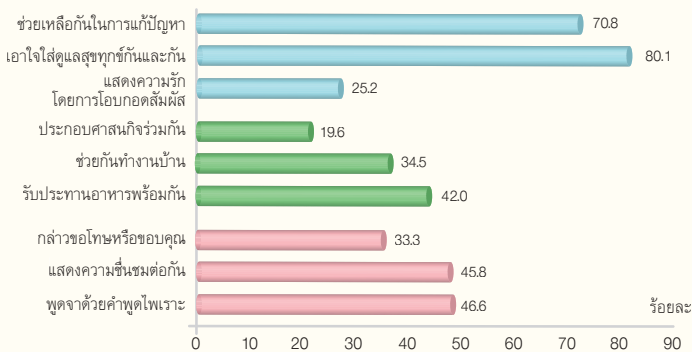
ที่มา: การสำรวจความคิดเห็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว พ.ศ.2552. ศิวพร ปกป้อง สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ร้อยละของพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว จำแนกตามปัญหาที่ต้องเผชิญมากที่สุด



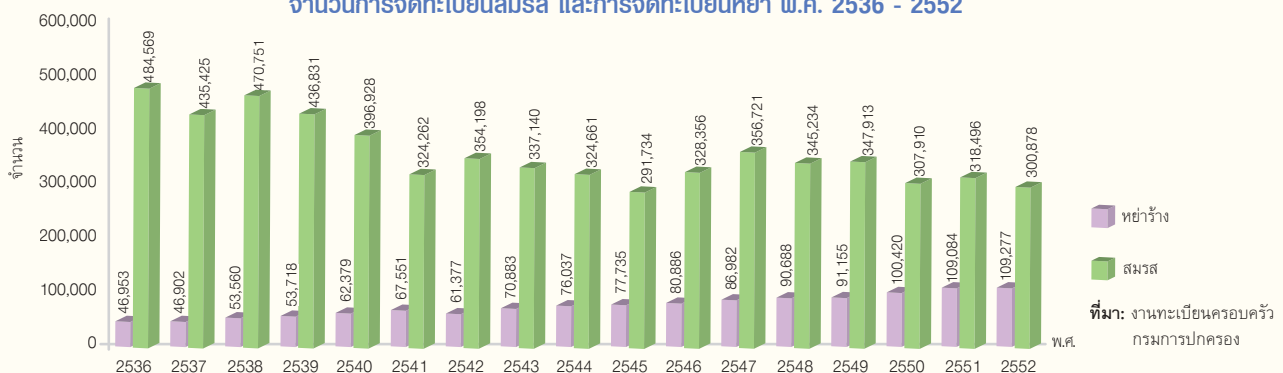
ที่มา: การสำรวจความคิดเห็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว พ.ศ. 2552. ศิวพร ปกป้อง. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ดัชนีชีวิตครอบครัวสื่อสารดี มีเวลาด้วยกัน และแบ่งปันใส่ใจกันและกัน



ที่มา: โครงการสร้างดัชนีชี้วัดสุขภาวะครอบครัว. 2552 โดย ศิวพร ปกป้อง, สวัสดิ์ ทยานศิลป์ จิรนนท์ ชำนาญ และสาธิต จันทระเจริญ. สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

จำนวนการจดทะเบียนสมรส และการจดทะเบียนหย่า พ.ศ. 2536 - 2552



ที่มา: งานทะเบียนครอบครัว กรมการปกครอง

ศักยภาพชุมชน

คณะทำงานสุขภาพคนไทย

“เกือบร้อยละ 90 ของหมู่บ้านไทย
มีการจัดสวัสดิการชุมชน แต่มีเพียงร้อยละ 34.7 เท่านั้น
ที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง”

การพัฒนาตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง
ส่งผลให้ชุมชนไทยมีศักยภาพและความเข้มแข็งเพิ่มขึ้น
อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการเกื้อกูลกันในชุมชน แต่ก็ยัง
อยู่ในระดับต่ำ ความสามารถในการบริหารจัดการและ
พึ่งตนเองขององค์กรชุมชนในระยะยาวยังคงเป็นประเด็น
ที่ต้องเร่งส่งเสริม

ชุมชนที่เข้มแข็งเป็นปึกแผ่น มีความสามัคคีและ
เอื้ออาทรต่อกัน มีศักยภาพในการพึ่งตนเองและเรียนรู้
เพื่อปรับตัวรับการเปลี่ยนแปลง เป็นเงื่อนไขและปัจจัย
หนึ่งที่สำคัญต่อการมีสุขภาวะที่ดีของคนในชุมชน
นั้นๆ

“ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง” ที่ให้เห็นว่า ชุมชนไทยมีความ
เข้มแข็งในระดับที่ต้องเร่งแก้ไขและปรับปรุง อย่างไรก็ตาม
จากการพัฒนาทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมตามแนวคิด
เศรษฐกิจพอเพียง ความเข้มแข็งของชุมชนปรับเปลี่ยน
อย่างต่อเนื่อง โดยสูงขึ้นเกือบเท่าตัวในช่วง พ.ศ. 2549 –
2552 โดยเฉพาะในด้านการเกื้อกูลกันของชุมชนที่มี

ทิศทางดีขึ้นอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม องค์กรชุมชน
อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพึ่งตนเองของชุมชน
กลับพบว่าอ่อนแอลง

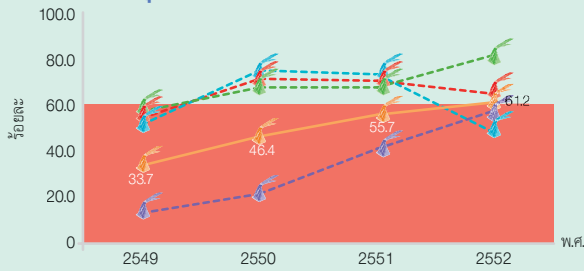
องค์กรชุมชน เช่น กลุ่มสหกรณ์และกลุ่มเกษตรกร
ที่มีความเข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ในทางเศรษฐกิจ โดยสามารถ
บริหารจัดการการเงินภายในกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพใน
ระดับมั่นคงขึ้นไป มีเพียงประมาณ 1 ใน 4 ของทั้งหมด
แม้ในภาพรวม การรวมกลุ่มอาชีพ กลุ่มธุรกิจ วิสาหกิจ
และการจัดสวัสดิการชุมชน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง
ของชุมชนจะมีเพิ่มมากขึ้น แต่พบว่าความต่อเนื่องและ
ความยั่งยืนของกิจกรรมการดำเนินงานยังอยู่ในอัตราที่ต่ำ
ซึ่งเป็นประเด็นที่ยังคงต้องให้ความสำคัญ

การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนไทยควร
มุ่งเน้นการสร้างศักยภาพของชุมชนในการสร้างเศรษฐกิจ
ฐานรากให้แข็งแรง การมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน
การจัดการองค์ความรู้ ภูมิปัญญา รวมถึงการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ และสร้างเครือข่ายชุมชน เพื่อความต่อเนื่องและ
การพึ่งตนเองของชุมชนได้ในระยะยาว

“ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง” ตามกรอบตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ เป็นดัชนีรวม (composite index) ซึ่งยังไม่มีกำหนดองค์ประกอบที่ชัดเจน
โดยได้ให้คำนิยาม “ความเข้มแข็งของชุมชน” ไว้ว่า หมายถึง “การที่ชุมชนมีการรวมตัวกันเป็นปึกแผ่น มีศักยภาพในการพึ่งตนเองและ
การเรียนรู้ในระดับสูง มีองค์กรในชุมชน กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง และภาคีเครือข่ายการพัฒนา ที่เข้มแข็งของชุมชน รวมทั้งมีความสามัคคี
เอื้ออาทรอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข และธำรงไว้ซึ่งคุณค่าของประเพณีวัฒนธรรมและภูมิปัญญา ที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชนหรือท้องถิ่น
หรือเอกลักษณ์ความเป็นไทยได้อย่างต่อเนื่อง”

“ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง” ที่นำเสนอ จัดทำโดย สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่ง
ของ “ดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย” โดยประกอบด้วย 2 องค์ประกอบด้วยกัน คือ 1. ชุมชนพึ่งตนเองได้ (ชี้วัดจาก 1.1 ความ
เข้มแข็งขององค์กรชุมชน และ 1.2 การเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างต่อเนื่อง) และ 2. ชุมชนเกื้อกูลกัน (ชี้วัดจากการมีสวัสดิการชุมชน)

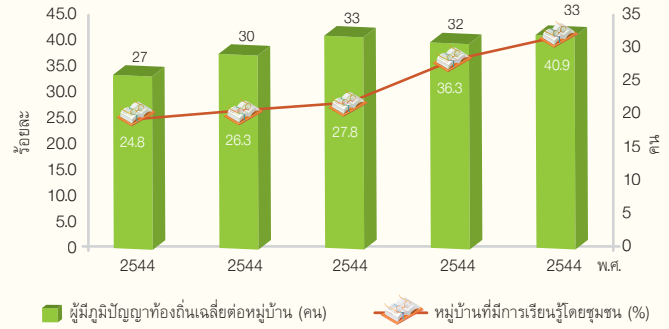
ดัชนีชุมชนเข้มแข็งและองค์ประกอบ พ.ศ. 2549 - 2552



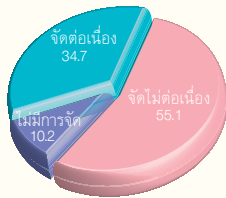
- 1. ชุมชนพึ่งตนเองได้
- 1.2 การเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง
- 1.1 ความเข้มแข็งขององค์กรชุมชน
- 2. ชุมชนเกื้อกูลกัน (การมีสวัสดิการชุมชน)
- 2.1 ดัชนีชุมชนเข้มแข็ง

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

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

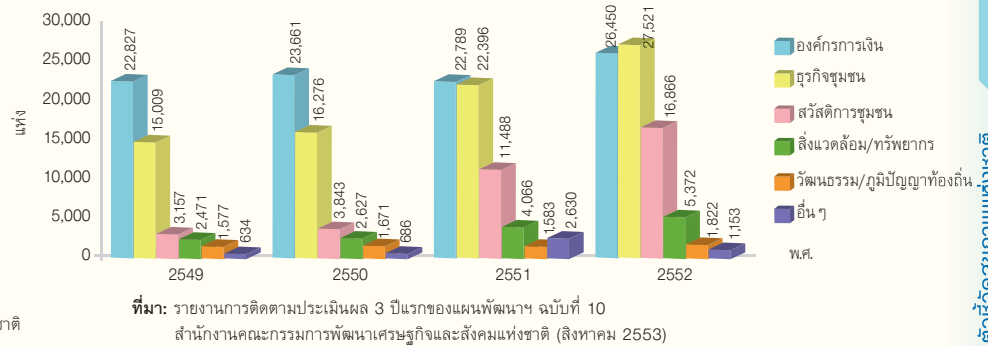
ร้อยละหมู่บ้านที่มีการเรียนรู้โดยชุมชน
และจำนวนผู้มีภูมิปัญญาท้องถิ่นเฉลี่ยต่อหมู่บ้าน พ.ศ. 2544 - 2552

หมายเหตุ: "การเรียนรู้โดยชุมชน" สืบวัดโดยการมีประชาชนชาวบ้านหรือศูนย์เรียนรู้ของชุมชน
ที่มา: พ.ศ. 2544 - 2548 จาก ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย: ปีแรกของแผนพัฒนาฯ
ฉบับที่ 10 (มกราคม 2552), พ.ศ. 2549 -2552 จาก รายงานการติดตามประเมินผล
3 ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (สิงหาคม 2553) สำนักงานคณะกรรมการ
พัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ร้อยละหมู่บ้านที่มีการจัดสวัสดิการชุมชน
จำแนกตามระดับความต่อเนื่อง พ.ศ. 2550

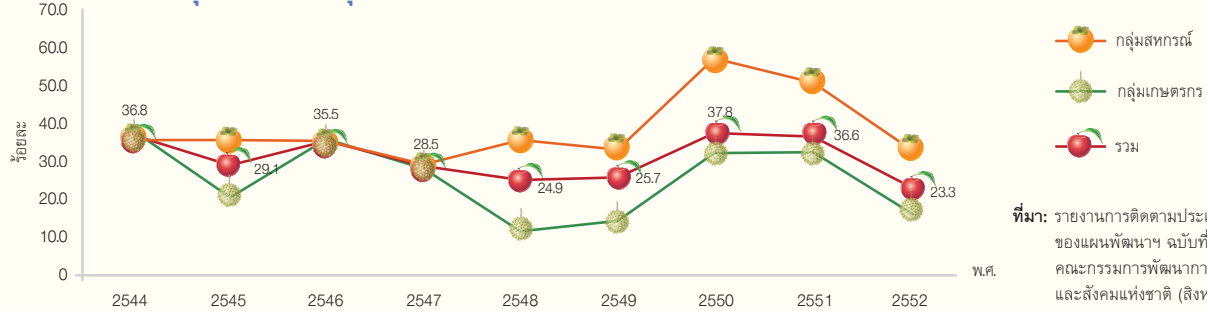
ที่มา: ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย :
ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (มกราคม 2552)
สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

จำนวนองค์กรชุมชน จำแนกตามประเภทองค์กร พ.ศ. 2549 - 2552



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

ร้อยละกลุ่มสหกรณ์และกลุ่มเกษตรกรที่มีเสถียรภาพทางการเงินมั่นคงมากและมั่นคง พ.ศ. 2544 - 2552



ที่มา: รายงานการติดตามประเมินผล 3 ปีแรกของแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 สำนักงาน
คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ
และสังคมแห่งชาติ (สิงหาคม 2553)

ยุทธศาสตร์ "การฟื้นฟูชุมชนท้องถิ่น" กับเป้าหมาย "ชุมชนเข้มแข็งพึ่งตนเอง"

"ขบวนการองค์กรชุมชน" ซึ่งเป็นเครือข่ายองค์กรชุมชนในประเทศไทย ในระดับต่างๆ ที่มีบทบาทในการจัดการแก้ไขปัญหาและการจัดการงานพัฒนาด้านต่างๆ รวมถึงการวางแผนกำหนดทิศทางพัฒนาของชุมชนโดยการส่งเสริมและสนับสนุนจาก สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน) ได้กำหนดยุทธศาสตร์การฟื้นฟูชุมชนท้องถิ่น มุ่งเน้นการฟื้นฟูชุมชนท้องถิ่นโดยใช้สภาองค์กรชุมชนเป็นแกนหลักและใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งในการพัฒนา และมีตัวชี้วัดและเป้าหมายการพัฒนา ดังนี้

1. คนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เน้นการพึ่งตนเองและพอเพียง
2. ชุมชนกำหนดอนาคตจัดการชุมชนและทรัพยากรได้
3. เกิดการพัฒนาแบบองค์รวมเชื่อมโยงประเด็นงานต่างๆ เข้าด้วยกัน
4. เกิดความสัมพันธ์ไมตรีระหว่างชุมชนท้องถิ่นและหน่วยงานภาคต่างๆ
5. ครอบครัวอบอุ่นอยู่ดีกินดีไม่มีหนี้สิน
6. สามารถรักษากันให้อยู่ในท้องถิ่นคนท้องถิ่นทำงานหรืออยู่ข้างนอกกลับคืนถิ่นฐานเดิม
7. วัฒนธรรมภูมิปัญญาและทุนทางสังคมได้รับการฟื้นฟูกลับมาเป็นฐานในการดำเนินชีวิตคนมีความภูมิใจในท้องถิ่นของตนเอง
8. เกิดกระบวนการเรียนรู้และขยายผลสู่พื้นที่ข้างเคียง

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

ความมั่นคงของสังคม

คณะทำงานสุขภาพคนไทย

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

เมื่อ “ช่องว่าง” และ “ความแตกต่าง” ระหว่าง
กลุ่มคนหรือชนชั้นแคบลง ประชาชนมีความมั่นคงในชีวิต
และคุณภาพการดำรงชีพที่ดีขึ้นและเท่าเทียมกันมากขึ้น
สังคมก็ย่อมมีความมั่นคงและความสงบสุขเช่นกัน

ตลอด 20 ปีที่ผ่านมา ช่องว่างทางเศรษฐกิจของ
คนไทยอยู่ในระดับที่สูงและไม่มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง
ไปในทางที่ดีขึ้น รายได้เฉลี่ยของคนรวยที่สุด 20%
เมื่อเทียบกับคนจนที่สุด 20% ในประเทศสูงถึง 11 – 15
เท่า กลุ่มคนรวยที่สุด มีรายได้ถึงร้อยละ 54 – 59 ของ
รายได้รวมทั้งประเทศ ในขณะที่กลุ่มคนจนที่สุดมีสัดส่วน
น้อยกว่าร้อยละ 5 อย่างไรก็ตามก็ดี โครงการความช่วยเหลือ
ต่างๆ จากภาครัฐ เช่น เงินสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุและ
ผู้พิการ อาหารกลางวันฟรีแก่นักเรียน และทุนการศึกษา
จากรัฐที่ครอบคลุมคนจนผู้มีรายได้น้อยเป็นส่วนใหญ่

รวมถึงนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ให้
ความคุ้มครองด้านค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย
ซึ่งเป็นภาระและความเสี่ยงที่สำคัญในกลุ่มคนจน นับเป็น
ความพยายามซึ่งจะมีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาชีวิต
ความเป็นอยู่ของคนจนและลดช่องว่างทางเศรษฐกิจใน
สังคมได้

ประเด็นที่น่ากังวลเกี่ยวกับความมั่นคง รวมถึงความ
สงบสุขของสังคมไทยในปัจจุบันคือ ปัญหาเสถียรภาพ
ทางการเมืองที่ตกต่ำลงอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ พ.ศ. 2546
ปัญหายาเสพติดที่มีจำนวนคดีที่เกี่ยวข้องเพิ่มสูงขึ้นกว่า
3 เท่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา รวมถึงข้อกังวลในเรื่องคุณภาพ
ของระบบการศึกษาของประเทศซึ่งเป็นเงื่อนไขที่สำคัญ
ต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์และเสริมสร้างความมั่นคง
ให้แก่สังคมอย่างยั่งยืนในระยะยาว

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

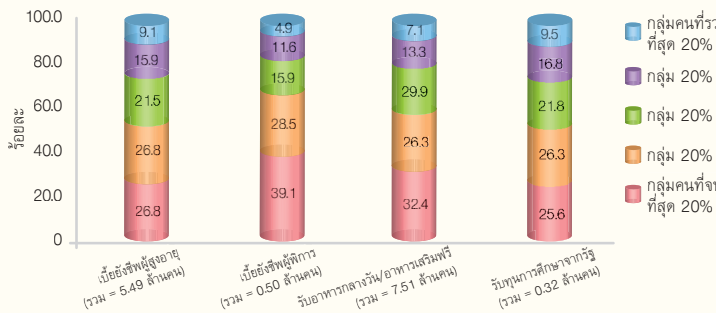


รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)

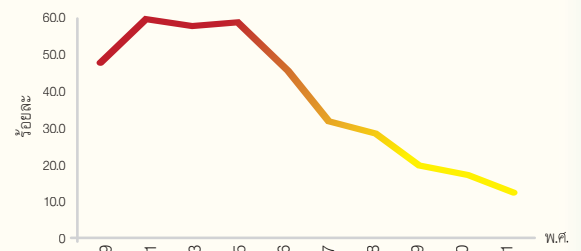
คนที่จนที่สุด 20%	244	296	371	451	623	722	666	817	982	1,057	1,224	1,503
คนที่รวยที่สุด 20%	2,897	3,927	5,525	6,342	8,412	9,417	9,687	10,808	11,871	14,707	15,248	16,993

ที่มา: สำนักพัฒนาฐานข้อมูลและตัวชี้วัดภาวะสังคม สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

สวัสดิการภาครัฐ 4 ประเภท จำแนกตามกลุ่มประชากร โดยสถานภาพทางเศรษฐกิจ พ.ศ. 2552



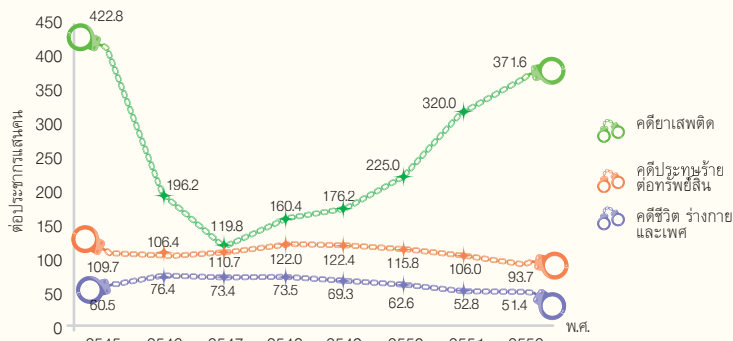
ดัชนีเสถียรภาพทางการเมืองของประเทศไทย โดยธนาคารโลก พ.ศ. 2539-2551



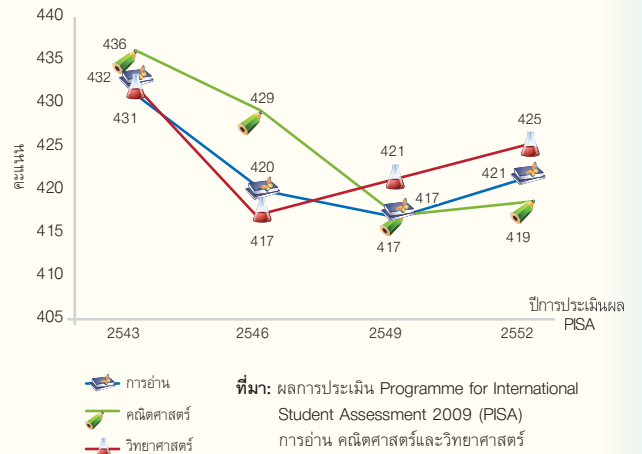
27

ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

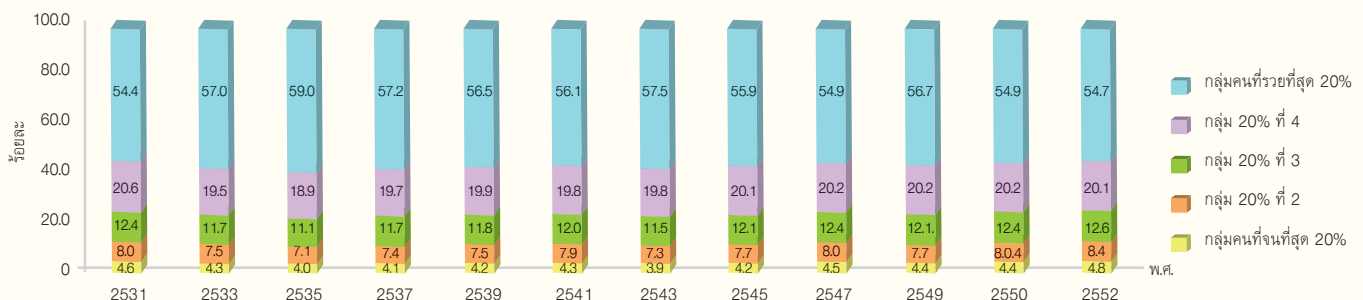
สัดส่วนคดีอาชญากรรมต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2545 - 2552



ผลการประเมินความรู้และทักษะนักเรียน ด้านการอ่าน คณิตศาสตร์ และวิทยาศาสตร์ พ.ศ. 2543 - 2552



สัดส่วนรายได้รวมทั้งประเทศ จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ พ.ศ. 2531 - 2552



ความเป็นธรรมและ การเข้าถึงบริการสุขภาพ

นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

“ครอบครัวไทยที่ยากจนจากค่ารักษาพยาบาลลดลงกว่า 3 เท่า
หลังจากมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แต่การกระจายทรัพยากรทางการแพทย์
ยังมีความเหลื่อมล้ำสูง”

**การให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพต้องอาศัยระบบ
บริการที่เชื่อมโยงกัน ตั้งแต่การทราบถึงอาการขณะอยู่ใน
ชุมชน การวินิจฉัยของหน่วยบริการปฐมภูมิ และการส่งต่อ
ตลอดจนการจัดระบบบริการของโรงพยาบาลใหญ่**

ประเทศไทยจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
แก่ประชาชนตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญใน
การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นแก่ประชาชน
และลดภาระค่าใช้จ่ายของครัวเรือนในการใช้บริการ เพื่อ
ให้เกิดความเป็นธรรมในระบบบริการสุขภาพ ในเบื้องต้น
สามารถพิจารณาความเป็นธรรมนี้ได้สามมิติคือ การ
อุดหนุนงบประมาณของภาครัฐ การคุ้มครองครัวเรือน
จากความยากจนอันเนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล
และการเข้าถึงบริการ

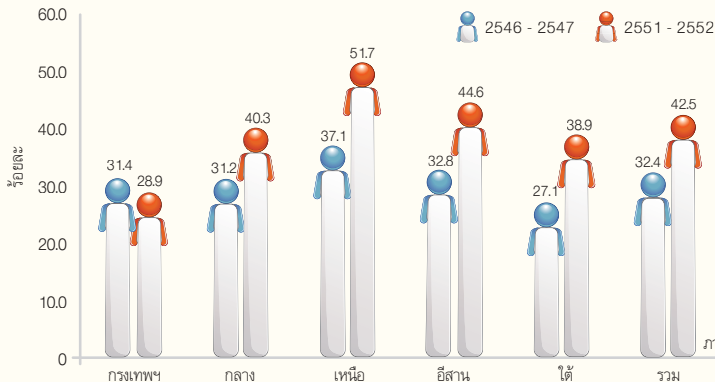
การอุดหนุนงบประมาณภาครัฐ ในด้านสุขภาพ
ของไทยมีลักษณะโน้มเอียงไปยังคนจน สำหรับบริการ
ผู้ป่วยนอก แต่โน้มเอียงไปยังคนมีฐานะดี สำหรับบริการ
ผู้ป่วยใน โดยในช่วง พ.ศ. 2549 – 2552 การอุดหนุนต่อ
คนที่มีฐานะดีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คงปฏิเสธไม่ได้ว่ามาจากการ
เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของรายจ่ายในระบบสวัสดิการ
รักษาพยาบาลข้าราชการ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในชั้นรายได้ที่สูง

หากระบบประกันสุขภาพทำหน้าที่ได้อย่าง
มีประสิทธิภาพ ไม่ควรมีใครต้องยากจนหรือต้อง
หมดเนื้อหมดตัวอันเนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล

การที่ประเทศไทยมีหลักประกัน
สุขภาพถ้วนหน้าสามารถช่วยแก้ปัญหา
ความยากจนได้ระดับหนึ่ง จำนวนครัวเรือนที่ยากจน
จากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลงจาก 280,000
ครัวเรือน ใน พ.ศ. 2543 เหลือเพียง 88,000 ครัวเรือน
ใน พ.ศ. 2551 และลดลงในทุกภาคของประเทศ
โดยอัตราการลดลงสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
และครัวเรือนในชนบท

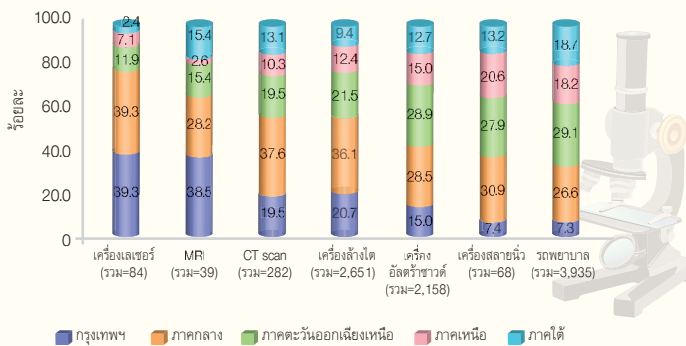
บริการสุขภาพที่สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการของ
คนไทย ได้แก่ การได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษา
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่ม
โรคเรื้อรังที่มีสัดส่วนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นในปัจจุบัน การตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดใน
หญิงไทยสามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าตรวจพบในระยะ
เริ่มต้นและได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง โรคกล้ามเนื้อ
หัวใจตายเฉียบพลันจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบซึ่งเป็น
โรคที่พบบ่อยขึ้นและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ แต่หาก
ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดอย่างทันท่วงทีก็สามารถ
ป้องกันการเสียชีวิตได้ ในขณะนี้ พบว่า เพียงร้อยละ 28.5
และร้อยละ 20.9 เท่านั้น ของผู้ที่เป็นเบาหวานและ
ความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา
และสามารถควบคุมโรคได้ อัตราการได้รับการบริการคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกแม้จะดีขึ้นแต่ยังอยู่ในระดับต่ำเพียง
ร้อยละ 42.5 ของหญิงไทยในวัย 15 – 59 ปี ร้อยละ
ของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยา
ละลายลิ่มเลือดก็ยังอยู่ในระดับต่ำมากแม้ว่าจะมีแนวโน้ม
เพิ่มขึ้นก็ตาม

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



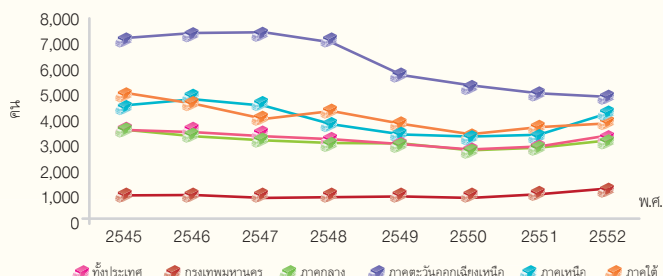
ที่มา: 1) การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2549)
2) รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2553)

การกระจายครุภัณฑ์ทางการแพทย์ จำแนกตามภาค พ.ศ. 2552



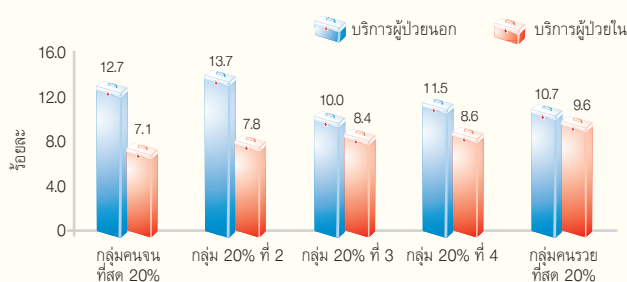
ที่มา: ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารติดตามผลการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข (<http://moc.moph.go.th/index.php>)

อัตราส่วนประชากรต่อแพทย์ 1 คน จำแนกรายภาค พ.ศ. 2545-2552



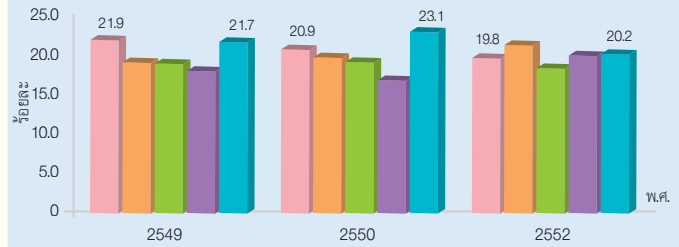
ที่มา: ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารติดตามผลการดำเนินงาน กระทรวงสาธารณสุข (<http://moc.moph.go.th/index.php>)

ผลประโยชน์ทางสุขภาพที่ได้รับจากงบประมาณรัฐ จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ และตามประเภทบริการ พ.ศ. 2552



ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

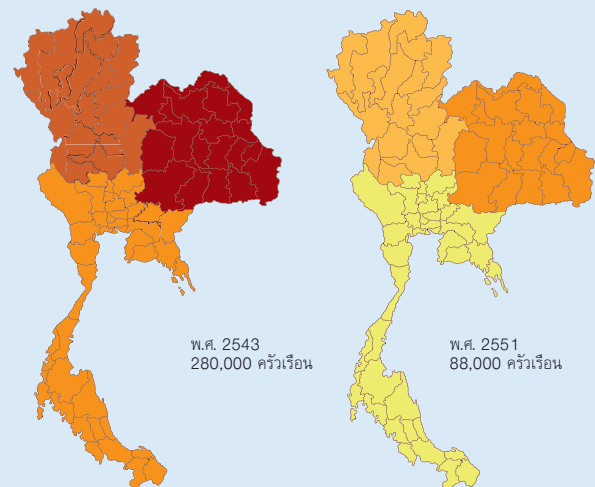
ผลประโยชน์ทางสุขภาพที่ได้รับจากงบประมาณรัฐ จำแนกตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ พ.ศ. 2549 - 2552



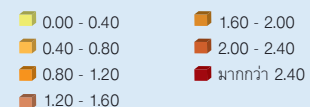
หมายเหตุ: ผลประโยชน์ทางสุขภาพที่ได้รับจากงบประมาณรัฐ เมื่อกระจายตามกลุ่มประชากรตามระดับรายได้ 5 กลุ่ม อย่างเท่าเทียม ควรมีสัดส่วนเป็นร้อยละ 20 เท่ากัน ในทุกกลุ่มประชากร

ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

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



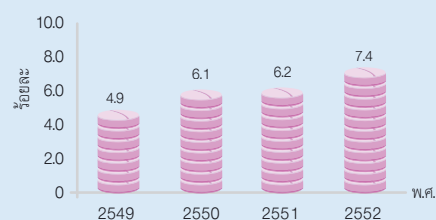
ร้อยละครัวเรือนที่ยากจนจากคำรักษาพยาบาล



หมายเหตุ: จำนวนครัวเรือน และการกระจายของความยากจนจากคำรักษาพยาบาล เป็นข้อมูลสะท้อน "ผลกระทบความยากจนจากค่าใช้จ่ายด้านบริการสาธารณสุข" ซึ่งเป็นตัวชี้วัดความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการ ตามกรอบ "ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ"

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

ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด พ.ศ. 2549 - 2552



ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในประกันสังคม สวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

จิตปราณี วาสวาท

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

“ประเทศไทยมีระดับสุขภาพที่ดีเมื่อเทียบกับรายจ่ายด้านสุขภาพ นับได้ว่าระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยมีประสิทธิภาพ”

แนวโน้มรายจ่ายสุขภาพที่สูงขึ้น ชี้ว่าระบบบริการสุขภาพของไทยควรต้องกำหนดนโยบายและทิศทางมาตรการในการติดตามและกำกับรายจ่ายให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านยา

เมื่อเทียบสถานะทางสุขภาพกับรายจ่ายสุขภาพต่อหัว กล่าวได้ว่า คนไทยมีสถานะสุขภาพที่ดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอื่น ซึ่งเป็นภาพสะท้อนถึงประสิทธิภาพที่ดีของระบบบริการสุขภาพในมิติหนึ่ง รายจ่ายสุขภาพรวมของไทยคิดเป็นร้อยละ 3.5 – 4.0 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ซึ่งเป็นระดับ

ที่ต่ำเมื่อเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เพียงร้อยละ 18 ของรายจ่ายสุขภาพรวมเป็นรายจ่ายที่มาจากภาคครัวเรือน ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ลดลงอย่างต่อเนื่องกว่า 2 เท่า ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา

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

มูลค่าและจำนวนครั้งการส่งใช้ยานอกบัญชียาหลัก ใน 26 โรงพยาบาล ภายใต้ระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการ จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลปีงบประมาณ พ.ศ. 2552

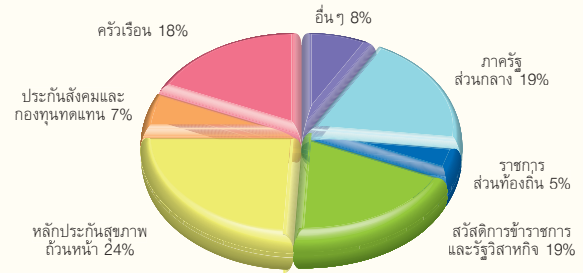
รายการ	มหาวิทยาลัย	สังกัดอื่น	กระทรวงสาธารณสุข	รวม
จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)	6	7	13	26
1. มูลค่ารวมยาทั้งหมด (บาท)	5,996,840,443	4,419,368,934	2,768,688,682	13,184,898,059
- ยานอกบัญชียาหลักฯ	3,977,682,096	3,001,123,630	1,833,519,130	8,812,324,856
- ร้อยละ	66.3	67.9	66.2	66.8
2. จำนวนครั้งการส่งใช้ (รวม)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

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

ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย และเครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข 2553, รายงานการใช้ยาผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายและมาตรการควบคุมการจ่ายยาของโรงพยาบาลนำร่อง กรณีผู้ป่วยนอกในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการปีงบประมาณ 2552, หน้า 12

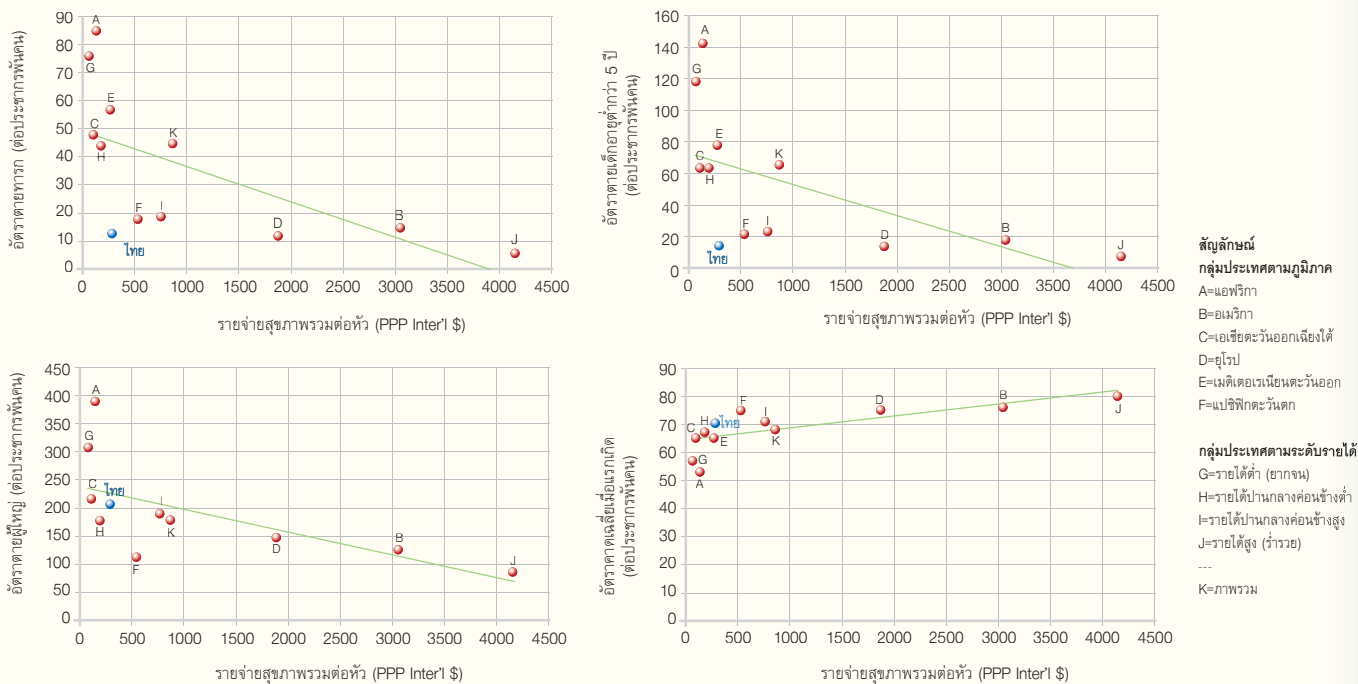
ถึงร้อยละ 66 – 68 ของมูลค่ายาทั้งหมดของโรงพยาบาล โดยค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นในส่วนของค่ายาถึงประมาณร้อยละ 83 หากนำสัดส่วนนี้มาคำนวณจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกของข้าราชการ ในบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ที่ใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ จะได้ค่ายานอกบัญชียาหลักประมาณ 22,842 ล้านบาท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

รายจ่ายสุขภาพรวมจำแนกตามแหล่งการคลัง พ.ศ. 2537 - 2551



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

รายจ่ายสุขภาพรวมต่อหัวและ 4 ตัวชี้วัดสถานะทางสุขภาพของคนไทยเปรียบเทียบกับประเทศอื่น จำแนกตามภูมิภาคและระดับรายได้



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

ตัวชี้วัดรายจ่ายสุขภาพที่สำคัญ พ.ศ. 2537 – 2551 (ราคาปีปัจจุบัน)

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

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

คุณภาพและประสิทธิผล ของระบบบริการสุขภาพ

นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

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

12

ประสิทธิผลและคุณภาพการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มแย่ลง ขณะที่การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยในมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นับวันจะมีจำนวนเพิ่มขึ้น สามารถ
รับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เช่น สถานีอนามัย คลินิก
รวมถึงแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล หากการดูแล
รักษาพยาบาลดีมีคุณภาพก็ไม่ต้องมีภาวะแทรกซ้อน
เฉียบพลันที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

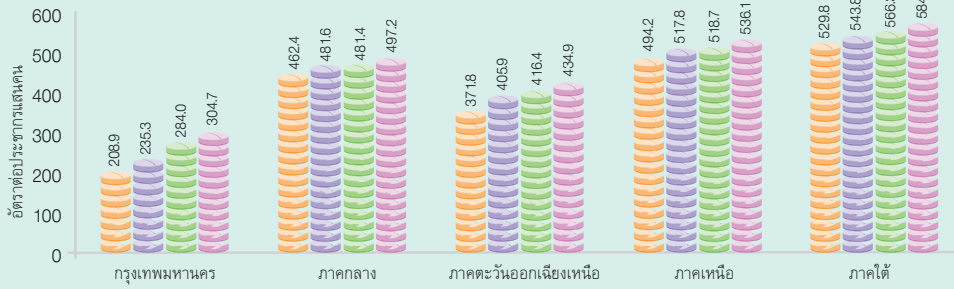
ข้อมูล พ.ศ. 2549 – 2552 พบว่ามีผู้ป่วยที่ต้อง
นอนโรงพยาบาลด้วยสาเหตุหรือผลแทรกซ้อนเฉียบพลัน
จากโรคเรื้อรังมากขึ้น ตัวอย่างโรคเหล่านี้ ได้แก่ ความดัน
โลหิตสูง เบาหวาน หัวใจวาย หอบหืด ถุงลมโป่งพอง
ลมชัก เป็นต้น จำนวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลด้วยโรค
ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นอย่าง
ต่อเนื่อง คิดเป็นเกือบถึง 1 ใน 10 ของจำนวนผู้ป่วยใน
ทั้งหมด ใน พ.ศ. 2552 บ่งชี้ว่า คุณภาพและประสิทธิผล
ในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอาจยังมีปัญหา ส่วนหนึ่ง
ของสาเหตุดังกล่าว น่าจะมาจากภาระงานที่เพิ่มขึ้น
อย่างมากภายหลังการมีระบบหลักประกันสุขภาพ

ถ้วนหน้า ประกอบกับผลจากความพยายามเร่งรัด
เพิ่มความครอบคลุมการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน
ความดัน ในชุมชน ข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพ
คนไทยโดยการตรวจร่างกาย เปรียบเทียบ พ.ศ. 2546 – 2547
กับ พ.ศ. 2551 – 2552 พบอย่างชัดเจนว่า ผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานได้รับการวินิจฉัย
และการรักษามากขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแนวโน้มเพิ่ม
สูงขึ้นแต่สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดัน
โลหิตและน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ยังพบว่า
อยู่ในระดับที่ต่ำ

อัตราการเสียชีวิตจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล
หรือภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไม่เกิน 28 วัน
ถือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาล
โดยเปรียบเทียบอัตราการตายผู้ป่วยในกับค่ามาตรฐาน
ที่คาดว่าจะเสียชีวิต ระหว่างปี พ.ศ. 2549 – 2552 อัตรา
มาตรฐานการเสียชีวิตของผู้ป่วยในมีแนวโน้มลดลง บ่งชี้
ว่าคุณภาพในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลมีแนวโน้ม
ดีขึ้น ทั้งนี้ ยังไม่ชัดเจนว่าคุณภาพที่ดีขึ้นของการรักษา
ในโรงพยาบาลนี้เป็นอานิสงส์จากระบบรับรองคุณภาพ
โรงพยาบาล (Hospital Accreditation: HA) เพียงใด

อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก

พ.ศ. 2549 - 2552



2549 2551
2550 2552

หมายเหตุ: อัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอกที่นำเสนอ คือ จำนวนผู้ป่วยในด้วยโรคหรือภาวะที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอกในรอบปี ต่อประชากรแสนคน

ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อัตรามาตรฐานการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน พ.ศ. 2549 - 2552

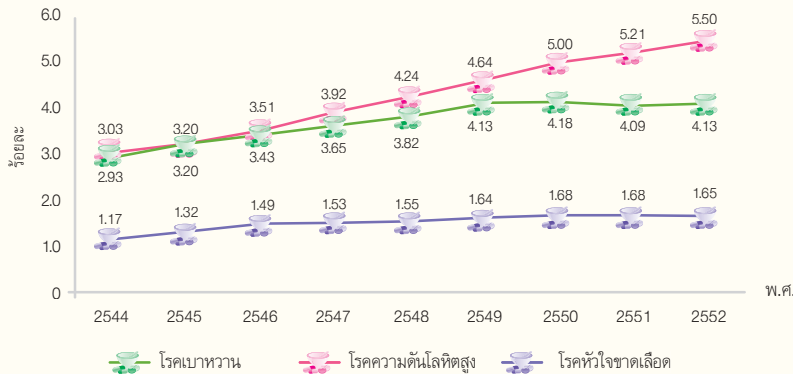


หมายเหตุ: "อัตรามาตรฐานการเสียชีวิตของผู้ป่วยใน" หรือร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลหรือภายหลังออกจากโรงพยาบาลไม่เกิน 28 วัน เทียบกับค่ามาตรฐานที่คาดว่าจะเสียชีวิต เป็นข้อมูลที่ใช้นำเสนอแทน "อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในและอัตราการเสียชีวิตใน 28 วัน" ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพและประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพตามกรอบ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

ที่มา: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ และ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

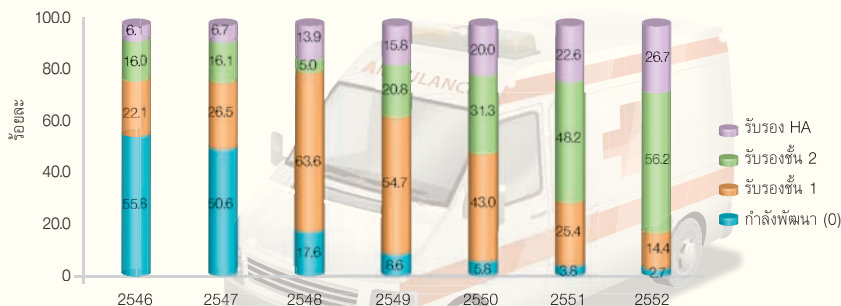
ร้อยละของผู้ป่วยใน ด้วยโรคที่ควรควบคุมได้ด้วยบริการแบบผู้ป่วยนอก 3 โรค

พ.ศ. 2544 - 2552



ที่มา: คณะทำงานสุขภาพคนไทย จากฐานข้อมูล สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ร้อยละหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำแนกตามขั้นการรับรองคุณภาพ ตามมาตรฐานระบบรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2546-2552



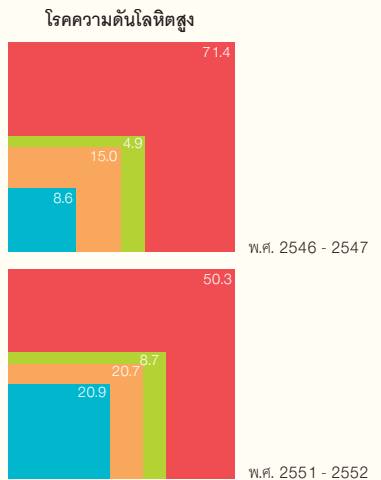
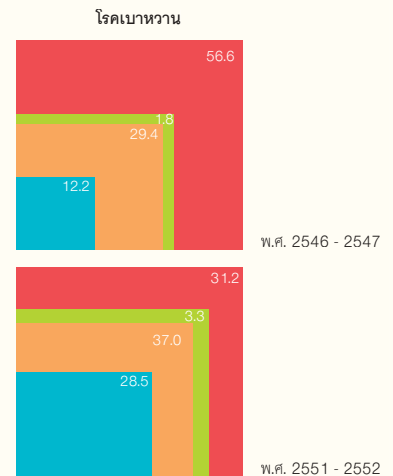
หมายเหตุ: 1) หน่วยบริการที่ตรวจเป็นหน่วยบริการประจำและเป็นหน่วยรับส่งต่อ

2) การรับรองชั้น 1 และ 2 นั้น คือการรับรองชั้นย่อยก่อนที่จะมีการรับรอง HA

ที่มา: ปิยะพร ปิยะจันทร์ ใน รายงานผลการดำเนินงานประจำปี สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2552

ร้อยละของผู้ที่เป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัย การรักษา และผลการรักษา

พ.ศ. 2546-2547 และ 2551-2552



ไม่ได้รับการวินิจฉัย
รับการวินิจฉัยแต่ไม่ได้รับการรักษา
รักษาแต่ควบคุมไม่ได้
รักษาและควบคุมได้

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

12 ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

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

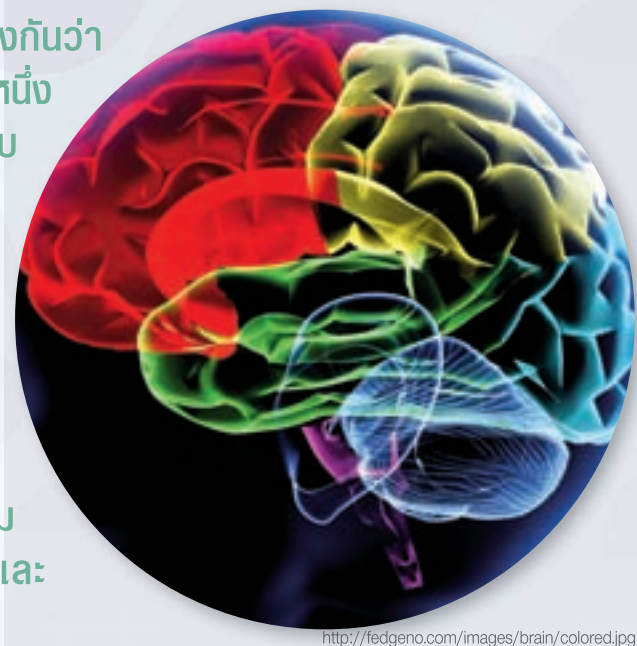
*สุขภาพคนไทย 2554 นำเสนอ “12 ตัวชี้วัดหลัก” โดยในแต่ละหมวดตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติแสดงในพื้นที่ที่มีสีพื้นหลัง

10

สถานการณ์เด่น ทางสุขภาพ

เด็กไทยไอคิวลดลง ถึงเวลา ต้องปฏิรูปการศึกษาอีกครั้ง

องค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ สรุปตรงกันว่า เด็กไทยมีไอคิวต่ำ มีสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่ง มาจากการขาดไอโอดีน สอดคล้องกับการสำรวจผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา ที่พบว่า เด็กไทยสอบได้ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานทุกด้าน ขณะที่ผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทยทั่วประเทศ (พ.ศ. 2551 – 2552) พบผลน่าตกใจว่า เด็กไทยเขาวนปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาตรฐาน คือระดับ 90 ถึงประมาณร้อยละ 25 ทั้งหมดชี้ว่า น่าจะเป็นผลพวงของความ “ล้มเหลว” การปฏิรูปการศึกษาครั้งก่อน และการเลี้ยงดูที่มีผลต่อการพัฒนาสติปัญญา



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

เมื่อเด็กไทยไอคิวต่ำ

ต้นปี 2553 นายแพทย์สมยศ ตีระชัย อธิบดีกรมอนามัย เปิดเผยผลสำรวจระดับเขาวนปัญญา และพัฒนาการสมวัยของเด็กไทยในรอบ 12 ปี (พ.ศ. 2540 – 2552) ว่ามีค่าเฉลี่ยลดลงเรื่อย ๆ จาก 91 ถึง 88 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) กำหนดไว้ที่ 90 – 110

“ที่น่าตกใจคือ เด็กไทยชื่อชนมกินเฉลี่ยคนละ 9,800 บาทต่อปี ซึ่งสูงกว่าค่าใช้จ่ายเพื่อการศึกษา ที่จ่ายเพียงคนละ 3,024 คนต่อปี”¹

ข้อมูลดังกล่าวไม่เพียงแต่สะท้อนให้เห็นถึงอนาคตที่ “เขาวนอยู่บนเส้นด้าย” ของเด็กไทยในด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังถูกอธิบายเพิ่มเติมจากนายแพทย์ณรงค์ สายวงศ์ อุปนายกสมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทยด้วยว่า

“เด็กที่ขาดสารอาหารจะมีรูปร่างเตี้ย กระแกร็น เมื่อโตขึ้นจนถึงอายุ 8 – 10 ปี จะมีสติปัญญาและผลการเรียนต่ำกว่าเด็กที่ไม่เตี้ยแกระแกร็น เมื่อโตเป็น

ผู้ใหญ่ก็จะมีระดับสติปัญญาต่ำ และมีความสามารถในการสร้างรายได้น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับอาหารเหมาะสมตามวัย นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัญหาทุพโภชนาการในเด็ก มีผลให้รายได้ของประเทศลดลงถึงร้อยละ 2 – 3²

ผลการสำรวจพัฒนาการสมวัยในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของกรมอนามัยก็ชี้ไปในทิศทางเดียวกันคือ พบว่ามีพัฒนาการลดลงจากร้อยละ 72 ในปี 2547 เหลือร้อยละ 67 ในปี 2550 แล้วยังพบว่าการเข้าถึงเกลือเสริมไอโอดีนคุณภาพของครัวเรือนไทยต่ำกว่าเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ที่กำหนดความครอบคลุมของครัวเรือนที่ใช้เกลือเสริมไอโอดีนคุณภาพว่าอยู่ที่ร้อยละ 90 ขึ้นไป แต่การสำรวจของกรมอนามัยปี 2552 ระบุว่าครัวเรือนไทยมีการใช้เกลือเสริมไอโอดีนคุณภาพเพียงร้อยละ 77 เท่านั้น³

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

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

“ผลการสำรวจเบื้องต้นชี้ให้เห็นว่า สิ่งแวดล้อม การศึกษา อาหาร มีส่วนประกอบทำให้เด็กมีไอคิวแย่ง ซึ่งควรนำข้อมูลดังกล่าวไปสู่การวางแผนปรับแก้การกระตุ้นพัฒนาการของเด็กตั้งแต่แรกเกิดทั้งนี้โอกาสที่จะพัฒนาเด็กให้มีไอคิวดีขึ้น สามารถทำได้ด้วยการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม อาหาร หลักสูตรการศึกษา”

หลังการเปิดเผยตัวเลขที่น่าตกใจของเด็กไทยไม่นานนัก และตอกย้ำชัดเจนว่า อาหารการกินมีความสำคัญต่อพัฒนาการของเด็กไทย

6 หน่วยงานใหญ่ คือ สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย, สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.), กรุงเทพมหานคร (กทม.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) จึงประกาศจับมือกันดำเนิน “โครงการพัฒนาระบบและกลไกเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัย” เป็นระยะเวลา 3 ปี ใน 10 จังหวัดนำร่อง เพื่อพัฒนาระบบและกลไกท้องถิ่นและชุมชน มีศักยภาพและสมรรถนะในการส่งเสริมให้เด็กทารก เด็กวัยก่อนเรียน และเด็กวัยเรียน ที่อยู่ในชุมชน ศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียน ได้มีพฤติกรรมกินอาหารครบถ้วน เพียงพอ มีคุณค่าทางโภชนาการทุกวัน⁵

“โง่-เอ๋อ-ปัญญาอ่อน-ไอคิวต่ำ” คือ พาดหัวบนหน้าหนังสือพิมพ์ของไทยในห้วงเวลานั้น ซึ่ง ดร.วิยะดา เจริญศิริวัฒน์ หัวหน้าโครงการนวัตกรรมการแก้ปัญหาโรคเอ๋อและภาวะขาดสารไอโอดีนในพื้นที่อย่างยั่งยืน สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ เปรียบเทียบโดยตรงไปตรงมาว่า “เป็นวิกฤติปัญหาสำคัญที่คุกคามสังคมไทย ยิ่งกว่าวิกฤติเฝ้าบ้านเฝ้าเมือง”⁶

เพิ่มไอโอดีน เพิ่มไอคิว

เมื่อตัวเลขผลสำรวจไอคิวเด็กไทยต่ำลงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของมาตรฐานสากล โดยองค์การอนามัยโลกและยูนิเซฟ สรุปตรงกันว่า “คนไทยหรือเด็กไทยขาดไอโอดีน”

ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและถูกที่สุดก็คือ การเสริมไอโอดีน

กระทรวงสาธารณสุข เป็น “ด่านแรก” ของความรับผิดชอบด้านสุขภาพของคนไทย นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์ ในฐานะรัฐมนตรีว่าการฯ จิงโหมโรงณรงค์ให้คนไทยหันมากินไอโอดีนเพื่อเสริมสร้างไอคิวเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่มคือ

(1) *หญิงตั้งครรภ์* หากขาดไอโอดีน ลูกที่คลอดออกมามีโอกาสเสี่ยงพิการหรือปัญญาอ่อน ตั้งแต่ตุลาคม 2553 เป็นต้นไป สถานบริการสาธารณสุขแจกยาเม็ดไอโอดีนผสมกับธาตุเหล็กและกรดโฟลิกให้หญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ ฟรี ส่วนหญิงหลังคลอดก็ได้รับยาเม็ดไอโอดีน ฟรี

(2) *ทารกแรกเกิด* หากตรวจเลือดแล้วพบว่า มีระดับไทรอยด์ฮอร์โมนต่ำ ซึ่งมีผลต่อความเฉลียวฉลาด และการเจริญเติบโตของเด็ก ให้รับรักษาทันที โดยไทรอยด์ฮอร์โมนจะสัมพันธ์กับไอโอดีนโดยตรง

(3) *กลุ่มเด็กเล็กและประชาชนทั่วไป* เนื่องจากไอโอดีนมีความจำเป็นสำหรับคนทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะหากเด็กขาดไอโอดีน ระดับไอคิวจะพร่อง⁷

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

องค์กรอิสระที่ทำงานด้านวิชาการเรื่องการขาดสารไอโอดีนทั่วโลกอย่าง สภานานาชาติว่าด้วยการขจัดสารไอโอดีน ภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกหรือ The International Council for the Control of Iodine Deficiency Disorders: ICCIDD และองค์การอนามัยโลก ซึ่งชมรัฐบาลไทยที่ให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาการขาดสารไอโอดีนในประเทศ โดยจะใช้ไทยเป็นต้นแบบที่ดีอีกแห่งหนึ่งในการดำเนินงานด้านไอโอดีน⁸

นอกจากนี้ ในปี 2554 กรมอนามัยร่วมกับภาคีเครือข่ายดำเนินงานโครงการควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน กำหนดแนวทางควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนแห่งชาติตั้งเป้า 76,000 หมู่บ้าน ครอบคลุม 75 จังหวัดทั่วประเทศ โดยใช้ 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้⁹

- (1) การผลิตและกระจายเกลือเสริมไอโอดีนที่มีคุณภาพ โดยมีการบริหารจัดการที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน
- (2) การจัดทำระบบการเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผลโครงการ
- (3) การสร้างความเข้มแข็งให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พันธมิตรและภาคีเครือข่ายเพื่อความร่วมมือ
- (4) การประชาสัมพันธ์ รณรงค์และการตลาดเชิงสังคม เพื่อการบริโภคเกลือเสริมไอโอดีนอย่างต่อเนื่อง
- (5) การศึกษาวิจัย
- (6) การใช้มาตรการเสริมในระยะเฉพาะหน้า และมาตรการเสริมอื่นๆ อย่างต่อเนื่องภายใต้ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและเอกชน

กระนั้นก็ตาม แม้กระทรวงสาธารณสุข “กระตือรือร้น” เพื่อแก้ปัญหาเด็กไทยไอคิวต่ำ แต่ปัญหาดังกล่าวก็ยังมีปัจจัยสำคัญอื่นที่เข้ามาเกี่ยวพันด้วยเช่นกัน

แพทย์หญิงศิวารัตน์ สวัสดิ์วร ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กล่าวว่า “สาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กไทยมีพัฒนาการไอคิว รวมทั้งสุขภาพต่ำลงเนื่องจากสภาพสังคมไทยเปลี่ยนไปสู่การเป็นครอบครัวเดี่ยว พ่อแม่มุ่งแต่ทำงาน ใช้เทคโนโลยีเลี้ยงดูเด็ก เพราะคิดว่าดีกว่า ปลอดภัยกว่าที่จะให้ลูกออกไปเล่นนอกบ้านซึ่งทำให้เกิดผลเสียต่อพัฒนาการสมบุรณ์แบบของร่างกาย... ดังนั้น อย่าทำงานหาเงินจนลืมลูก”¹⁰

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

เด็กไทยไปไม่รอด

ไม่เพียงแต่ระดับไอคิวของเด็กไทยจะลดลงเรื่อยๆ จนน่าหวั่นวิตกเฉพาะด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังสะท้อนให้เห็นถึง “ความล้มเหลว” ด้านการศึกษาของไทยด้วยเช่นกัน

นายชินวรณ์ บุญยเกียรติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงศึกษาธิการ เปิดเผยว่า สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา (สกศ.) ได้รายงานสถานการณ์การศึกษาไทยในเวทีโลก พ.ศ. 2553 จากการจัดอันดับของ International Institute for Management Development (IMD) เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานประกอบการตัดสินใจเชิงนโยบายและวางแผนการพัฒนาการศึกษา พบว่า ผลการจัดอันดับของ IMD ใน พ.ศ. 2553 สมรรถนะภาพรวมของไทยอยู่ในอันดับที่ 26 จาก 58 ประเทศ เท่ากับปี 2552 ซึ่งต่ำกว่าประเทศในเอเชีย 5 ประเทศ คือ สิงคโปร์ ฮองกง ไต้หวัน มาเลเซีย และเกาหลี¹²

ยิ่งไปกว่านั้น โครงการประเมินผลนักเรียนนานาชาติ (Program for International Student Assessment – PISA) ก็ชี้ชัดว่า ความสามารถของเด็กไทยอายุ 15 ปี ในวิชาคณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ การอ่านและทำความเข้าใจ ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยขององค์การความร่วมมือและพัฒนาเศรษฐกิจ (Organization for Economic Co-operation and Development: OECD) ซึ่งถูกเรียกว่าภาวะ PISA SHOCK ในวงการการศึกษาของไทย โดยอันดับโดยรวมของเด็กไทยเกือบรั้งท้ายคือ ได้ที่ 50 จากทั้งหมด 65 ประเทศ¹³ ไม่แตกต่างจากผลการจัดลำดับของโครงการศึกษาแนวโน้มการจัดการศึกษาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ พ.ศ. 2550 (Trends in International Mathematics and Science Study 2007 : TIMSS 2007) ของนักเรียนชั้น ม.2 พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าค่ามัธยฐานนานาชาติ¹⁴ ช้ำร้าย การประเมินผลสัมฤทธิ์

ทางการเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) ของนักเรียนไทย จำนวน 3 ครั้ง¹⁵ ซึ่งสอดคล้องกับการออกมาเปิดเผยผลการประเมินคุณภาพการศึกษาขั้นพื้นฐานเพื่อประกันคุณภาพผู้เรียน ในชั้น ป.3 ปีการศึกษา 2552 ของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) พบว่านักเรียนไม่ผ่านเกณฑ์การอ่านออกเขียนได้ และคิดคำนวณได้¹⁶

ไม่เพียงแต่ผลการทดสอบจะชี้ชัดว่า นักเรียนมีความรู้ “ด้อย” ลงเรื่อย ๆ เท่านั้น ครู ซึ่งมีบทบาทสำคัญมากที่สุดของระบบการศึกษา ก็ตกอยู่ในสถานการณ์ไม่แตกต่างจากนักเรียน เมื่อ สพฐ. สอบวัดความรู้ความสามารถของครูผู้สอนวิชาคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์ระดับมัธยมต้นและมัธยมปลายทั่วประเทศ พบคำตอบที่น่าตกใจว่า¹⁷ วงการพระพุทธรูปศาสนา ก็หนีไม่พ้นความตกต่ำของการศึกษาไทย เมื่อพระธรรมกิตติวงศ์ราชบัณฑิต กล่าวถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นว่า *“มีพระสงฆ์บางรูปเขียนภาษาบาลีไม่ได้ จึงเป็นเรื่องที่น่าอาย... และในช่วงหลัง ๆ สามเณรที่เข้ามาบวช อ่านหนังสือไม่ออก ซึ่งกระทบต่อการเรียนการสอนบาลีด้วย พระบางรูปสอบผ่านเปรียญธรรม 9 ประโยค แต่ขาดความรู้ด้านภาษาไทย อ่าน เขียนไทยไม่คล่อง จึงไม่สามารถเทศน์หรือขึ้นบรรยายทางวิชาการได้”*¹⁸

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

ถึงเวลาต้องปฏิรูปการศึกษาอีกครั้ง

ยิ่งมีการเปิดเผยข้อมูลที่สะท้อนให้เห็น “วิกฤตการศึกษาไทย” มากขึ้นเท่าไร ยิ่งทำให้การปฏิรูปการศึกษาทศวรรษที่สอง “สำคัญและจำเป็น” มากขึ้นตามไปด้วย

นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ในฐานะประธานคณะกรรมการปฏิรูปการศึกษา กล่าวด้วยความมุ่งมั่นถึงการปฏิรูปการศึกษาไทยว่า “ในเรื่องของการศึกษา ต้องไม่มีเรื่องของรัฐบาลหรือฝ่ายค้าน เพราะสิ่งนี้จะเป็นเรื่องสำคัญที่สุดในการพัฒนาประเทศ และพัฒนาการ

เมืองการปกครองในระบบการประชาธิปไตย”¹⁹ ซึ่ง 3 ประเด็นหลัก ที่จะนำมาสู่กรอบการปฏิรูปการศึกษาคือ *คุณภาพของเด็กในประเทศไทย* ต้องเป็นคนเก่ง ดี มีความสุข ดำรงรักษาความเป็นไทย และรู้เท่าทันกับสถานการณ์ของโลก

ต้องพัฒนาครู มีโครงการครูพันธุ์ใหม่ ด้วยกระบวนการผลิตและอบรมครูประจำการให้มีความพร้อมมากยิ่งขึ้น ให้มีจิตวิญญาณแห่งความเป็นครู และเป็นวิชาชีพชั้นสูง

พัฒนาระบบการจัดการที่ดี มุ่งเน้นเรื่อง การกระจายอำนาจ เพื่อให้การบริหารสถานศึกษามีความคล่องตัว และเป็นอิสระมากที่สุด ควบคู่ไปกับการเน้นธรรมาภิบาล

อย่างไรก็ตาม แม้กระบวนการปฏิรูปการศึกษาในทศวรรษที่สองยังคงเดินหน้าต่อไป ท่ามกลางปัญหารายละเอียดปลีกย่อยที่สะท้อนให้เห็นว่า การศึกษาของไทยเกิดวิกฤตขึ้นรอบด้าน อาทิ หนังสือครูที่พุ่งสูงถึงกว่า 1 ล้านล้านบาท ทำให้ครูบางคนเหลือเงินเดือนเพียงแค່ ร้อยละ 10 หลังถูกหักหนี้ ...การทุจริตในโครงการต่าง ๆ ...ยาเสพติดระบาดในโรงเรียนเพิ่มมากขึ้นจนน่าเป็นห่วง ...นักเรียนอาชีวะขาดแคลน ทำให้ภาคอุตสาหกรรมขาดแคลนแรงงานตามไปด้วย ฯลฯ

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

การปฏิรูปการศึกษาอีกครั้งจะสัมฤทธิ์ผลอย่างมีคุณภาพได้ ต้องชักชวนให้ผู้อยู่นอกรั้วโรงเรียนเข้ามา ร่วมด้วย โดยเฉพาะครอบครัว ชุมชน ตลอดจนสังคมไทยโดยรวม

แล้งจัดแล้วกลับน้ำท่วมหนัก: ความผิดปกติที่ต้องรับมือให้เท่าทัน

พ รากฏการณ์ภัยแล้งที่ลากยาวเกินกว่าครึ่งปีแรก ตามมาด้วยน้ำท่วมใหญ่ตอนปลายปีครอบคลุมพื้นที่มากกว่าครึ่งประเทศ รวม 51 จังหวัด ไม่ใช่เรื่องปกติ โดยเฉพาะเมื่อมี “ความแปรปรวนของสภาพอากาศ” ที่เป็นปัญหาใหญ่ระดับโลกเข้ามาเกี่ยวข้อง การแก้ไขและการรับมือกับ “สภาพปัญหาน้ำท่วมที่เปลี่ยนไป” จะทำกันเหมือนเดิมไม่ได้อีกแล้ว เพราะต้อง “เท่าทัน” และต้องปรับเปลี่ยน “หลักคิด – มุมมอง – วิธีการ” กันขนานใหญ่



แล้งกลางฤดูฝน

ภัยแล้ง ปี 2553 ถูกคาดการณ์ว่า จะรุนแรงและกินเวลายาวนานกว่าปกติ ซึ่งก็เป็นเช่นนั้นจริงๆ เริ่มต้นเดือนพฤศจิกายน หลังหน้าฝนของปี 2552 กว่าจะหมดพิษสงก็ปาเข้าไปสิงหาคม 2553 กินเวลาราว 10 เดือน สรุปรพื้นที่ประสบภัย 60 จังหวัด 463 อำเภอ 3,005 ตำบล 24,248 หมู่บ้าน พื้นที่การเกษตรเสียหาย 1,922,651 ไร่¹ มูลค่าความเสียหายที่บริษัทศูนย์วิจัยกลีกรไทยคาดการณ์ไว้คือ ไม่น้อยกว่า 6,000 ล้านบาท²

นอกจากภาพท้องไร่ท้องนาแตกระแหง ข้าวและพืชไร่ยืนต้นตายกลางความร้อนที่พุ่งสูงเกินกว่า 40 องศาเซลเซียส วัชพุ่มย่ำยพอมจนเห็นซี่โครงปูโตโปน ลำน้ำลำห้วยหลายสายแห้งเหือดจนเห็นดินท้องน้ำ ฯลฯ แล้วรูปธรรมที่ชี้ว่าภัยแล้งปี 2553 น่าจะรุนแรงที่สุดในรอบ 5 ปี ก็คือ น้ำต้นทุนในเขื่อนสำคัญๆ อาทิ เขื่อนภูมิพล เขื่อนสิริกิติ์ เขื่อนอุบลรัตน์ เขื่อนป่าสักชลสิทธิ์ มีปริมาณน้อยกว่าช่วงเดียวกันของปีก่อนมาก หลังสงกรานต์มีฝนตกบ้างแต่ปริมาณน้ำในเขื่อนสำคัญยังต่ำมากซึ่งหากยังไม่มียฝนตกลงมา ก็จะมีน้ำใช้กันได้แค่ 1-2 เดือนเท่านั้น

สภาพการณ์เช่นนี้สร้างความวิตกให้แก่ทุกภาคส่วน นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ถึงกับสั่งการให้มีการประชุมคณะรัฐมนตรีเศรษฐกิจทุกสัปดาห์ เพื่อติดตามสถานการณ์ภัยแล้งอย่างใกล้ชิด³

หลายเดือนแล้วที่แสงแดดยังแผดเปรี้ยง แสบไม่มีน้ำฝนหยดลงมาเลย ทั้งๆ ที่เข้าสู่ช่วงกลางฤดูฝนแล้ว น้ำในเขื่อนหลายแห่งแห้งจนสันดอนโผล่ บ้างก็กลายเป็นทุ่งหญ้าเลี้ยงวัวควาย วัด ชุมชน โบราณสถานที่เคยจมอยู่ใต้ผืนน้ำก็โผล่ขึ้นมาให้เห็นกันชัดเจน

“ลุงอุตสาห์” ชาวนาจาก ทุ่งกุลาร้องไห้ อ.นาตุณ จ.มหาสารคาม เป็นเสมือนตัวแทนบอกเล่าถึงความทุกข์อย่างแสนสาหัสของเกษตรกรและชาวบ้านที่ขาดแคลนน้ำกิน น้ำใช้ และน้ำในการเพาะปลูกว่า “ปีนี้แล้งขนาดไหน ก็แล้งขนาดชาวนาอาจต้องซื้อข้าวกินละ ถ้าฝนยังไม่ยอมตกอีก จะเป็นปีที่แล้งที่สุดในรอบ 20 ปี”⁴

เอลนีโญวนะ!

ภัยแล้งรุนแรงในปี 2553 เป็นผลมาจากปริมาณน้ำฝนในปีก่อนที่วัดค่าได้น้อยที่สุดในรอบ 5 ปี ทำให้

น้ำไหลเข้าเขื่อนน้อย แต่กลับต้องระบายน้ำออกจากเขื่อนมาก เพื่อแก้ไขผลกระทบจากภัยแล้ง เมื่อพิจารณาแผนภาพฝนสะสมรายเดือนตั้งแต่ พฤศจิกายน 2552 ถึง เมษายน 2553 พบว่าพื้นที่ประเทศไทยมีปริมาณฝนน้อยมาก โดยเฉพาะตอนบนของประเทศ และเมื่อเปรียบเทียบกับปริมาณฝนในช่วงพฤศจิกายน 2551 – เมษายน 2552 พบว่าปริมาณฝนรวมในช่วง พฤศจิกายน 2552 – เมษายน 2553 มีค่าต่ำกว่าเดิมค่อนข้างมาก⁵

สภาพ “ฝนแล้ง น้ำแห้งเหือด” ที่กล่าวข้างต้น ผู้เชี่ยวชาญหลายสำนักทั้งไทยและเทศระบุตรงกันว่า มีสาเหตุสำคัญมาจากปรากฏการณ์ “เอลนีโญ” (El Nino) ที่เกิดขึ้นระหว่างเมษายน 2552 – มิถุนายน 2553 ดร.สมิทธ ธรรมสโรช อดีตผู้อำนวยการศูนย์เตือนภัยพิบัติแห่งชาติ อธิบายให้เข้าใจง่ายๆ ว่า **“เนื่องจากผิวน้ำร้อนจากมหาสมุทรแปซิฟิกเคลื่อนตัวผ่านเส้นศูนย์สูตรจากซีกตะวันตกไปยังซีกตะวันออก นำความชุ่มชื้นไปเกิดฝนตกหนักน้ำท่วมที่เอกวาดอร์ เปรู ส่วนซีกแปซิฟิกตะวันตกเหลือความแห้งแล้งไว้ ทำให้ไม่มีฝนตก ประเทศไทยอยู่ซีกแปซิฟิกตะวันตกจึงเกิดความแห้งแล้งยาวนาน ไม่มีฝน และอุณหภูมิสูงขึ้น”**⁶

ด้วยเหตุนี้หลายประเทศในเอเชียไม่ว่าจะเป็นจีน อินเดีย เวียดนาม ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย มาเลเซีย ไทย ฯลฯ รวมไปถึงบางส่วนของออสเตรเลีย จึงต้องเผชิญภัยแล้ง – ภัยร้อนตั้งแต่ต้นปี 2552 ข้ามมาถึงก่อนปี 2553 ในระดับ “อ่วม orts” ไปตามๆ กัน

มหาอุทกภัยปลายปี

ปรากฏการณ์ “แล้งกลางฤดูฝน” ทำให้เกรงกันว่า ฝนจะไปกระหน่ำช่วงปลายปี จนทำให้เกิดน้ำท่วมหนักเข้าขั้น “มหันตภัย” หรือไม่ ดร. รอยล จิตรดอน ผู้อำนวยการสถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร (องค์การมหาชน) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี “ฟันธง” ว่า ตั้งแต่ปลายเดือนกรกฎาคมไปจนถึงปลายปี ฝนจะตกเยอะแฉะนอน เนื่องจากจะเกิดปรากฏการณ์ “ลานินญา” (La Nina) และมี “อินเดียเน โอเซียน ไดโพล” ซึ่งเป็นกระแสแบบเดียวกันกับเอลนีโญ – ลานินญา แต่เกิดในมหาสมุทรอินเดียเข้ามาเสริม ทำให้เกิดฝนมากบริเวณภาคเหนือตอนบน อีกทั้งมีกระแสลมที่พัดจากสหรัฐอเมริกาไทยมากและยังมีพายุที่จะหอบฝนมาให้อีกด้วย⁷

แล้วฝนก็ “มาตามนัด” จริงๆ แต่มาในปริมาณที่มากกว่าและในระยะเวลาที่ยาวนานกว่าที่คาดไว้หลายเท่า ทั้งยังมีรูปแบบ “ไม่ปกติ” จนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อุทกภัยธรรมดาๆ ในช่วงแรกๆ กลายเป็นสาธารณภัยครั้งร้ายแรงไปได้ในที่สุด

กลางเดือนพฤษภาคม “ฝนเดือนหก” ตกหนาแน่นทางภาคเหนือตอนบน เกิดน้ำท่วมฉับพลัน น้ำป่าไหลหลาก แต่ไม่ถึงกับร้ายแรง ความวิตกกังวลคลายลงบ้าง เพราะเริ่มมีน้ำไหลเข้าเขื่อน แต่แล้วจู่ๆ ฝนก็หายไปจากฟ้า เกิดภาวะ “ฝนทิ้งช่วง” ยาวนานเป็นเดือนๆ จนกระทั่งเข้าสู่กลางเดือนกรกฎาคม พายุสองลูกจากทะเลจีนใต้คือ “โกนเซิน” (Conson) และ “จันทู” (Chanthu) ไม่ได้หอบฝนมาให้มากนักเพราะแฉะไทยแค่ส่วนหาง แต่ก็ช่วยสร้างความชุ่มชื้นให้บ้างดังพาดหัวข่าวที่ว่า “พายุโกนเซินทำนครพนมฝนตกทั้งวันทั้งคืนชาวบ้านเฮ!”⁸

ณ เวลานั้น แทบทุกคนตั้งหน้าตั้งตารอพายุลูกใหม่ให้มาช่วยล้างความร้อนแล้ง แต่แล้วภัยแล้งก็กลายเป็นภัยน้ำจากอิทธิพลของ “มินดอลเล” (Mindulle) พายุลูกที่สามที่ขึ้นฝั่งเวียดนามในคืนวันที่ 24 สิงหาคม พัดพุงเข้ามาสมทบกับหย่อมความกดอากาศต่ำที่พาดผ่านตอนบนของประเทศไทยพอดี ส่งผลให้หลายจังหวัดในภาคเหนือ อีสาน และกลาง มีฝนตกหนักทั้งวันทั้งคืนเกิดน้ำท่วมฉับพลัน น้ำป่าไหลหลาก บางพื้นที่น้ำท่วมขังสูง 1 – 3 เมตร ดินถล่ม ไร่นาเสียหายยับยับหมื่นไร่

เข้าสู่เดือนตุลาคม 2553 หลายจังหวัดในภาคเหนือตอนล่าง ภาคกลางตอนบนและที่ราบลุ่มน้ำเจ้าพระยาต้องเผชิญกับภัยน้ำท่วมแบบไม่ทันตั้งตัว เมื่อระดับน้ำในแม่น้ำสายหลักและแม่น้ำสาขาท่างๆ เพิ่มสูงขึ้นไม่ต่ำกว่า 30 เซนติเมตร อย่างรวดเร็ว สาเหตุเพราะระดับน้ำในเขื่อนสำคัญๆ เข้าขั้นวิกฤต จนต้องเร่งระบายน้ำออกบางพื้นที่ เช่น อ่างเก็บน้ำแควน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระดับน้ำสูงสุดถึง 3 เมตร สายน้ำเชี่ยวกรากไหลล้นเข้าท่วมบ้านเรือน พื้นที่การเกษตรเสียหายยับเยินไปตามๆ กัน

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

ต้นเดือนพฤศจิกายน พายุดีเปรสชันในอ่าวไทย ตอนล่างพัดถล่มชายฝั่งภาคใต้ ตั้งแต่ชุมพรลงไปถึง นราธิวาส ต้องเผชิญกับคลื่นพายุลมแรง ฝนตกหนักถึง หนักมากติดต่อกันหลายวัน จนมีปริมาณน้ำสะสมไหลบ่า เข้าท่วมอาคาร บ้าน ร้านค้า ถนนและพื้นที่เพาะปลูกเสียหายไปตามๆ กัน

ที่หนักที่สุดคืออำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ปริมาณน้ำฝนที่ตกในช่วง 1 – 2 พฤศจิกายน สูงถึง 500 มิลลิเมตร จนต้อง “ชักธงแดง” ให้ประชาชนเตรียมอพยพ เมื่อเวลา 17.00 น. ของวันที่ 1 ธันวาคม แต่ก็ไม่ทัน กระแสน้ำที่ทะลักเข้าท่วม ทั้งรถทั้งบ้านต่างจมน้ำ หลาย จุดกระแสน้ำเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะย่าน ศูนย์กลางธุรกิจ ที่บางจุดน้ำท่วมเกือบมิดหลังคา ส่งผลให้ไฟฟ้า น้ำประปา การสื่อสารทางโทรศัพท์ไม่สามารถ

ใช้งานได้ ประชาชนติดค้างอยู่ในบ้านเรือนเกือบแสนคนที่รอความช่วยเหลือเร่งด่วนไม่น้อยกว่าหมื่นคน ถือเป็น น้ำท่วมที่อาจร้ายแรงที่สุดในประวัติศาสตร์ หนักกว่า น้ำท่วมใหญ่ที่เคยเกิดขึ้นเมื่อ ปี 2545 (ดูตาราง 1)

มหาอุทกภัยปลายปี ทำให้ภาคเหนือ ภาคตะวันออก เชียงเหนือ ภาคกลางและภาคตะวันออก มีพื้นที่ประสบอุทกภัย 39 จังหวัด 425 อำเภอ 3,098 ตำบล 26,226 หมู่บ้าน ราษฎรได้รับความเดือดร้อน 2,002,961ครัวเรือน 7,038,248 คน คาดว่าพื้นที่การเกษตรเสียหาย 7,784,368 ไร่ มีผู้เสียชีวิต 180 ราย ส่วนภาคใต้ มีพื้นที่ประสบอุทกภัย 12 จังหวัด 133 อำเภอ 874 ตำบล 6,197 หมู่บ้าน ราษฎรได้รับความเดือดร้อน 609,511 ครัวเรือน 1,932,405 คน มีผู้เสียชีวิต 80 ราย^๑ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย ประเมินมูลค่าความเสียหายไว้ที่ 32,000 – 54,000 ล้านบาท

ตาราง 1 สถานการณ์อุทกภัยและความเสียหาย พ.ศ. 2545 – 2553

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

หมายเหตุ: ¹ คาดประมาณ โดยศูนย์วิจัยกสิกรไทย

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

ลาบิญาแพลงฤทธิ์ !

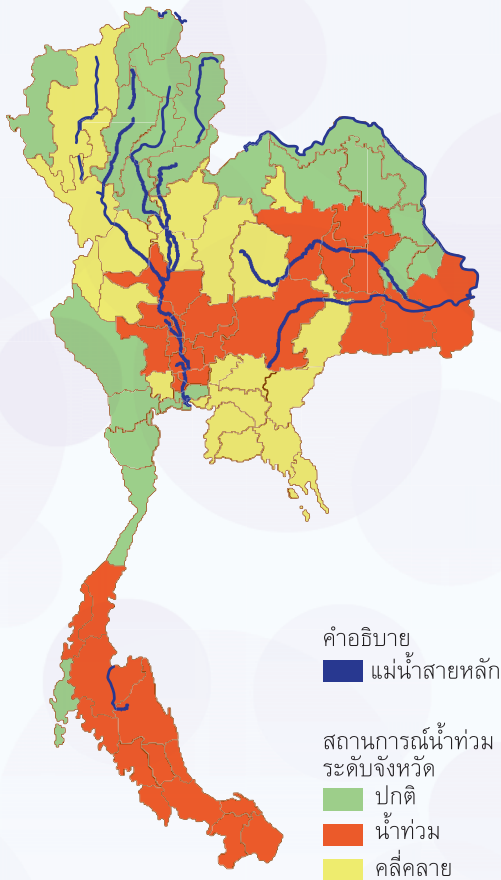
เกิดอะไรขึ้นกับประเทศไทย...? ทำไมต้นปีแทบต้องขอดน้ำกิน แต่พอปลายปีน้ำกลับมากเกินไป เป็นไปได้อย่างไรที่น้ำท่วมหนักจังหวัดนครราชสีมา ทั้งๆ ที่ตัวเมืองตั้งอยู่บนที่ราบสูงโคราชแท้ๆ ...? ดร.อานนท์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา รักษาการผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (องค์การมหาชน) ให้คำตอบว่า ปี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

ตาราง 2 สรุปเหตุการณ์น้ำท่วมที่เกิดขึ้นในรอบปี พ.ศ. 2553 และรายละเอียดความเสียหาย

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

ที่มา: สรุปข่าวการประชุมคณะรัฐมนตรี วันที่ 14 ธันวาคม 2553. สืบค้นจาก (<http://www.thaigov.go.th>)

แผนที่แสดงพื้นที่ประสบอุทกภัย
เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2553



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

ค่อนข้างสูง ต้นปีเกิดเอลนีโญ เกิดภัยแล้งเกือบทั่วประเทศ ปลายปีเกิดลานีญาที่เป็นตัวการหลักที่ทำให้ฝนตกหนัก แถบเอเชีย และแห้งแล้งทางฝั่งอเมริกาใต้ เท่ากับว่า **ปี 2553 เกิดทั้งสองปรากฏการณ์ที่เป็น “ชั่วคราวข้ามกัน” ซึ่งเป็นเรื่องยากที่จะเกิดขึ้นในปีเดียวกัน**¹⁰

ดร.ธนวัฒน์ จารุพงษ์สกุล แห่งคณะวิทยาศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้ศึกษาผลกระทบจากภาวะโลกร้อนด้านภัยพิบัติ โดยเฉพาะปัญหาการกัดเซาะชายฝั่ง ชี้ว่า การตกของฝนในปี 2553 มีความผิดปกติ เป็นผลจากปรากฏการณ์ลานีญาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ทำให้มีร่องฝนพาดผ่านเอเชีย สองอาทิตย์แรกของเดือนตุลาคม ร่องฝนพาดแล้วไม่ไปไหนเลย ฝนก็เลยตกหนักทั่วทุกภาค ซึ่งตามปกติช่วงเดือนตุลาคมฝนต้องลงไปทางภาคใต้แล้ว¹¹

ดร.อานนท์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา เสริมว่า ตามปกติ ร่องมรสุมจะเคลื่อนผ่านไปด้วยความเร็วเฉลี่ยประมาณ 100 กิโลเมตรต่อวัน แต่ที่นิ่งอยู่กับที่ แซ่ตัวอยู่สิบกว่าวัน เพราะถูกล็อกด้วย 2 หย่อมความกดอากาศต่ำในอ่าวเบงกอลและในมหาสมุทรแปซิฟิก¹²

เพราะฤทธิ์เดชของลานีญาที่พาดผ่านเอเชีย จึงเกิดน้ำท่วมร้ายแรงในปากีสถาน จีน และลาว ในเดือนสิงหาคม น้ำท่วมพม่า กัมพูชา เวียดนาม และไทย ในเดือนตุลาคม

ทั้งระบบบริหารจัดการ และระบบเตือนภัยมีปัญหา

ความรุนแรงของปัญหาน้ำแล้ง – น้ำท่วมในปี 2553 ทำให้หลายฝ่ายออกมาตั้งคำถามถึง “ระบบบริหารจัดการน้ำ” ที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์มาตลอดว่า “ล้มเหลว” กันอีกครั้ง ซึ่งหากพลิกข้อมูลดู จะพบว่าแผนงาน โครงการของหน่วยงานต่างๆ ที่จะแก้ไขดูแลเรื่องน้ำมีอยู่แล้วมากมาย แต่มีลักษณะต่างคนทำ และไม่เท่าทันสถานการณ์ เมื่อเจอเข้ากับ “เหตุการณ์ผิดปกติ” และ “สภาพปัญหาที่เปลี่ยนไป” จึงส่งผลต่อการ “บริหารจัดการน้ำ” ทำให้การรับมือปัญหาดังแต่ต้นทางทำได้ไม่ดีพอ

ดร.ธนวัฒน์ จารุพงษ์สกุล อธิบายว่า เพราะปี 2552 แล้งจัด เมื่อมีฝนช่วงสิงหาคม – กันยายน จึงกักน้ำในเขื่อนไว้ทั้งหมด ไม่กล้าปล่อยออกเพราะเกรงจะเกิดภัยแล้งซ้ำ เพราะปกติเดือนตุลาคมจะไม่มีฝนแล้ว แต่อาจไม่ได้ศึกษาว่าภูมิอากาศมีความแปรปรวน กำลังจะเข้าปรากฏการณ์ลานีญา นั่นคือปลายเดือนกันยายน เขื่อนแทบทุกเขื่อนน้ำยังไม่เต็ม มีประมาณ 70 – 80 เปอร์เซ็นต์ แต่พอเข้า 2 สัปดาห์แรกของเดือนตุลาคม ฝนกลับตกหนักทำให้น้ำเต็มทุกเขื่อน ก็ต้องรีบปล่อยน้ำออกเพราะกลัวเขื่อนแตก พอน้ำลงมาพร้อมกัน ทั้งในพื้นที่ที่ฝนอู่อยู่กับน้ำที่เขื่อนปล่อยออกมา จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดน้ำท่วมเป็นบริเวณกว้าง¹³

ดร. สมิทธ ธรรมสโรช ประธานกรรมการมูลนิธิสภาเตือนภัยพิบัติแห่งชาติ และอดีตอธิบดีกรมอุตุนิยมวิทยา วิพากษ์ปัญหาที่เกิดขึ้นว่า มาจากการไม่มีนโยบายการเตือนภัยธรรมชาติที่ชัดเจนของภาครัฐ ทำให้หน่วยงานต่างๆ ไม่สนใจหรือขาดการประสานงานกัน ข้อมูลจาก *การทำนายล่วงหน้านับเดือนจึงไม่มีประโยชน์ “กรมอุตุนิยมวิทยาเตือนภัยมาแล้ว 20 กว่าฉบับ มีการบอกถึงขั้นฝนจะตกหนักตรงนั้นตรงนี้ ปริมาณแบบนี้จะทำให้เกิดน้ำท่วมฉับพลัน ถ้าคนที่ได้รับการเตือนถือไปปฏิบัติตาม เอาไปบอกผู้บริหารท้องถิ่น ให้มีคำสั่งอพยพ หรือหาทางป้องกัน หากกระสอบทราย ขุดลอกหนองบึง ให้ทางน้ำไหลได้คล่อง รวมทั้งเตือนประชาชนให้ยกของไว้ล่วงหน้า หรือเตรียมอาหารกักไว้ ความเสียหายมันก็จะน้อยลง”*¹⁴

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้พบว่า ทั้งระบบบริหารจัดการน้ำของไทย และระบบเตือนภัยมี “จุดอ่อน” รวมไปถึงปัญหาในเรื่องมุมมอง วิธีคิดในการจัดการกับภัยแล้ง น้ำท่วมที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนใหม่ โดยต้องเปลี่ยนวิกฤตให้เป็นโอกาส ไม่เช่นนั้นก็จะเป็นการพายุเรือในอ่างที่มีรูรั่วอีกต่างหาก

ต้องบูรณาการทั้งหลักคิดและกิจกรรม

ในการเสวนาเรื่อง “วิกฤตน้ำท่วมประเทศไทย : แค่นั้น ? ปัญหา ทางออก”¹⁵ ที่จัดโดยสถาบันวิจัยสภาวะแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2553 ดร.รอยล จิตรดอน ผู้อำนวยการสถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร (องค์การมหาชน) กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ได้เปิดประเด็นได้น่าสนใจอย่างยิ่งว่า บทเรียนที่ได้จากวิกฤตน้ำคราวนี้ คือ คงต้องมีการ “ทบทวนโครงสร้างในการแก้ปัญหาภัยน้ำท่วมกันใหม่” โดยระบุว่า “ที่ผ่านมาประเทศไทยใช้ทฤษฎีฝรั่งแก้ปัญหา โดยไม่ได้ดูว่ามีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาและสภาพพื้นที่ของประเทศไทย”

การกำหนดแผนต่างๆ มักจะมาจากส่วนกลาง โดยไม่ค่อยได้คำนึงว่าเหมาะสมกับพื้นที่ต่างๆ อย่างไร เช่น พื้นที่อีสานที่แห้งแล้งมากนั้น แต่จากข้อมูลมีปริมาณฝนรายปีเฉลี่ย 1,300 มิลลิเมตร ขณะที่ภาคเหนือมีฝนเฉลี่ยปีละ 1,100 มิลลิเมตร เพียงแต่ภูมิประเทศของภาคเหนือเอื้ออำนวยต่อการกักเก็บน้ำ ดังนั้น หากจะแก้ปัญหาภัยน้ำท่วมน้ำแล้งในภาคอีสาน ก็จะต้องเป็นรูปแบบโครงการขนาดเล็กจำนวนนับพันนับหมื่นโครงการกระจายทั่ว เพราะสภาพพื้นที่เป็นเนินสลับสูงต่ำ

ในเรื่องของน้ำท่วมน้ำแล้งนั้น ดร.รอยล ให้ความเห็นว่าเป็นเรื่องที่ “ต้องแก้ปัญหาพร้อมๆ กัน” ที่ผ่านมานั้น แผนการในการแก้ปัญหาภัยน้ำท่วมน้ำแล้งจะแยกส่วนกัน แต่ผลจากสภาพภูมิอากาศที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ปริมาณฝนในประเทศไทยเพิ่มขึ้น จึงต้องมีการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความมั่นคงและยืดหยุ่น ไม่ว่าฝนจะตกเหนือเขื่อนหรือใต้เขื่อน ต้องบริหารจัดการให้ได้

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

ที่ว่าหลักคิดต้องตรงกันนั้น ดร.รอยล อธิบายว่า เช่น กรณีของภาคอีสานนั้น ถ้าเชื่อว่าแล้งก็สามารถผันน้ำจากแม่น้ำโขงมาช่วยได้ แต่ถ้าเชื่อว่าท่วม ก็ต้องแก้อีกแบบ แต่ถ้าเชื่อว่าทั้งท่วมด้วยและแล้งด้วย...หลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีหลักคิดเรื่องนี้ตรงกัน ไม่เช่นนั้นแล้ว ถ้าต่างคนต่างทำโดยไม่คิดถึงภาพรวม ก็จะทำให้เกิดปัญหา แต่ถ้าทุกหน่วยงานร่วมกันช่วยกัน และนำบทเรียนน้ำท่วมใหญ่ครั้งนี้เป็นแนวทางวางแผน ปัญหาภัยน้ำท่วมคงน้อยลง และยังสามารถใช้น้ำที่ท่วมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เรียนรู้ที่จะอยู่กับน้ำ

ดร.อานนท์ สนิทวงศ์ ณ อยุธยา รักษาการผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาเทคโนโลยีอวกาศและภูมิสารสนเทศ (องค์การมหาชน) กำลังทำงานชิ้นสำคัญ คือ การเก็บข้อมูลน้ำท่วมให้ละเอียดที่สุด ให้เห็นชัดว่าน้ำท่วมอย่างไร ที่ไหน เพราะสิ่งที่เรียนรู้จากเหตุการณ์ครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลสำคัญที่ทำให้รู้ว่าจากนี้จะเดินไปทางไหน อย่างไร เพื่อใช้รับมือกับน้ำท่วมครั้งต่อไป¹⁶

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

“คนไทยอาจต้องอยู่กับน้ำให้มากขึ้น อยู่กับน้ำ หมายถึงว่า ให้น้ำเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต ไม่ใช่สิ่งที่ต้องไล่มันออกไป น้ำท่วมไม่ใช่ End of The World ถ้าเราไม่รังเกียจน้ำ จะทำอะไรได้ง่ายกว่านี้เยอะ ระบบราชการต้องเลิกล้มวัฒนธรรมองค์กร ต้องคิดนอกกรอบ ต้องแก้ไขความผิดพลาดในอดีตที่สะสมมานาน” ดร.อานนท์ ฝากทิ้งท้ายไว้ในสถานการณ์ภัยแล้ง – ภัยน้ำท่วม มีความรุนแรงมากขึ้นจากปัจจัยทางธรรมชาติที่ผันผวนหนักขึ้นเรื่อยๆ

จะป้องกันไม่ให้เกิดเหตุ 2,002 ซาก ที่วัดไฟเงินซ้ำอีกได้อย่างไร?

สถานการณ์ด้านสุขภาพที่เป็นข่าวดังสั่นสะเทือนสังคมไทยที่สุดในรอบปี 2553 ที่ผ่านมาคงหนีไม่พ้นเรื่องการทำแท้งเถื่อนที่ถูกเปิดโปง เมื่อมีการพบซากตัวอ่อนมนุษย์จากการทำแท้งจำนวนนับพันในวัดใจกลางเมืองกรุง ในมุมมองของผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพมายาวนาน เหตุการณ์นี้ไม่นับว่าน่าตกใจ เพราะรับรู้กันมาตลอดและพยายามแก้ไขอย่างยากลำบากท่ามกลางบริบทสังคม วัฒนธรรมไทย ผู้ปฏิบัติงานส่วนหนึ่งถึงกับตีใจด้วยซ้ำที่ปัญหาเผยตัวออกมาให้สังคมรับรู้ เพราะคาดหวังว่าจะได้รับความสนใจจากภาคนโยบายและจะนำไปสู่การป้องกันแก้ไขปัญหารอบด้านและมีประสิทธิภาพอย่างจริงจังเสียที



45

10 สถานการณ์ด้านสุขภาพ

เป็นข่าวครึกโครมไปทั่วโลกเมื่อพบ ซากตัวอ่อนมนุษย์นับพันในวัดกลางกรุง

“สยองกลางกรุงพบซากทารก 348 ศพ วัดไฟเงินฯ
เค้นเครียดสัปดาห์เพื่อสภาราปรับจ้างคลินิกทำแท้งเถื่อนเก็บ
รอเผา”¹

“ซากทารกทะเล 2,002 ศพ – สั่งตรวจดีเอ็นเอ
เก็บ”²

วันที่ 16 พฤศจิกายน 2553 สังคมไทยรับรู้ข่าวเกี่ยวกับการทำแท้งครั้งใหญ่ที่สุดก็ว่าได้ เมื่อมีรายงานข่าวว่าพบซากตัวอ่อนมนุษย์จำนวนมากถึง 348 ซาก ถูกซุกซ่อนไว้ในโกดังเก็บศพภายในวัดไฟเงินโชตนาราม ซอยตรอกจันทน์ เขตบางคอแหลม กรุงเทพมหานคร โดยสัปดาห์ของวัดรับสารภาพกับเจ้าหน้าที่ตำรวจว่า รับจ้าง

จากคลินิกที่รับทำแท้งเถื่อนหลายแห่งให้นำซากดังกล่าวมาเก็บไว้ที่ช่องเก็บศพเพื่อรอการเผา³ สื่อต่างประเทศทั้งเอเอฟพี บีบีซี ซีเอ็นเอ็น ฟอกซ์นิวส์ และอีกจำนวนมาก พาดหัวและโปรยคล้ายกันว่า เป็นการพบซากตัวอ่อนมนุษย์ในวัดพุทธแห่งหนึ่งกลางเมืองหลวงของประเทศไทย จนกลายเป็นข่าวติดอันดับที่มีผู้อ่านมากที่สุดอันดับต้นๆ บนเว็บไซต์บีบีซีในช่วงเวลาหนึ่ง

ต่อมาเจ้าหน้าที่ตำรวจได้ขยายผลคดีอย่างรวดเร็ว จนสามารถควบคุมตัวอดีตผู้ช่วยแพทย์ในคลินิกแห่งหนึ่ง ซึ่งยอมรับว่าลักลอบให้บริการทำแท้งมาแล้วเป็นเวลา 3 ปี คนที่มาทำมีอายุตั้งแต่ 13–38 ปี มักมีอายุครรภ์มากจนที่อื่นไม่รับทำ อายุครรภ์มากที่สุดที่ตนเองเคยทำคือ 7 เดือนครึ่ง และที่ผ่านมามาดังต้องรับเลี้ยงเด็กจำนวนถึง 8 คน ที่ไม่เสียชีวิตและแม่เด็กไม่สามารถดูแลได้⁴

ปราบแหล่งรับทำแท้งหวัดแก้งเกื้อ

พื้นที่ที่มีรายงานข่าวปรากฏขึ้น นายจรินทร์ ทัศนกิจวิเศษ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกาศใช้กฎหมายอาญาในการจัดการกับคลินิก รับทำแท้งทันที “ได้สั่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประสานกับตำรวจร่วมกันทำงานรวมทั้งตรวจค้นคลินิกกลุ่มเสี่ยงประเภทคลินิกเสริมความงาม คลินิก ศัลยกรรม คลินิกปรึกษาปัญหาครอบครัว และคลินิกบำบัดยาเสพติด ซึ่งไม่ได้เจาะจงว่าจะทำแท้งทั้งหมด แต่จากข้อมูลพบว่าเป็นกลุ่มที่สุ่มเสี่ยงทำแท้ง และจากนี้ไปเจ้าหน้าที่ของกระทรวงจะประสานงานกับตำรวจคอยตรวจตราเป็นระยะเพื่อตัดวงจรทำแท้งเถื่อน...”⁵ ท่าที่อันแข็งกร้าวจากกระทรวงสาธารณสุขส่งผลให้เกิดการขยายผลการจับกุมครอบคลุมทั้งสถานพยาบาลที่ต้องสงสัยและแหล่งผลิตยาจำนวนมาก⁶ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบโต้ในแนวทางเดิมๆ ของกระทรวงสาธารณสุขในยามที่มีข่าวเกี่ยวกับการทำแท้งเถื่อนในทุกยุคทุกสมัย

เสียงจากสังคมมีทั้งสนับสนุน ให้แก้กฎหมายทำแท้งและเสียงคัดค้าน

นายสาธิต ปิตุเตชะ กรรมการบริหารพรรคประชาธิปัตย์ ให้สัมภาษณ์ว่า จะรวบรวมรายชื่อ ส.ส. เพื่อเสนอขอแก้ไขกฎหมายทำแท้งเพื่อลดความเสี่ยงของผู้ประสบปัญหาท้องไม่พร้อม ที่ต้องไปใช้บริการทำแท้งเถื่อนที่ไม่มีมาตรฐานทางการแพทย์ โดยยืนยันเช่นเดียวกับ นายแพทย์บุรณชัย สมุทรักษ์ โฆษกพรรคประชาธิปัตย์ ว่า ร่างกฎหมายดังกล่าวนี้จะต้องผ่านการหารือกับภาคส่วนต่างๆ อย่างรอบคอบก่อนและไม่ใช้การสนับสนุนให้มีการทำแท้งทุกกรณี⁷ ขณะเดียวกัน ภาคประชาสังคมนำโดยเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อมซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐและเอกชนเกือบ 50



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

องค์กร ก็มองว่าถึงเวลาแล้วที่สังคมควรเปิดใจยอมรับการเข้าถึงบริการการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยทั้งเรื่องของสถานพยาบาลและบุคลากรผู้ให้บริการ และควรมีมาตรการรองรับในการช่วยเหลือผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม เช่น การมีบ้านพักตลอด มีกองทุนช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น⁸

ที่น่าสนใจคือเมื่อสวนดุสิตโพลล์สำรวจความคิดเห็นของประชาชนต่อการขยายเงื่อนไขในการทำแท้งอย่างถูกกฎหมายพบว่า ร้อยละ 66 บอกว่าเห็นด้วย และต้องให้ความรู้ควบคู่ไปด้วย แต่ในทันทีก็มีเสียงคัดค้านจากนายกรัฐมนตรีว่า กฎหมายที่มีอยู่นั้นถือว่าอยู่ในระดับที่เหมาะสมและเพียงพอแล้ว⁹ ในขณะที่ฝ่ายนิติบัญญัติแสดงความเห็นว่าการแก้กฎหมายเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ควรเพิ่มมาตรการเชิงป้องกันปัญหาท้องไม่พร้อมมากกว่า¹⁰

เสียงส่วนใหญ่อยากให้มีการสอนเพศศึกษา เพื่อลดปัญหาท้องไม่พร้อมและทำแท้ง

“สะกิด รร. ‘เลิกอ้าอึ้ง’ สอนเรื่องเพศ”¹¹
 “ชี้อแม่ – ครูร่วมสอนเช็กลปลอดภัย”¹²
 “ผู้ปกครองเห็นด้วยกว่า 90% สอนเพศศึกษา สักดทำแท้ง”¹³

ในบรรดาข้อเสนอเชิงนโยบายจากภาคส่วนต่างๆ ของสังคม ข้อเสนอว่าด้วยการจัดให้มีการเรียนการสอนเพศศึกษาที่มีเนื้อหาครอบคลุมถึงวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์นั้นว่าเป็นสิ่งที่ได้รับการเสนอและมีเสียงสนับสนุนมากที่สุด แม้แต่ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม หรือที่รู้จักกันในนามของ “ศูนย์คุณธรรม” ก็ได้แสดงจุดยืนที่ชัดเจนในเรื่องนี้ รวมถึงสนับสนุนแนวคิดที่จะให้นักเรียนนักศึกษาที่ตั้งครรภ์ได้รับการดูแลประคับประคองให้สามารถเรียนต่อและดูแลตัวเองและบุตรได้

นางสาวนราทิพย์ พุ่มทรัพย์ ผู้อำนวยการศูนย์คุณธรรม กล่าวว่า “อย่ามองว่าเป็นเรื่องลามกอนาจาร สังคมไทยเปลี่ยนไปแล้ว ... ต้องหันหน้ามาช่วยกัน ไม่ใช่

เด็กท้องแล้วไล่ออก ... เด็กกลัวถูกไล่ออกจากโรงเรียน
ก็หนีไปทำแท้ง”¹⁴ ขณะที่ นายชินภัทร ภูมิรัตน เลขาธิการ
คณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (กพฐ.) ให้สัมภาษณ์
ว่าได้มอบให้สำนักวิชาการและมาตรฐานการศึกษา
สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เป็น
ผู้วิเคราะห์ว่า วิธีการสอนเพศศึกษาที่ถูกต้องและเหมาะสม
ควรทำอย่างไร และมองว่าเป็นเรื่องที่หลายหน่วยงานต้อง
ร่วมมือกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระทรวงสาธารณสุข
และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
“ยอมรับว่าการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหา
การทำแท้ง แต่ไม่ใช่เป็นคำตอบสุดท้าย ...ต้องขึ้นอยู่กับ
มาตรการทางสังคมและมาตรการทางกฎหมายด้วย”¹⁵

การป้องกันและแก้ไขปัญหการทำแท้งเถื่อน ให้ได้ผล – บทเรียนจากนานาชาติ

**1. อัตราการทำแท้งจะลดลงได้ถ้าประชาชน
มีความรู้ที่ถูกต้องเรื่องการคุมกำเนิดและเข้าถึงระบบ
บริการคุมกำเนิดได้อย่างทั่วถึง** การศึกษาเปรียบเทียบ
ประสบการณ์ของประเทศต่างๆ ทั่วโลกพบว่าอัตราการทำแท้ง
ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับสถานะทางกฎหมาย
ของการทำแท้ง เช่น ในประเทศแถบละตินอเมริกาซึ่งห้าม
ทำแท้งอย่างเข้มงวด แต่อัตราการทำแท้งต่อปีกลับสูงมาก
ในประเทศแถบยุโรปตะวันออกซึ่งกฎหมายเปิดทาง
ให้ทำแท้งได้ แต่อัตราการทำแท้งกลับต่ำมาก ขณะที่ใน
กรณีของประเทศเวียดนามซึ่งอนุญาตให้ทำแท้งได้อย่าง
ถูกกฎหมาย แต่อัตราการทำแท้งสูงติดอันดับโลก รายงาน
วิจัยนี้พบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้อัตราการทำแท้งลดลงคือ
ระบบบริการสุขภาพด้านการคุมกำเนิดที่ทั่วถึงและมี
ประสิทธิภาพ¹⁶

**2. อัตราการบาดเจ็บและล้มตายเพราะการ
ทำแท้งที่ไม่ได้มาตรฐานจะลดลงเมื่อกฎหมายเปิด
ทางให้มีการทำแท้งอย่างถูกหลักการแพทย์ ครอบคลุม
สภาพปัญหาที่แท้จริงและจัดบริการไว้อย่างพอเพียง**

- ชากตัวอ่อนอายุในครรภ์หลายเดือนที่พบในวัด
ไผ่เงินโชตนาราม สะท้อนชัดว่า มีการทำแท้ง
อย่างไม่ถูกหลักการแพทย์เกิดขึ้นอย่าง
แพร่หลาย ข้อมูลที่ชากหายไปจากข่าวคือ อัตรา
การบาดเจ็บและเสียชีวิตของผู้หญิงเจ้าของ
ครรภ์ หลายประเทศมีประสบการณ์ที่ชี้ให้เห็น

ว่าถ้ากฎหมายอนุญาตให้ผู้หญิงทำแท้งอย่าง
ปลอดภัยภายใต้เหตุผลความจำเป็นต่างๆ
จะสามารถช่วยรักษาชีวิตผู้หญิงไว้ได้มาก เช่น
ที่แอฟริกาใต้หลังการแก้กฎหมายทำแท้งได้
6 ปี พบว่า อัตราการตายจากการทำแท้งที่
ไม่ได้มาตรฐานลดลงครึ่งหนึ่ง เช่นเดียวกับ
ที่เนปาลหลังแก้กฎหมายทำแท้งให้เปิดกว้าง
มากยิ่งขึ้นเมื่อปี 2547¹⁷

- แต่ลำพังกฎหมายทำแท้งเพียงอย่างเดียวยังไม่
สามารถลดอัตราการตายและบาดเจ็บจากการ
ทำแท้งเถื่อนได้ ตัวอย่างจากอินเดียชี้ชัดว่า
แม้จะอนุญาตให้ผู้หญิงทำแท้งอย่างถูกกฎหมาย
มานานกว่า 30 ปีแล้ว แต่อัตราการทำแท้ง
ที่ไม่ปลอดภัยกลับสูงมาก เพราะระบบบริการ
ทำแท้งของภาครัฐไม่มีคุณภาพเพียงพอ ผู้หญิง
ที่มีฐานะดีจะเลือกไปทำที่โรงพยาบาลเอกชน
และมักจะปลอดภัย ตรงข้ามกับผู้หญิงที่ยากจน
ซึ่งต้องใช้บริการจากโรงพยาบาลรัฐที่มีสภาพ
ไม่สะอาด แพทย์ขาดการฝึกอบรมให้มีทักษะ
ในการรักษา และไม่มีมาตรฐานในการรักษา
ความลับและความเป็นส่วนตัวของคนไข้ที่ตีพอน
นอกจากนี้ถ้าผู้หญิงมาขอรับการรักษาเพียง
ลำพัง ไม่มีสามีมาด้วย หรือมีสามีแล้วแต่ยัง
ไม่มีลูก แพทย์ก็มักปฏิเสธที่จะให้การรักษา
ทำให้ต้องหนีไปหาผู้ให้บริการนอกระบบที่ไม่มี
คุณภาพเพียงพอ¹⁸

บริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยครบวงจร: เรียนรู้จากภูมิภาคสู่การพัฒนา ในประเทศไทย

เมื่อวันที่ 17 – 18 มกราคม 2554 มีการประชุม
ระดับภูมิภาคเอเชียเรื่อง บริการดูแลรักษาการยุติการ
ตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและครบวงจร ณ กรุงกัวลาลัมเปอร์
ประเทศมาเลเซีย เพื่อแลกเปลี่ยนความก้าวหน้า
การดำเนินงานการเข้าถึงบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย
ในภูมิภาค วิเคราะห์ค้นหาประเด็นและบริบทความท้าทาย
ในการทำงานเพื่อการดูแลรักษาการยุติการตั้งครรภ์อย่าง
ครบวงจร และเสริมสร้างความตระหนักและพันธสัญญา
ในส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาบริการยุติการ

ตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การพัฒนางานบริการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ของตัวแทนประเทศที่เข้าร่วมประชุม พบความน่าสนใจในแต่ละประเทศดังนี้¹⁹

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

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

ฟิลิปปินส์ การเป็นประเทศคาทอลิกที่เข้มแข็งทำให้การยุติการตั้งครรภ์เป็นไปไม่ได้ในทุกกรณี แม้ว่าหญิงนั้นจะมีอาการตกเลือดหรือติดเชื้อในกระแสเลือด ก็อาจถูกปฏิเสธบริการจากโรงพยาบาลได้ การทำงานของคลินิกขององค์กรพัฒนาเอกชน จึงทำได้ด้วยความยากลำบาก และต้องทำงานในลักษณะใต้ดิน กลุ่มสิทธิผู้หญิงที่เข้าร่วมประชุมนี้จึงได้นำเสนอวิธีทัศนเพื่อสร้างความตระหนักให้กับสังคมในรูปแบบชีวิตที่ผู้หญิงต้องและทำแท้งต้องเผชิญ การผลักดันนโยบายของประเทศนี้จึงใช้กรอบของสิทธิสุขภาพของผู้หญิงคือสิทธิมนุษยชน

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

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

ปากีสถาน มีการรวมกลุ่มสตรีนรีแพทย์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรึกษาและส่งต่อบริการยุติการตั้งครรภ์ การศึกษาเบื้องต้นพบว่าแพทย์ไม่ยินดียุติการตั้งครรภ์เพราะความไม่มั่นใจในองค์ความรู้และทักษะการให้บริการ การรวมกลุ่มกันนี้ทำให้แพทย์ที่มีทัศนคติลังเลต่อการให้บริการ ปรับทัศนคติและหันมาให้บริการที่ปลอดภัยด้วย

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

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

ขณะที่กฎหมายของไทยที่เกี่ยวข้องกับการยุติการตั้งครรภ์เป็นกฎหมายอาญา ในกรณีเป็นอันตรายต่อชีวิตในด้านสุขภาพกาย-ใจ ช่มชืด และล่วงละเมิดทางเพศ ในหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี ความเข้มงวดของกฎหมายส่งผลต่อทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ ทำให้เข้าถึงบริการที่ปลอดภัยได้ยาก และที่สำคัญคือ **การยุติการตั้งครรภ์เป็นประเด็นจริยธรรมในสังคมไทยที่สำคัญ ทำให้ทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนต้องดำเนินงานด้วยความระมัดระวัง** แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยมีการตอบสนองปัญหาในระดับชาติ เช่น ยุทธศาสตร์ช่วยเหลือนักเรียนและเยาวชนที่ท้องไม่พร้อม พระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นต้น แต่ก็มุ่งประเด็นไปที่การป้องกัน และการดูแลแม่วัยเยาว์เป็นหลัก

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

การที่ประเทศไทยเรายังเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาการทำแท้งเถื่อนเกิดขึ้นและดำรงอยู่มาไม่น้อยกว่า 50 ปี ผนวกกับพันธสัญญาที่ได้ให้ไว้กับประชาคมโลก ในการปรับปรุงสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของประชาชนดังที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการด้านประชากร

และการพัฒนา ค.ศ. 1994 แผนปฏิบัติการด้านพัฒนาสตรี ค.ศ. 1995 และเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่ต้องบรรลุใน ค.ศ. 2015 รัฐบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ปัญหาทำแท้งเถื่อนเฝ้าภัยไปตามกระแสข่าว แต่ควรถือเป็นโอกาสที่สังคมตื่นตัวเป็นอย่างยิ่งนี้ ลงมือสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดโดยเร็ว อย่างน้อยก็ในประเด็นต่อไปนี้

1. ผู้หญิงที่ประสบปัญหาท้องไม่พร้อมที่เข้าข่ายยุติการตั้งครรภ์ได้ตามกฎหมาย ต้องได้รับบริการที่ปลอดภัย โดยมีบริการดูแลรักษาการยุติการตั้งครรภ์อย่างครบวงจร โดยเฉพาะในระบบบริการของภาครัฐ

2. ลดการใช้วิธีการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัย และเพิ่มการใช้วิธีการที่ปลอดภัยในระบบบริการสุขภาพ โดยเพิ่มคุณภาพของการรักษาด้วยเทคนิควิธีการทางการแพทย์สมัยใหม่ เช่น การทำแท้งโดยการใส่ยา (Medical Abortion) การทำแท้งโดยระบบสุญญากาศ (Manual Vacuum Aspiration) เพื่อลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของการทำแท้งลงด้วย²⁰

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



ปฏิรูปประเทศไทยเพื่อแก้ไข ความขัดแย้งทางการเมือง: ฟินไกล...แต่อาจไปไม่ถึง!



ความขัดแย้งที่เกิดจากเหตุการณ์
ชุมนุมและนำไปสู่การจลาจลทาง
การเมือง ตั้งแต่มีอบสือเหลือง
ต่อต้านระบอบทักษิณ ก่อนการรัฐประหาร
ปี 2549 จนมาสู่การยึดทำเนียบ
และสนามบิน ในปี 2551 พอปี 2552
มีอบสือแดงบุกกลุ่มการประชุมสุดยอด
ผู้นำอาเซียนบวก 6 ที่โรงแรมในพญา
และปี 2553 ก็เกิดมีอบสือแดง นำไป
สู่เหตุการณ์รุนแรงที่สี่แยกคอกวัว
และราชประสงค์ และจนบัดนี้ มีอบการเมือง
ก็ยังคงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ไม่มีทีท่าจะจบ
สิ้นได้ง่ายๆ ทลายฝ่ายสรุปว่า ความขัดแย้ง
นี้มีสาเหตุหลักมาจากความเหลื่อมล้ำในสังคม
สภาพการณ์สองมาตรฐาน และความล้มเหลวของ
ตุลาการภิวัตน์ นำมาสู่ความคิดที่ว่าประเทศไทยต้องการ
การปฏิรูป แบบยกเครื่องสุดๆ ทุกๆ เรื่อง ...ฟินนี้จะไปไกลได้แค่ไหน
เวลาเท่านั้นคือคำตอบ

ปี 2553 ปีที่เหตุการณ์ความรุนแรง ในประเทศไทยติดอันดับโลก และปีเริ่มต้นปฏิรูปประเทศไทย

ปี 2553 การชุมนุมของมีอบสือแดง เพื่อเรียกร้อง
ให้รัฐบาลยุบสภา จนเกิดความรุนแรงเมื่อเดือนเมษายนถึง
พฤษภาคม 2553 ที่ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิต 92 ศพ และ
ผู้บาดเจ็บเกือบ 2 พันคน ทำให้เหตุการณ์นี้ติดข่าวสำคัญ
อันดับโลก ได้แก่ สำนักข่าวซีเอ็นเอ็น ยกกรณีมีอบสือแดง

ในไทย เป็นอันดับ 1 สุดยอดเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงโลก¹
นิตยสารไทม์ จัดให้การชุมนุมใหญ่ของสือแดง ติดอันดับ
10 ของสิบข่าวเด่นทั่วโลกในปี 2553² ขณะที่ในระดับ
ภูมิภาค หนังสือพิมพ์ สเตรทไทมส์ ของสิงคโปร์ รายงาน
ว่า หัวหน้าคณะนักวิจัยด้านเศรษฐกิจจากธนาคาร HSBC
ฮ่องกง ระบุว่า เหตุจลาจลในเดือนเมษายน - พฤษภาคม
2553 คือ ภาพสะท้อนความขัดแย้งทางการเมืองที่
เลวร้ายและสร้างความสูญเสียทางเศรษฐกิจให้กับไทย
มากที่สุดในรอบ 20 ปี³

ความบอบช้ำอย่างหนักเกิดกับประเทศ ประชาชน
แตกแยกรุนแรงอย่างที่ไม่เคยมีมาก่อน มาตรการสร้าง
ความปรองดองสมานฉันท์ เพื่อเยียวยาบาดแผลที่บาด
ลึก และคืนความสงบสุขให้บ้านเมืองถูกนำเสนอจากหลาย
ภาคส่วน ก่อนจะตกผลึกเป็น “การปฏิรูปประเทศไทย
ครั้งใหญ่” เพื่อแก้ไขปัญหา “ความไม่เป็นธรรม” และ
“ความเหลื่อมล้ำ” และ “ภาวะสองมาตรฐาน” ที่เชื่อกัน
ว่าเป็นชนวนเหตุสำคัญที่จุดไฟความไม่สงบทางการเมือง
ให้ยืดเยื้อมานานหลายปี มาตรการที่ว่านี้ มีทั้งผู้ที่มีมองว่า
เป็นการ “ซื้อเวลา” ของรัฐบาล เป็นเรื่องเพื่อฝัน แต่ก็มี
ผู้ที่ให้กำลังใจ และเห็นว่าดีกว่า...ไม่ทำอะไรเลย

บุคคลสองคนที่ได้รับความเคารพ เชื่อถือจากสังคม
คือ นายอานันท์ ปันยารชุน อดีตนายกรัฐมนตรี และ
นายแพทย์ประเวศ วะสี รับเทียบเชิญจากนายอภิสิทธิ์
เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี (ซึ่งได้รับข้อเสนอจากภาคประชา
สังคมมาอีกต่อหนึ่ง) เข้ามาเป็นประธานคณะกรรมการ
ปฏิรูป (คปร.) และประธานคณะกรรมการสมัชชาปฏิรูป
(คสป.) ตามลำดับ

*“คณะกรรมการปฏิรูป 2 ชุด คล้ายฝาแฝดอิน – จัน
ต้องไปด้วย ทำอะไรร่วมกัน ทำคนละเรื่องในเรื่องเดียวกัน
สิ่งที่เราจะทำคือ การเปลี่ยนสังคมไทยให้เป็นสังคมที่มี
ความยุติธรรมมากกว่าในอดีต มีความเหลื่อมล้ำน้อยกว่า
ในอดีต เป็นระเบียบวาระของชาติที่ไม่ต้องอาศัยรัฐบาล
ไหน หรือคนใดโดยต้องได้รับการสนับสนุนจากประชาชน”*
ประธานคณะกรรมการปฏิรูปเปิดใจ และย้ำ ว่าข้อเสนอ
ของคณะกรรมการฯ *“ต้องอยู่บนพื้นฐานของความจริง
ของสังคมไทย แท้ต้องติดดิน จะไม่เสนออะไรที่เป็น
นามธรรม จะเสนอเป็นแผนการปฏิบัติ ที่รัฐบาล ราชการ
เอกชน สามารถนำไปปฏิบัติได้ ทำได้ทันที”*

ก่อนหน้านั้น มีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้น 4 ชุด
ได้แก่ คณะกรรมการปฏิรูปตำรวจ คณะกรรมการปฏิรูปสื่อ
แต่ที่ถูกต่อต้านจากพรรคเพื่อไทยและแนวร่วมประชาชน
ต่อต้านเผด็จการแห่งชาติ (นปช.) ว่า “ไม่เป็นกลางและ
ไม่อิสระจริง”⁵ คือ “ดร.คณิต ฒ นคร” อดีตอัยการสูงสุด
ประธานคณะกรรมการอิสระเพื่อตรวจสอบและค้นหา
ความจริงเพื่อการปรองดองแห่งชาติ (คอป.) และ “ดร.สมบัติ
ธำรงธัญวงศ์” อธิการบดีสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
(นิด้า) ประธานคณะกรรมการอิสระพิจารณาแนวทาง
แก้ไขรัฐธรรมนูญ

อย่างไรก็ตาม 38 เครือข่ายนักศึกษาและภาค
ประชาชน ออกจดหมายเปิดผนึกลงวันที่ 24 มิถุนายน
2553 เรื่อง “คัดค้านวาทกรรมอำพราง ต่อต้าน
กระบวนการปฏิรูปประเทศไทยอำมหิต” เพราะมองว่าการ
ปฏิรูปประเทศไทยเป็นเพียงเครื่องมือที่รัฐบาลใช้เบี่ยงเบน
ประเด็นความสนใจของสังคมต่อข้อเรียกร้องที่ให้มีการ
พิสูจน์ข้อเท็จจริงและรับผิดชอบในกรณีที่มีผู้เสียชีวิต
ผู้สูญหาย และผู้บาดเจ็บนับพันรายจากการที่รัฐบาลสั่ง
“กระชับพื้นที่” การชุมนุมของคนเสื้อแดงในช่วงเดือน
เมษายน – พฤษภาคม 2553 และแย้งว่า “ความไม่เสมอ
ภาคทางการเมือง” ต่างหากคือประเด็นขัดแย้งหลักของ
สังคมไทย

สังคมไทย...ยังไม่หยุดแตก

แต่การขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศไทยครั้งใหญ่
ก็เดินหน้าไปอย่างเงิบเงียบ ท่ามกลางการโรมรันพันธุ
รอบใหม่ของผู้คนในสังคม กลุ่ม “คนเสื้อแดง” หรือ นปช.
เคลื่อนไหวบวมอีกครั้งด้วยปฏิบัติการเรียกร้องความเป็น
ธรรมให้ปล่อยตัว หรือให้ประกันประกันและผู้ร่วมชุมนุม
ที่ถูกคุมขัง โดยนัดชุมนุมกันเดือนละ 2 ครั้ง ในพื้นที่
อนุสาวรีย์ประชาธิปไตย และย่านราชประสงค์ จนเกิด
การกระทบกระทั่งกับผู้ค้าในย่านนั้นในที่สุด

ในขณะที่ “กลุ่มคนเสื้อเหลือง” หรือพันธมิตร
ประชาชนเพื่อประชาธิปไตย ที่ “แยกร่าง” ไปเป็นพรรค
การเมืองใหม่ แต่ไม่ประสบความสำเร็จในเวทีเลือกตั้ง
ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น ก็เริ่มมี “สัมพันธภาพที่
แปลกแปร่ง” กับรัฐบาล โดยเฉพาะพรรคประชาธิปัตย์
ความสัมพันธ์ดังเหวลงตามลำดับ จนมาถึงขั้น “ผีไม่เผา
เงาไม่เหยียบ” เมื่อเห็นไม่ตรงกันเรื่องการทวงคืนดินแดน
และปราสาทเขาพระวิหาร จนกระทั่งเคลื่อนไหวลงสู่
ท้องถนน ประกาศชุมนุมยึดเยื่ออีกครั้งเมื่อวันที่ 25
มกราคม 2554⁶

ด้านพรรคเพื่อไทยยังคงพนักกำลังเป็นเนื้อเดียวกัน
กับกลุ่มคนเสื้อแดง โดยเฉพาะ “นายจุฑาพร พรหมพันธ์”
ที่รับบท “หัวหมู่ทะลวงฟัน” เปิดศึกปะ ฉะ ฉะ “นายธาริต
เพ็งดิษฐ์” อธิบดีกรมสอบสวนคดีพิเศษ (ดีเอสไอ) ที่
เดินหน้าลุยจับผู้ต้องหาคดีก่อการร้ายได้อย่างต่อเนื่อง
แต่ภายในพรรคเพื่อไทยเองก็มีข่าวคราวความขัดแย้ง
แตกแยก ทั้งความไม่ลงตัวของตำแหน่งหัวหน้าพรรค

ไปจนถึงการขับสมาชิกพรรคบางคนที่เอาใจออกห่าง เพราะ เจอ “พลังดูด” จากพรรคภูมิใจไทย รวมไปถึงข่าวคราว การแตกเป็นหลายก๊กหลายกลุ่มของ นปช. คนเสื้อแดง⁷ และปรากฏการณ์ “น้ำแยกสาย ไฟแยกกอก” ของพันธมิตรฯ และคนเสื้อเหลือง⁸

แต่ที่ยังทรงอิทธิพล ทำให้ประเทศไทยปั่นป่วน ต่อเนื่องมาหลายปี ก็คือความเคลื่อนไหวของอดีตนายกรัฐมนตรี “พ.ต.ท.ดร.ทักษิณ ชินวัตร” ที่นอกจากจะ “ทวิต” “โฟนิน” “วิดีโอลิงค์” มายังกลุ่มผู้สนับสนุนโดยสม่ำเสมอ แล้ว ยังก้าวไปเป็นที่ปรึกษาทางเศรษฐกิจ ให้กับนายกรัฐมนตรีก็มพูชา ช่วงปลายปี 2552 ก่อนจะลาออกในเดือนสิงหาคม 2553

ผลพวงความสัมพันธ์ของ “ทักษิณ – ชุนเซ็น” ได้ทำให้ความสัมพันธ์ที่ยาวนานถึง 60 ปี ระหว่าง “ไทย – กัมพูชา” ต้อง “ลดระดับลง” และมีความตึงเครียดยืดเยื้อตามมา เมื่อผนวกกับ “ปมทางประวัติศาสตร์” ที่คาใจกันมานาน ผลานกับปัญหาปราสาทเขาพระวิหาร จึงบานปลายกลายเป็นการปะทะกันที่ชายแดนบริเวณ อ.กันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ ตอนต้นปี 2554 และในห้วงเวลาใกล้เคียงกันนั้น “โรเบิร์ต อัมสเตอร์ดัม” ทนายความส่วนตัวของอดีตนายกฯ ทักษิณ ก็ได้ยื่นฟ้อง นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรีไทย ต่อศาลอาญาระหว่างประเทศในข้อหาสังคายนาการชุมนุมคนเสื้อแดง⁹

กว่าถั่วจะสุก...งาก็ไหม้?

จากสภาพการณ์ข้างต้น จะเห็นได้ว่าการโรมรันพันตูทางการเมืองของตัวละครในสถานการณ์เมือง แทบจะไม่ได้ลดระดับลงไปเลย เพียงแต่ยังไม่เข้าสู่ “เขตอันตราย” ด้วยการใช้อำนาจรุนแรงเหมือนห้วงเวลาก่อนหน้าเท่านั้น แต่มีแนวโน้มสูงมากที่จะเกิดเหตุการณ์ความไม่สงบขึ้นมาอีกครั้ง

คำถามคือ งานของคณะกรรมการชุดต่างๆ ที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อให้สร้างการปฏิรูป โปร่งดอง สมานฉันท์ ที่หลายภาคส่วนตั้งความหวังให้เป็น “ทางออก” ของวิกฤตการณ์ของบ้านเมือง จะมีโอกาสเป็นเช่นนั้นได้หรือไม่ หรือจะเข้าตำรา “กว่าถั่วจะสุก งาก็ไหม้” ไปเสียก่อน

ต่อเรื่องนี้ ดร.ณรงค์ เพ็ชรประเสริฐ อาจารย์ประจำคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ควมรวมนที่นักรวมการทั้งชุด คปร. และ คสป. ได้ให้รายละเอียด

สำคัญว่า 3 เดือนที่ผ่านมา (กรกฎาคม – สิงหาคม 2553) เป็นช่วงของการประชุมเพื่อกำหนดกรอบให้ชัดเจน ซึ่งสรุปเป้าหมายหลักได้ว่าจะ “สร้างความเป็นธรรม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในสังคม” โดยจะมียุทธศาสตร์เพื่อลดความเหลื่อมล้ำทั้ง 5 มิติ คือ เศรษฐกิจ สิทธิ โอกาส อำนาจต่อรอง และรายได้ โดยจะต้องทำการ “ปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจ” ก่อน เพราะเรื่องนี้คือ “กุญแจสำคัญ” ที่จะทำให้ทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนไปได้¹⁰

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

ดูที่ทำแล้วเป็นเรื่องที่ “ใหญ่และยาก” เอาการ แต่ ดร.ณรงค์ บอกว่าต้องพยายาม เพราะสภาพปัญหาที่เป็นอยู่เข้าขั้น “ไม่ทำไม่ได้แล้ว” อย่างน้อยๆ ก็ต้องไม่ให้อำนาจส่วนใดส่วนหนึ่งของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมีมากเกินไปจนต่อรองกันไม่ได้ และ

“ประธานคณะกรรมการปฏิรูปท่านก็บอกว่า เราทำของเราไป ไม่สนใจว่ารัฐบาลจะอยู่หรือไป ถ้ารัฐบาลนี้ไป เราก็ลาออก รัฐบาลใหม่มาถ้าเขาให้เราทำงานต่อ เราก็กินดี เพราะสิ่งที่ทำนั้น ไม่ได้ขึ้นอยู่กับว่ารัฐบาลจะเห็นด้วยหรือไม่ หน้าที่เราคงแค่บอกสังคมว่า พวกเราทั้งสังคมจะปฏิรูปกันใหม่ จะไปทางสายนี้กันหรือไม่ ถ้าตกลงจะไปด้วยกัน...จะไปกันอย่างไร แต่ถ้าทุกคนในสังคมบอกว่าไม่ไป...มันก็จบ”



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

จากปฏิรูป...สู่ประชาวิวัฒน์

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

- (1) ยุทธศาสตร์การสร้างอนาคตของชาติด้วยการพัฒนาเด็กและเยาวชน
- (2) ยุทธศาสตร์การยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนและขยายระบบสวัสดิการสังคม
- (3) ยุทธศาสตร์การปฏิรูปกระบวนการยุติธรรมการเมือง และความไม่เท่าเทียมในสังคม และ
- (4) ยุทธศาสตร์การสร้างระบบเศรษฐกิจที่เท่าเทียมและเป็นธรรม

แผนปฏิบัติการดังกล่าว ดูเผินๆ แล้วราวกับว่ารัฐบาลได้ชิงตัดหน้า “แย่งซีน” คณะกรรมการปฏิรูป โดยเฉพาะในยุทธศาสตร์ที่ 4 นั้น เป็นมาตรการเดียวกันกับ “ของขวัญปีใหม่” ที่มอบให้ประชาชน 9 ข้อ ที่เป็นที่รู้จักในเวลาต่อมาว่า โครงการ “ประชาวิวัฒน์” มาตรการสำคัญๆ ได้แก่ การลดอาชญากรรมในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 20 ภายใน 6 เดือน ค่าไฟฟรีสำหรับผู้ใช้ไฟน้อยกว่า 90 หน่วยต่อเดือน จัดระบบวินมอเตอร์ไซค์รับจ้างถูกกฎหมาย ให้ผู้ประกอบการอาชีพเข้าถึงแหล่งทุนเพิ่มจุดผ่อนผันให้แม่ค้าหาบเร่แผงลอยขยายการประกันสังคมให้ครอบคลุมชาวไทยทุกคน ลอยตัวก๊าซแอลพีจีสำหรับภาคอุตสาหกรรม ลดต้นทุนราคาอาหารสัตว์และพันธุ์สัตว์ ขยายไข่แบบซังกิโหลฯ ฯลฯ¹¹

เสียงวิพากษ์วิจารณ์ดังขึ้นทันทีว่า “ประชาวิวัฒน์” ก็ไม่ต่างอะไรจาก “ประชานิยม” ในยุครัฐบาลทักษิณ ชินวัตร ซึ่งส่งผลเสียต่อวินัยทางการเงินการคลังของประเทศในระยะยาว แต่ดูเหมือนรัฐบาลจะไม่หวั่นไหว เดินหน้าเต็มสูบ แม้จะถูกโจมตีว่าเป็นการ “ซื้อใจ โปรยาหมมหาเสียงลวงหน้า” เพื่อรองรับการเลือกตั้งที่กำลังจะมาถึงหรือทำให้เจตนารมณ์การปฏิรูปประเทศบิดเบี้ยวไปก็ตาม

ยกแรก...ปฏิรูปที่ดิน

ในที่สุด 7 กุมภาพันธ์ 2554 นายอานันท์ ปันยารชุน ประธานคณะกรรมการปฏิรูปพร้อมคณะกรรมการได้แถลงถึง “ข้อเสนอแรก” ต่อรัฐบาล โดยระบุว่า คณะกรรมการปฏิรูปได้พิจารณาแล้วว่าต้นเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในบ้านเมืองคือการ “ขาดความยุติธรรม” ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำต่ำสูงในสังคม มีการกระจุกตัวของรายได้ที่ดินและทรัพยากร ดังนั้น ข้อเสนอแรกจึงเป็นเรื่อง “การปฏิรูปการจัดการที่ดินเพื่อการเกษตร” ประกอบด้วย 5 ประเด็นสำคัญ คือ¹²

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

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

ของคณะรัฐมนตรีใน 2 สัปดาห์ข้างหน้า โดยร่างกฎหมายที่เกี่ยวกับที่ดินก่อนหน้าคือ ร่างพระราชบัญญัติภาษีที่ดินและสิ่งปลูกสร้างได้ผ่านความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีไปแล้ว¹³

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

สถานการณ์บ้านเมืองในปี 2553 ต่อเนื่องถึงต้นปี 2554 ยังมีแนวโน้มที่ “ลมแห่งความรุนแรงจะพัดวน” เห็นได้จากสารพัดปัจจัยที่มั่วสุมระดม ทั้งมือแบด มือเปลืองที่เคลื่อนไหวลงถนน ขวาลือ ขวาลวงเรื่องการรัฐประหาร ความตึงเครียดที่ชายแดนตะวันออก ฝ่ายค้านจ้องกลืนอภิปรายรัฐบาล ข้าราชการแพ่ง ภัยแล้ง ภัยน้ำ กำลังจะตามมา ฯลฯ

ในสภาพการณ์เช่นนี้ มีบางฝ่ายคาดการณ์ว่านายกรัฐมนตรีอาจตัดสินใจ “ตัดไฟแต่ต้นลม” ด้วยการประกาศยุบสภา นำพาประเทศชาติเข้าสู่ “โหมดการเลือกตั้ง” เพื่อให้เกิดบรรยากาศทางการเมืองใหม่ๆ แต่บ้างก็ว่ารัฐบาล “อาจอยู่ยาว” ด้วยเงื่อนไขที่นายกรัฐมนตรีเคยย้ำไว้หลายต่อหลายครั้งว่า...ถ้ายุบสภาแล้วบ้านเมืองจะวุ่นวาย ยุบแล้วแก้ปัญหาไม่ได้...ก็ไม่ว่า ทั้งนี้ยังไม่รวมถึงท่าทีของพรรคร่วมรัฐบาลที่เชียร์ให้นายกฯ ไม่ยุบสภา หรือความเห็นจาก พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ผู้บัญชาการทหารบกที่ส่งสัญญาณว่ายังไม่ควรมีการยุบสภา เพราะสถานการณ์ต่างๆ ยังวุ่นวายอยู่¹⁴

นั่นคือ สิ่งที่เกิดขึ้น...ที่อาจสรุปได้ว่า...จะยุบสภา...หรือไม่ยุบสภา มีโอกาสที่ความขัดแย้ง แตกแยก วุ่นวายจะเกิดขึ้นได้ทั้งขึ้นทั้งล่อง เพราะดูเหมือนมันจะเป็นการโรมรันทางการเมืองด้วย “เรื่องเฉพาะหน้า” ไม่ได้เน้นหนักในเรื่องของปัญหาความไม่ยุติธรรม ความเหลื่อมล้ำ ทั้งๆ ที่เป็นสภาพปัญหาสำคัญที่ดำรงอยู่ในสังคมไทย ในขณะที่ภาระหน้าที่ของคณะที่จะทำการ “ปฏิรูปประเทศไทย” ต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร เพราะไม่ใช่งานง่ายๆ อุปสรรคที่วางกองอยู่ข้างหน้ามันมากมายมหาศาล อาจถือได้ว่าเป็นการวางรากฐานให้กับการแก้ปัญหาใน “ระยะยาว” แต่ก็อีกนั่นแหละ ก็มีการเกรงกันว่าจะไม่ทันกับการ “ถอดสลักระเบิดการเมือง” ที่หากตุ้มตามขึ้นมา ก็อาจไม่มีโอกาสพูดถึงเรื่องการปฏิรูปกันอีกต่อไป

นั่นอาจเป็นเรื่องของคนที่ “มองโลกในแง่ร้าย” จนเกินไป ผู้ที่มองในแง่ดีก็ยังมีอยู่ อาทิ นายธีรยุทธ บุญมี ผู้อำนวยการสถาบันสัญญาธรรมศักดิ์เพื่อประชาธิปไตย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ได้วิเคราะห์การเมืองสังคมไทยครั้งล่าสุดในงานเสวนา “สังคมสวนฯ สังคมไทย” จัดโดยสมาคมศิษย์เก่าสวนกุหลาบวิทยาลัย เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2554 โดยเชื่อว่าปัญหาความขัดแย้งในสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นเสื้อเหลือง เสื้อแดงจะคลี่คลายไปได้ในที่สุด¹⁵

“จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (จลาจลเดือนเมษายน – พฤษภาคม 2553) เดิมผมคิดว่าอาจจะแรงกว่านั้น ทั้งโดยเงื่อนไข และมีคนผลักดันเต็มที่ มันน่าจะเลวร้ายกว่านั้นเยอะ แต่ความเสียหายที่เกิดขึ้น เทียบกับสถานการณ์ที่ถูกปลุกขึ้นมา ถือว่าไม่มากจนเกินไปนัก แม้ว่าน่าเสียดายที่เกิดขึ้นก็ตาม นี่เป็นแง่ดีของสังคมไทยที่ไม่เคยขัดแย้งกันสุดขีด เพราะมีหลายกลุ่มที่ผูกกันไปมาเป็นพวกพ้องกัน จึงไม่ทำตัวเป็นชนชั้น สองชนชั้น เป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ ที่ออกมาทะเลาะกัน...ไม่เคยมี ผมเชื่อว่าเรื่องเสื้อเหลือง เสื้อแดง กำลังคลี่คลายไปโดยธรรมชาติ แต่จะให้มีมาสมานฉันท์ด้วยคำพูดคงไม่ได้ เพราะคนไทยติดเรื่องหน้าตา ใครผิด ใครถูก ต้องพูดกันให้ชัด ฉะนั้นขอโทษๆ คงไม่เกิด ผมรอให้เวลามันคลี่คลาย แล้วทุกอย่างจะดีขึ้นเอง”

แต่สำหรับเรื่อง “การปฏิรูปการเมือง” นายธีรยุทธ กลับ “พันง” ลงไปเลยว่า “ไม่คิดว่าจะมีโอกาสเกิดการปฏิรูปใดๆ ได้แม้ว่าเมืองไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยก็ตาม” โดยให้เหตุผลว่า “เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นแล้ว เราไม่มีความมุ่งมั่นพอที่จะแก้ปัญหาให้คลี่คลายเราเคยเชื่อว่าเวลาคลี่คลาย (ปัญหา) ได้ โครงสร้างเราใหญ่ เผลอหลงตัวได้โดยมือที่มองไม่เห็นหรือที่มักพูดว่า พระสยามเทวาธิราช คุ่มครอง”

แต่ในทัศนะของ ดร.เกษียร เตชะพีระ แห่งคณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ กลับมองว่า “บาดแผลใจกลางสังคมไทยที่กว้าง ลึก และเจ็บซ้ำสาหัสอย่างไม่เคยมีมาก่อนขนาดนั้นย่อมมีอาจปิดเป่าพวงหายไปได้เพียงด้วยลมปากโฆษณาปรองดองสมานฉันท์ ซึ่งกระจายขยายเสียงผูกขาดช่องทางสื่อสารมวลชนกลืนกลบสำเนียงเสียงอื่น น่าจะเป็นไปได้มากกว่าว่ามันอยู่ในสภาพเก็บกด – ซึมลึก รอวันเวลาและเวทีที่จะระบายออกเหมือนภาวะอากาศนิ่งลมสงบก่อนพายุฝนใหญ่”¹⁶

ยุติธรรมไม่มา ปัญหาไฟใต้ไม่จบ

ก ความไม่สงบในพื้นที่ภาคใต้เข้าสู่ปีที่ 7 ทำให้ประเทศไทยติดอันดับ 9 จาก 196 ประเทศเสี่ยงภัยก่อการร้าย แม้รัฐทุ่มเงินดับไฟใต้พุ่งสูงถึง 1.45 แสนล้านบาท แต่สถานการณ์ยังไม่บรรเทา รวม 7 ปีเกิดเหตุรุนแรงกว่าหมื่นครั้ง ตายกว่า 4 พันศพ เจ็บกว่า 7 พันเด็กกำพร้าครึ่งหมื่น ทลึงหม้าย 2 พันคน ขณะที่การจัดการด้านคดียังมีปัญหา คดีความมั่นคงกว่า 7 พันคดี ศาลตัดสินได้แค่ 256 คดี แคมยกฟ้องเกือบครึ่ง แม้ช่วงต้นปี 2553 ภาครัฐประเมินว่า เหตุร้ายลดลง แต่นับจากกลางปีต่อต้นปี 2554 สถานการณ์ก็กลับมารุนแรงอีกครั้ง ผลการสำรวจความคิดเห็นของชาวบ้านปรากฏว่า ความไม่เป็นธรรมจากเจ้าหน้าที่รัฐ ยังเป็นปัญหาอันดับหนึ่งที่ต้องเร่งแก้ไข

ยังคงความรุนแรงไม่แปรเปลี่ยน ภาคต้องปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ?

ผลพวงของความไม่สงบที่เกิดขึ้นในพื้นที่ภาคใต้ยังคงเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บริษัท เมเปิลครอฟต์ ซึ่งเป็นบริษัทที่ปรึกษาความเสี่ยงภัยก่อการร้ายในอังกฤษ ขยับให้ประเทศไทยขึ้นมามีอันดับที่ 9 จากอันดับ 11 เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนหน้า โดยดูจากความถี่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ จำนวนผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในรอบ 6 เดือน¹

ดร.สุรชาติ บำรุงสุข นักวิชาการด้านความมั่นคง คาดการณ์ถึงแนวโน้มเหตุการณ์ความรุนแรงในพื้นที่ภาคใต้ในปี 2553 ว่า แม้การจับอาวุธลุกขึ้นสู้กับรัฐบาลของขบวนการในภาคใต้จะถูกแทรกซ้อนด้วยปัญหาอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มค้าของเถื่อน ยาเสพติด กลุ่มผลประโยชน์ อิทธิพลท้องถิ่น แต่ก็มิใช่ทำให้ทิศทางของสงครามที่เกิดขึ้นเปลี่ยนแปลงไป สิ่งที่เกิดขึ้นและเห็นได้ชัดเจนในความเป็นจริงก็คือ ความรุนแรงในภาคใต้เป็น “สงครามการเมือง” เป็นการจับอาวุธลุกขึ้นสู้ต่อต้านอำนาจของรัฐบาลไทย โดยอาศัยการปลุกระดมมวลชนเป็นพื้นฐาน พร้อมกับขับเคลื่อนการต่อสู้ด้วยประวัติศาสตร์ ศาสนา และชาติพันธุ์

เพื่อหวังนำไปสู่เป้าหมาย “กวาดล้างอำนาจรัฐเดิม และสถาปนาอำนาจรัฐใหม่”²

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

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



หลุดรอดจนเป็นข่าวตามหน้าหนังสือพิมพ์ จึงเรียกร้องให้รัฐบาลปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่รัฐที่รับผิดชอบในพื้นที่ รวมถึงหากปรับเปลี่ยนผู้บัญชาการทหารบก (ผบ.ทบ.) ได้ด้วยก็ดี⁴

จุดเปลี่ยนของปัญหา อยู่ที่ความยุติธรรม ต้องมาก่อน

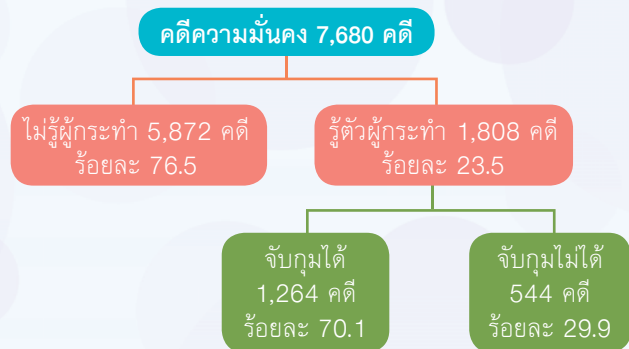
นายนิพนธ์ บุญญามณี ส.ส.สงขลา พรรคประชาธิปัตย์ ยอมรับว่าปฏิบัติการทางทหารของฝ่ายความมั่นคงน่าจะมาถึงจุดอิ่มตัว ขณะที่การจัดงบประมาณก็ทุ่มไปทำงานพัฒนามากขึ้น แต่จุดเปลี่ยนของปัญหาภาคใต้อยู่ที่การลดความหวาดระแวงของประชาชนที่มีต่อรัฐได้มากที่สุด เริ่มจากกระบวนการยุติธรรมต้องไม่สร้างเงื่อนไขความหวาดระแวง ต้องเป็นที่พึ่งอันมั่นคงให้แก่ประชาชน ต้องเลิก การจับกุมแบบเหวี่ยงแหหรือจับแพะ เพราะที่ผ่านมาคดีความมั่นคงที่ถูกนำขึ้นสู่ศาล ปรากฏว่ายกฟ้องถึงร้อยละ 40 ซึ่งประเด็นนี้เป็นเรื่องสำคัญและละเอียดอ่อนต้องรีบแก้ไข⁵ สอดคล้องกับผู้ที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับการ “ดับไฟใต้” รายอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น ดร.ไกรศักดิ์ ชุณหะวัณ ประธานคณะกรรมการธิการการพัฒนาการเมือง ที่กล่าวว่า “ถึงที่สุดแล้ว การแก้ไขปัญหาย่างถาวรได้ต้องกลับไปที่กระบวนการยุติธรรม เพราะปัจจุบันพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ใช้กฎอัยการศึกที่ไม่ได้ให้ความเป็นธรรมกับผู้ถูกกล่าวหาเลย...เพราะฉะนั้นต้องปฏิรูปเจ้าหน้าที่ที่จับกุมอย่างใหญ่หลวง โดยเฉพาะตำรวจ มิฉะนั้นชาวบ้านจะเกิดความเกลียดชัง ไม่พอใจรัฐบาล”⁶

ขณะเดียวกัน มูลนิธิผสานวัฒนธรรม ก็ออกแถลงการณ์เรียกร้องให้รัฐบาลเพิ่มประสิทธิภาพในการสืบสวนสอบสวน สร้างกลไกด้านความยุติธรรมที่มีประสิทธิภาพ และนำคนผิดมาลงโทษตามกระบวนการยุติธรรม โดยไม่เลือกปฏิบัติ⁷

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

สถิติคดีความมั่นคงในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และอีก 4 อำเภอ ของจังหวัดสงขลา นับตั้งแต่เกิดเหตุการณ์ปล้นปืนเมื่อมกราคม 2547 จนถึงธันวาคม 2553 มีคดีอาญาเกิดขึ้นรวม 77,865 คดี ในจำนวนนี้แยกเป็นคดีความมั่นคง 7,680 คดี โดยรู้ตัวผู้กระทำผิด 1,808 คดี หรือร้อยละ 23.5 เท่านั้น โดยจับกุมได้ 1,264 คดี เมื่อคดีขึ้นสู่ศาล ศาลพิพากษายกฟ้องถึงร้อยละ 45⁸

รูป 1 จำนวนคดีความมั่นคงที่ขึ้นสู่ศาล



มีเพียงคดีเดียวที่ขึ้นสู่ศาลฎีกาและมีคำพิพากษาถึงที่สุดแล้ว นั่นคือ คดีลอบวางระเบิดรถจักรยานยนต์ (มอเตอร์ไซค์บอมบ์) ที่หน้าบริษัทพิธานพาณิชย์ อ.เมือง จ.ปัตตานี เหตุเกิดเมื่อต้นมกราคม 2547 ทำให้เจ้าหน้าที่ชุดเก็บกู้วัตถุระเบิดเสียชีวิต 2 นาย ซึ่งศาลพิพากษายกฟ้องจำเลย⁹

กระบวนการยุติธรรมในพื้นที่ชายแดนใต้เป็นเช่นไร คงไม่มีเสียงสะท้อนใดดีไปกว่าผู้ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ เช่น นายนิพล ผดุงทอง รองอธิบดีอัยการเขต 9 ซึ่งรับผิดชอบพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ที่ออกมาระบุว่า “คดีความมั่นคงที่ส่งมาจากพนักงานสอบสวน 90 เปอร์เซ็นต์มีแค่คำรับสารภาพในชั้นซักถามหรือชั้นสอบสวน เมื่ออัยการฟ้องคดีไปแล้ว ส่วนใหญ่ศาลจะยกฟ้อง แต่ในระหว่างการพิจารณาคดี ผู้ต้องหาหรือจำเลยมักไม่ได้รับการประกันตัว ทำให้เดือดร้อนมาก”¹⁰

ขณะที่พนักงานสอบสวน ซึ่งถูกกล่าวถึงในทางลบมากที่สุดก็ตกอยู่ในสภาพการทำงานที่มีประสิทธิภาพไม่เต็มร้อย พล.ต.ต.นราศักดิ์ เชียงสุข ผู้บังคับการสืบสวนสอบสวน ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ผบก.สส.ศชต.) ยอมรับว่า “การทำงานของพนักงานสอบสวนมีปัญหา เพราะตำรวจส่วนหนึ่งไม่ยอมอยู่ในพื้นที่ นายตำรวจระดับหัวหน้าสถานี หากคนที่สอบสวน

เป็นแทบไม่มี ตรงนี้คือต้นเหตุที่ทำให้จำนวนคดีมีปัญหา อีกทั้งยังไม่ได้อ่านกฎหมายใหม่ ทำให้ตำรวจยังเชื่อเรื่อง คำรับสารภาพ”¹¹

เมื่อเห็นชัดเจนว่า กระบวนการยุติธรรม กลายเป็นปมปัญหาที่สำคัญของความไม่สงบในพื้นที่ ชายแดนใต้ แค่ 6 เดือนแรกของปี 2553 ตัวเลข ผู้ต้องขังคดีความมั่นคงในจังหวัดชายแดนใต้ก็พุ่งทะลุ 514 คน

นายพีระพันธุ์ สาลีรัฐวิภาค รัฐมนตรีว่าการ กระทรวงยุติธรรม จึงลงนามในคำสั่งที่ ยธ. 224/53 เรื่อง ตั้งคณะทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ต้องขังคดีความมั่นคง และผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัด ชายแดนภาคใต้ โดยให้เหตุผลว่า เพื่อให้ดำเนินการ ช่วยเหลือเรื่องการขอประกันตัวหรือปล่อยตัวชั่วคราวของ ผู้ต้องขังคดีความมั่นคงอย่างเป็นระบบ¹²

มี “กองทุนยุติธรรม” เพื่อช่วยเหลือผู้ต้องขังที่ ต้องการประกันตัวชั่วคราว แต่ขาดหลักทรัพย์ ส่วนจะให้ ประกันหรือไม่ ยังคงอยู่ที่ดุลยพินิจของศาล พร้อมกับ ตั้งศูนย์ประสานงานคุ้มครองพยานสามจังหวัดชายแดน ภาคใต้ หรือ ศคต. ในอีก 3 เดือนถัดมา

กระนั้นก็ตาม การขยับตัวที่ค่อนข้าง “ล่าช้า” ของหน่วยงานยุติธรรมของไทยก็ยากที่จะวิ่งไล่ตาม “ข้อเท็จจริง” ที่เกิดขึ้นในพื้นที่ได้ทันทั่วทั้งที่ เพราะหลายคดีที่เกิดขึ้นในปี 2553 ถูกยกระดับขึ้นสู่ “คดีคาใจ” ของ คนในพื้นที่ชายแดนใต้เรียบร้อยแล้ว อาทิ

– **การเสียชีวิตอย่างเป็นปริศนาของนายสุไลมาน แนนซา** ผู้ต้องสงสัยคดีความมั่นคงวัย 25 ปี ซึ่งเสียชีวิต ในลักษณะมีผ้าผูกคอตีอยู่กับลูกกรงหน้าต่างในห้องพัก ของศูนย์เสริมสร้างความสมานฉันท์ ค่ายอิงคยุทธบริหาร อ.หนองจิก จ.ปัตตานี เมื่อ 30 พฤษภาคม 2553 แม้ฝ่าย ทหารยืนยันว่าเป็นการผูกคอตาย แต่ชาวบ้านไม่เชื่อ

– **เหตุระเบิดปริศนาหน้ามัสยิดกลางประจำจังหวัด ยะลา** เมื่อค่ำวันที่ 8 มิถุนายน 2553 มีผู้ได้รับบาดเจ็บ นับสิบราย ชาวบ้านเชื่อว่า เป็นระเบิดที่มาจากรถทหาร ขณะที่แล่นผ่านบริเวณนั้นพอดี แต่หลังเกิดเหตุฝ่ายทหาร พยายามบอกว่า ไม่มีรถของกำลังพลแล่นผ่าน ทว่า ในที่สุดก็มีภาพจากกล้องโทรทัศน์วงจรปิดยืนยัน แต่ ฝ่ายทหารก็ยืนยันกรานว่า เป็นระเบิดที่ถูกคนร้ายปาใส่รถ ซึ่งชาวบ้านยังคงคาใจอยู่

– **เหตุป่าระเบิดที่หน้ามัสยิดนุรุลมุตาตอลีน บ้านตะบั้ง ต.ตะบั้ง อ.สายบุรี จ.ปัตตานี** เมื่อค่ำวันที่ 19 มิถุนายน 2553 ทำให้มีผู้บาดเจ็บ 3 ราย เป็นเด็ก 2 ราย และผู้หญิงวัยกลางคน 1 คน เหตุการณ์นี้มีการ ปล่อยข่าวว่าเป็นฝีมือของเจ้าหน้าที่รัฐ แต่ฝ่ายรัฐก็ยืนยัน ว่าเป็นความพยายามป้ายสี¹³

เดือนตุลาคม 2553 ตัวแทนของหน่วยงานที่ เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ หารือร่วมกันเพื่อ “อุดช่องว่าง” ที่เกิดขึ้น ซึ่งพบปัญหา สำคัญที่สุดก็คือ ความล่าช้าในกระบวนการยุติธรรม ที่ประชุมเสนอให้มีการหารือร่วมกันของผู้รับผิดชอบสูงสุด ของ 6 หน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นประธานศาลฎีกา อัยการ สูงสุด ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ ผู้บัญชาการทหารบก นายกสภพนายความ และรัฐมนตรีว่าการกระทรวง ยุติธรรม เพราะทุกหน่วยงานล้วนมี “ความไม่พร้อม” ในด้านต่างๆ เกิดขึ้น ทำให้การพิจารณาคดีล่าช้า และ เกิดปัญหาตามมา¹⁴

ปลายปี 2553 นายภาณุ อุทัยรัตน์ ผู้อำนวยการ ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ผอ.ศอ.บต.) ก็แถลงถึง ผลการร้องทุกข์ของชาวบ้านผ่านศูนย์ดำรงธรรม ตั้งแต่ตุลาคม 2552 – กันยายน 2553 ว่า หน่วยงาน ที่ถูกร้องเรียนมากที่สุดคือ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ¹⁵

ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้”: ความหวังใหม่ดับไฟใต้

พื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้มีความเปลี่ยนแปลง เกิดขึ้นอีกครั้ง เมื่อรัฐบาลผลักดันกฎหมายสำเร็จ นั่นคือ พ.ร.บ.ศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้ (พ.ร.บ.ศอ. บต.) ซึ่งทำให้ ศอ.บต. สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเป็น อิสระจากการกำกับของกองอำนวยการรักษาความมั่นคง ภายใน (กอ.รมน.) โดยขึ้นตรงกับนายกรัฐมนตรี

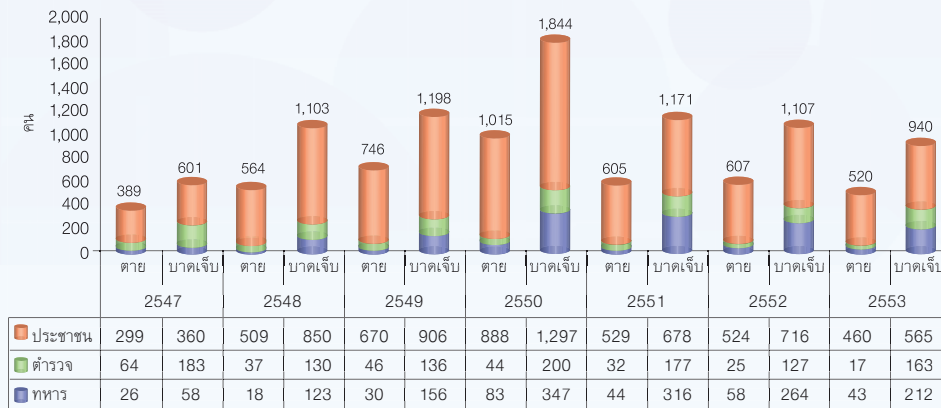
นายถาวร เสนเนียม รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงมหาดไทย ในฐานะรัฐมนตรีที่ดูแลพื้นที่ชายแดนภาคใต้ เชื่อมโยงว่ากฎหมายนี้ “จะช่วยคลี่คลายสถานการณ์ในพื้นที่ ได้อย่างแน่นอน” โดยจะมีช่องทางตามกฎหมายที่จะช่วยให้ผู้หลงผิดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ตามคดีความมั่นคงให้ กลับคืนสู่สังคม และทุกคดีที่จะเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม พิเศษนี้จะต้องผ่านความเห็นชอบของศาล¹⁶

ตาราง 1 สรุปเหตุการณ์ความไม่สงบและความรุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2547 – 2553

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

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

รูป 2 จำนวนผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. 2547 – 2553



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

อย่างไรก็ตาม ศูนย์ปฏิบัติการตำรวจจังหวัดชายแดนภาคใต้ (ศชต.) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สรุปข้อมูลว่า ตั้งแต่เกิดเหตุมา นับแต่วันที่ 4 มกราคม 2547 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2553 มีเหตุการณ์รุนแรงเกิดขึ้นรวม 11,523 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บ 7,139 ราย เสียชีวิต 4,370 ราย ขณะที่รัฐบาลใช้งบประมาณในการดับไฟได้รวม 8 ปี เป็นเงิน 1.45 แสนล้านบาท¹⁷ โดยเหตุการณ์ลอบยิงยังคงเป็นความรุนแรงลำดับที่หนึ่งตลอดมา (ดูตาราง 1) และยอดจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากเหตุการณ์

ส่วนใหญ่คือ ประชาชน ถัดมาคือทหาร และตำรวจ (ดูรูป 2)

แม้ไม่อาจคาดเดาได้ว่าแผนพัฒนาที่จะตามมาพร้อมกับกฎหมาย คอ.บต. ฉบับใหม่จะช่วยดับไฟได้ที่ลุกโชนมาตลอด 6 ปี ได้จริงหรือไม่ แต่ก็มีความคิดเห็นที่น่าสนใจและถูกนำไปปฏิบัติได้ผลอย่างเต็มเม็ดเต็มหน่วยดังขึ้นจากผู้อยู่วงนอกของกระบวนการยุติธรรมนั่นคือน.พ.สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ จ.สงขลา ซึ่งสวมหมวกอีกใบในฐานะกรรมการมูลนิธิเพื่อการเยียวยาและสร้างความสมานฉันท์ชายแดนใต้ ยกตัวอย่างให้ฟังถึงการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ซึ่งสามารถเข้าไปในพื้นที่ “สีแดง” ที่เจ้าหน้าที่รัฐเข้าไม่ได้ และสามารถจับตาดูหน้าตาของตนเองด้านสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นการฉีดวัคซีนให้ลูก เจาะเบาหวานให้คนแก่ หรือคัดกรองโรคต่างๆ แทนเจ้าหน้าที่อนามัยด้วยจิตอาสา ซึ่งกลไกเช่นนี้ควรได้รับการสนับสนุน

เพราะนำไปสู่ความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้

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

ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหาย : ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างหมอกับคนไข้ แต่หมอกลับค้าน

ฉบับนี้เป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์สาธารณสุขไทย เมื่อกลุ่มแพทย์สลดเสียกาวนใส่ชุดดำ ร่วมกันคัดค้าน ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหาย ที่เสนอโดยภาคประชาชนด้วยเล่ห์เหลี่ยมอันดุเดือดแหลมคม แม้ทั้งสองฝ่ายจะเห็นพ้องในหลักการ ทว่ารายละเอียดปลีกย่อยกลับสวนทางจนยากประสานรอย ความขัดแย้งรอบนี้ถือเป็นริ้วรอยหนึ่งของปัญหาระบบสาธารณสุขไทยทั้งระบบ ซึ่งไม่ง่ายหากใครจะลุกขึ้นมาแก้ไข และ...นี่อาจจะเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์สาธารณสุขไทยเช่นกัน ที่ประชาชนลุกขึ้นมาสั่นคลอนอำนาจของแพทย์ที่ผูกขาดความรู้ – ความจริง ในระบบสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน



เมื่อหมอและคนไข้ประลองกำลัง

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

โดยหลักการก็ไม่น่ามีปัญหา ทว่าเมฆหมอกแห่งความขัดแย้งกลับก่อตัวอย่างรวดเร็วซัดเข้าให้ความสัมพันธ์อันเปราะบางอยู่แล้วระหว่างแพทย์และผู้ป่วยต้องปริร้าว เมื่อกลุ่มแพทย์นำโดยหัวเรือใหญ่อย่างแพทย์สภาแสดงจุดยืนคัดค้านอย่างแข็งกร้าว การประลองกำลังระหว่างกลุ่มแพทย์และภาคประชาชนจึงเกิดขึ้นโดยมีรัฐบาลคอยรับแรงกระแทกอยู่ตรงกลาง

ทั้งสองฝ่ายใช้ทั้งการชุมนุม ยื่นหนังสือ แต่งชุดดำ โทนสีขาว เพื่อกดดันรัฐบาลและอีกฝ่าย ฟังแพทย์ถึงกับออกมาตรึงการเคลื่อนไหว 3 ขั้นตอนออกมา คือ¹

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

มาตรการหยุดงานของหมอ ส่งผลให้ถูกดำเนินเป็นวงกว้าง เนื่องจากประหนึ่งกำลังใช้ผู้ป่วยเป็นตัวประกัน และยังต่างกล่าวหากันและกันว่ามีผลประโยชน์แอบแฝงในการเคลื่อนไหว กลุ่มแพทย์วิเคราะห์ไปถึงขั้นว่า กลุ่มแพทย์ ‘ตระกูล ส.’ ผู้อยู่เบื้องหลังการผลักดันกฎหมายฉบับนี้ต้องการสยายปีกอำนาจของตนออกไป เล่นกันแรงถึงขนาดใช้กลยุทธ์ได้เข้มงวด ลากปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ไพจิตร วราชาติ ในฐานะคนกลางคอยไกล่เกลี่ยเข้าไปพัวพันกับกรณีคลิปปา

นอกจากแนวโน้มก็ยังมีแนวโน้ม ทั้งสองฝ่ายนำเสนอ ข้อมูลสู่สังคมผ่านบทความตามสื่อต่าง ๆ และเวทีสัมมนา ที่จัดขึ้นอย่างกว้างขวาง โดยฝ่ายสนับสนุนพยายามชี้ให้เห็นถึงข้อดี ขณะที่ฝ่ายคัดค้านก็พยายามชี้ข้อโหว่ต่าง ๆ ในกฎหมาย และพยายามชี้ว่าหากกฎหมายนี้ถูกบังคับใช้แล้ว จะนำไปสู่ความล่มสลายของการแพทย์และการสาธารณสุขของประเทศไทย² รวมถึงรายละเอียดเล็กๆ น้อยๆ อย่างชื่อของกฎหมายที่กลุ่มแพทย์เห็นว่าไม่นัยในเชิงลบ

แม้จะมีความพยายามให้ทั้งสองฝ่ายพูดคุยเพื่อหา จุดร่วมหลายครั้ง แต่ก็ไม่เป็นผล ถึงที่สุดแล้ว ความเห็นต่างที่บานปลายเป็นความขัดแย้งนี้ ทำให้รัฐบาลไม่สามารถ รักษาสัญญาที่ให้กับเครือข่ายผู้เสียหายฯ ที่ว่าจะดันเข้า เป็นวาระในที่ประชุมรัฐสภาได้ เป็นเหตุให้ ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครอง ผู้เสียหายฯ ยังคงค้างเติ่งอยู่นอกสภา และมีแนวโน้มว่าร่างนี้อาจลากยาวไปถึงหลังเลือกตั้ง ซึ่งก็จะขึ้นอยู่กับ รัฐบาลใหม่ที่จะเกิดขึ้นประมาณหลังครึ่งปี 2554

ทำไมต้อง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหาย?

การขยายตัวของระบบสวัสดิการด้านสุขภาพ ท่ามกลางสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่รู้ดหน้าอย่างรวดเร็ว และทวีความสลับซับซ้อน ทำให้ปัจจุบันปัญหาการให้บริการด้านสาธารณสุข กลายเป็นใจกลางสำคัญของการ ศึกษาวิจัยระบบสาธารณสุขของสังคมไทย

ในทัศนะของฝ่ายกลุ่มแพทย์ที่คัดค้านร่าง พ.ร.บ.นี้ นายแพทย์อิทธิพร คณะเจริญ ผู้ช่วยเลขาธิการแพทยสภา และที่ปรึกษาคณะกรรมการสาธารณสุข วุฒิสภา กล่าวว่า ปัจจุบันมีแพทย์ประมาณ 2,700 คน ในโรงพยาบาล

ชุมชน 720 แห่ง ต้องดูแลประชาชนประมาณ 26–27 ล้านคน เป็นเหตุให้แพทย์ 1 คน ต้องตรวจคนไข้ประมาณ วันละ 80–100 คน ภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง ซึ่ง สุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความผิดพลาดได้มาก³

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

ดังคำอธิบายของนายแพทย์วีระวัฒน์ พันธุ์ครุฑ รองเลขาธิการ สปสช. ที่ว่า มีการร้องเรียนเพื่อขอความช่วยเหลือตามมาตรา 41 เป็นจำนวนมาก วงเงินที่ใช้ ไม่มากอย่างที่หลายฝ่ายคาดการณ์ คือ 6 ปีที่ผ่านมา ใช้เงินไปทั้งสิ้น 200 กว่าล้านบาท เท่านั้น สรุปได้ว่า มาตรา 41 ไม่ได้ก่อให้เกิดการเรียกร้องค่าเสียหายเพิ่มขึ้นอย่างที่หลายฝ่ายกลัว และในจำนวนที่มีการร้องเรียนจำนวนมากนี้ นำไปสู่การฟ้องร้องน้อยมากไม่ถึง 1% เท่านั้น “จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นว่า หลังจากที่เกิด ความเสียหายจะมีการช่วยเหลือเยียวยาเบื้องต้น โดยมี คณะกรรมการซึ่งทุกฝ่ายให้ความเชื่อถือในการเข้ามาช่วย พิจารณาข้อเท็จจริง ทำให้ทุกอย่างเกิดความเข้าใจกันได้ ซึ่งจะทำให้ไม่มีการฟ้องร้องเกิดขึ้น”⁴

ตาราง 1 ผลการพิจารณาการจ่ายเงินชดเชยกรณีผู้รับบริการได้รับความเสียหาย ปี 2547–2552

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

ที่มา : สำนักกฎหมาย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, พฤษภาคม 2553

ในส่วนการฟ้องร้องที่เกิดขึ้นจริงนั้น กระบวนการพิจารณาคดีกลับล่าช้ามาก แม้จะมี พ.ร.บ.วิธีพิจารณาคดีผู้บริโภค พ.ศ. 2551 แล้วก็ตาม นางสาวบุญยืน ศิริธรรม ตัวแทนเครือข่ายผู้บริโภคภาคตะวันตก รายงานว่า ปัญหาการฟ้องร้องอาญาแพทยนั้น ข้อเท็จจริงไม่มีคนไข้อยากฟ้องแพทย์ เพราะในจำนวนผู้เสียหายที่เข้ามาปรึกษา 600 ราย มีไม่ถึง 10 ราย ที่ฟ้องคดีอาญา แต่สาเหตุมาจากการพิจารณาของแพทยสภาล่าช้าจนเกิดปัญหาอายุความแพ่งที่จะหมดลง จึงต้องยื่นฟ้องคดีอาญาเพื่อยืดอายุความคดีแพ่งออกไป นอกจากนี้ การฟ้องส่วนใหญ่ยังเป็นการฟ้องร้องโรงพยาบาลและกระทรวงสาธารณสุข ไม่ใช้การฟ้องแพทย์⁵ สำหรับช่องทางการฟ้องร้องเมื่อเกิดความเดือดร้อนในการรับบริการด้านสาธารณสุข ก่อนที่จะมีการใช้มาตรา 41 นั้น มี 3 ช่องทาง คือ

(1) ฟ้องผ่านทางแพทยสภา หรือสภาวิชาชีพอื่น ซึ่งมีอำนาจเพียงการลงโทษแพทย์เท่านั้น แพทยสภามีหน้าที่ควบคุมคุณภาพของการประกอบวิชาชีพ เพื่อกู้คุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งถือเป็นหน้าที่หลัก

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

(3) ฟ้องศาล การฟ้องศาลทำให้เกิดจุดแตกหัก แพทย์เองก็เกิดความไม่สบายใจ และบั่นทอนจิตใจในการทำงาน ส่วนประชาชนก็ได้รับความเดือดร้อน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการฟ้องร้องเป็นจำนวนมาก และต้องอาศัยเวลาค่อนข้างนาน และเป็นฝ่ายเสียเปรียบมาก

เพื่อแก้ปัญหาให้ลุล่วงไป จำเป็นต้องใช้ประสิทธิภาพของมาตรา 41 ขยายต่อไปให้กว้างขึ้น เพื่อคุ้มครองประชาชนที่ได้รับความเสียหาย และเพื่อแลกกับการไม่ฟ้องแพทย์ทางแพ่ง รวมถึงการทุเลาโทษทางอาญาในกรณีที่แพทย์ผิดจริง ทั้งหมดนี้จึงนำมาสู่แนวคิดควมควมการจัดตั้งกองทุนขึ้น เพื่อยุติความเสียหายอย่างรวดเร็วและลดการฟ้องร้องแพทย์ลง ด้วยการเสนอร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...

กลไกลดความขัดแย้งที่ยังเห็นไม่ตรงกัน

กลไกสำคัญประการหนึ่งที่จะเกิดขึ้นหากกฎหมายฉบับนี้ผ่านออกมา คือ การตั้งกองทุนชดเชยความเสียหาย โดยการเก็บเงินสมทบทั้งจากโรงพยาบาลรัฐและเอกชน เพื่อยุติความขัดแย้งตามหลักการการช่วยเหลือเยียวยาผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่ต้องพิสูจน์ความผิดและใครเป็นคนผิด (No-fault liability compensation) ซึ่งเป็นระบบที่มุ่งชดเชยความเสียหายมากกว่าการมุ่งหาตัวผู้กระทำผิดมาลงโทษ⁶ ด้วยเชื่อว่าระบบนี้นอกจากจะลดความไม่พอใจของผู้เสียหายและช่วยลดการฟ้องร้องลงแล้ว ก็น่าจะช่วยลดความสัมพันธ์อันตึงเครียดระหว่างแพทย์กับคนไข้ลงด้วย

กองทุนดังกล่าวจะดึงเอาเม็ดเงินจากกองทุนมาตรา 41 ใน พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และเงินสมทบจากสถานพยาบาลเอกชนเป็นเบี้ยสมทบ ส่วนโรงพยาบาลของรัฐ กองทุนจะขอสมทบปีต่อปีจากรัฐบาล⁷ และมีคณะกรรมการกองทุนเป็นผู้อนุมัติการใช้จ่าย โดยคณะกรรมการจะต้องประกอบด้วยบุคคลหลายฝ่ายที่ได้รับการยอมรับจากทั้งฝ่ายแพทย์และคนไข้ สรุปแล้ว ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองฯ มีสาระสำคัญ 5 ประการคือ⁸

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

สาระสำคัญข้อ 4 และข้อ 5 เป็นข้อที่กลุ่มแพทย์ยกมาใช้ต่อสู้คัดค้านมากที่สุด กลุ่มแพทย์เห็นว่าหากได้รับเงินชดเชยแล้ว จะต้องไม่มีการฟ้องร้องต่อทั้งทางแพ่งและทางอาญา มิฉะนั้นจะเท่ากับเปิดช่องให้คนไข้เรียกผลประโยชน์หลายต่อและจะไม่ช่วยให้การฟ้องแพทย์



เพิ่มสูงขึ้นงบประมาณที่นำมารักษาคอนไจ้อาจลดน้อยลง กลุ่มแพทย์จึงพยายามเสนอให้แหล่งที่มาของเงินสมทบ กองทุนควรมาจากเงินคงค้างบัญชีจากมาตรา 41 พ.ร.บ. หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 และให้จัดเก็บเงินสมทบเป็นรายปีจากงบประมาณร้อยละ 1 ของ สปสช., กรมบัญชีกลาง, สำนักงานประกันสังคม และเงินเบี้ยประกันโดยความสมัครใจจากสถานบริการเอกชน¹¹

อีกเช่นกัน ข้อเสนอที่ถูกโต้แย้งอย่างหนักจากผู้สนับสนุน ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองฯ ว่าเป็นความพยายามของแพทย์สภาที่จะรักษาผลประโยชน์ของโรงพยาบาลเอกชน ทั้งที่โรงพยาบาลเอกชนควรจ่ายเงินสมทบตามหลักประกันความเสี่ยงร่วมกันทั้งระบบ แทนการรับภาระความเสี่ยงเป็นรายครั้งซึ่งมีมูลค่าสูงกว่า

นอกจากนี้ นางปริยานันท์ ล้อเสริมวัฒนา ประธานเครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์ ยังเรียกร้องให้มีการนำโครงการ Patient for Patient Safety ซึ่งเป็นโครงการขององค์การอนามัยโลกด้านความปลอดภัยของคนไข้ โดยให้คนไข้มีส่วนร่วมในการสรุปบทเรียนความผิดพลาดจากการรักษา เพื่อเผยแพร่ให้แพทย์และประชาชนรับรู้มาใช้พัฒนาเป็นระบบป้องกันความเสียหาย¹²

‘ขอนแก่นโมเดล’ บทเรียนเพื่อความเข้าใจอันดี

ในโมฆะมอันครุ่นนั้น ชื่อ ‘โรงพยาบาลขอนแก่น’ กลับพุ่งทะลุความอึมครึม ปรากฏข่าวบนสื่อในรูปแบบที่อ่อนโยนกว่ามาก และถูกเรียกขานว่า ‘ขอนแก่นโมเดล’

ขณะที่ความขัดแย้งระหว่างแพทย์และผู้ป่วยขยายตัวครอบคลุมหลายปริมาตรทางสังคม สิ่งเดียวที่ยังไม่ถูกพรวดไปจากโรงพยาบาลขอนแก่นดังเช่นที่อื่นๆ ก็คือ สัมพันธภาพอันดีระหว่างแพทย์และคนไข้

เหตุการณ์เริ่มต้นในปลายปี 2552 เมื่อการผ่าตัดคนไข้ 11 ราย จากการผ่าตัดจำนวนมาก เกิดเหตุสุดิวสัย ส่งผลให้คนไข้ 7 ราย สูญเสียการมองเห็น 3 ราย เลื่อนราง และมีเพียง 1 รายเท่านั้น ที่มองเห็นเป็นปกติ วิตจากความเสียหายแล้ว กรณีนี้สามารถเป็นมหากาพย์การฟ้องร้องระหว่างแพทย์กับคนไข้อีกหนึ่งเรื่องหนึ่งได้ไม่ยาก หากกลับแปรเปลี่ยนเป็นกรณีศึกษาสุดโรแมนติกรณีหนึ่งในการเยียวยาคนไข้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษา

ลดลงแต่อย่างใด ทั้งยังจะทำให้กำลังใจของแพทย์ในการทำงานตกต่ำลงอีกด้วย

ทางด้านผู้สนับสนุนแย้งว่า เป็นเพราะสิทธิในการฟ้องร้องถือเป็นสิทธิพื้นฐาน จึงไม่ควรวิตรอนสิทธินี้ของคนไข้ อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติมีความเป็นไปได้น้อยมากจนถึงศูนย์ที่คนไข้จะฟ้องร้องดำเนินคดีอีก เพราะเมื่อรับเงินชดเชยแล้วจะต้องทำสัญญาประนีประนอมยอมความตามมาตรา 33 และในมาตรา 34 ก็กำหนดไว้ว่า หากผู้เสียหายนำเรื่องไปฟ้องศาลก็จะไม่สามารถกลับมารับการเยียวยาตาม พ.ร.บ. นี้ได้อีก⁹

ด้าน นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา นายกแพทยสภา เห็นว่าประเทศไทยไม่เหมาะสมที่จะใช้กฎหมายนี้ โดยอ้างอิงรายงานวิชาการกว่า 50 ฉบับ ที่เกี่ยวกับประเทศที่ดำเนินการตามกฎหมายนี้โดยยกตัวอย่างประเทศสวีเดนว่า ในปี ค.ศ.1975 มีผู้ร้องเรียนแพทย์เพียง 600 ราย แต่เพิ่มขึ้นเป็นหมื่นรายในปี ค.ศ. 2004¹⁰ อีกทั้งการเรียกเก็บเงินจากโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน (สาระสำคัญข้อ 5) จะทำให้ต้นทุนด้านสาธารณสุขและการรักษา

“โรงพยาบาลต้องเสียอะไร อย่างมากก็เงินกับชื่อเสียง แต่ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะหรือชีวิต เป็นความทุกข์ที่ต่างกันมาก...ต้องรับผิดชอบต่อผู้ป่วยอย่างเต็มที่” คือ คำกล่าวของ นายแพทย์วีระพันธ์ สุพรรณไชยมาตย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลขอนแก่น¹³ ที่ดำเนินไปพร้อมกับ การปฏิบัติการที่ทันท่วงที มีการจัดการที่ดี โปร่งใส ต่อเนื่อง จริงใจ และมีการติดตามผล ทำให้ทุกอย่างจบลงด้วยดี ความสัมพันธ์ที่แขวงวันถูกถักทอขึ้นใหม่อย่างรวดเร็ว

“เริ่มต้นเยียวยา เราขอโทษก่อน แสดงตัวว่ายินดี รับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดขึ้น แต่อย่าเพิ่งพูดเรื่องเงิน เขาเจ็บป่วยอยู่ เราก็รักษาไม่ให้โรครุนแรงลุกลามก่อน แสดงความรับผิดชอบต่อการรักษาโรคที่เราถนัด ต่อไปก็ค่อยๆ เจรจาเรื่องความเสียหาย เรื่องเงินก็สำคัญอยู่ ถ้าเขายื่นเรื่องเอง ฟ้องร้องเอง เรื่องมันก็จะช้า เราก็ต้องใช้วิธีว่า หนักเป็นเบา ค่าใช้จ่ายพวกถูกไม่มีเงินไปโรงเรียน สามปี ขาดรายได้ ก็ต้องเยียวยาไปก่อน”¹⁴

ที่น่าสนใจคือ โรงพยาบาลขอนแก่นตัดสินใจตั้ง Peace Room หรือทีมเฉพาะกิจที่ตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ ประกอบด้วย 4 ทีมหลัก คือ ทีมรักษา ทีมเยียวยา ช่วยเหลือ ทีมสอบสวนโรค และทีมประสานงาน โดยแต่ละทีมทำงานพร้อมกันตามบทบาทหน้าที่¹⁵ การรับฟัง อย่างอดทน การใช้กระบวนการไกล่เกลี่ย การเยียวยาผลกระทบจากหนักให้เป็นเบา การไม่ทอดทิ้งและดูแลผู้เสียหายทุกรายอย่างเท่าเทียม การเยี่ยมเยียนถึงบ้าน ฯลฯ ช่วยผ่อนอารมณ์โกรธแค้นให้จางคลาย ผู้เสียหายเข้าใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้น แม้จะเป็นความผิดพลาด แต่ก็ไม่ใช่เจตนาของแพทย์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยสูญเสีย สุดท้าย ไม่มีผู้เสียหายรายใดฟ้องร้อง ชำยังให้พรแก่บุคลากรโรงพยาบาลขอนแก่น

นอกจากนี้ ทางโรงพยาบาลยังมีการตั้งรับสถานการณ์ การตกเป็นข่าวอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีกระบวนการดังนี้¹⁶

1. วิเคราะห์ความต้องการของนักข่าว
2. ทำความจริงให้ปรากฏ ลดความน่าสนใจของเหตุการณ์
3. เร่งรัดกระบวนการเยียวยาผู้เสียหาย

เป็นเหตุให้โรงพยาบาลสามารถลดความเสียหายจากการตกเป็นข่าวได้อย่างดี ขอนแก่นโมเดลจึงเป็น

หนึ่งตัวอย่างที่ดีในการจัดการเพื่อเยียวยาคนไข้ที่ได้รับความเสียหายจากการรักษา หากโรงพยาบาลทุกแห่งนำบทเรียนของโรงพยาบาลขอนแก่นไปปรับใช้ เชื่อว่าความขัดแย้งและการฟ้องร้องระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยจะลดลง โดย ร่วง พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหายฯ จะเป็นกลไกหนึ่ง ที่ช่วยให้การเยียวยาความเสียหายเป็นไปอย่างรวดเร็ว และทั่วถึงขึ้น

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

โดยเฉพาะนโยบายผลักดันการเป็นศูนย์การแพทย์ระดับภูมิภาคของประเทศไทย ที่แม้จะสร้างผลประโยชน์ในรูปเม็ดเงินให้แก่ประเทศ แต่ก็ยังเป็นเรื่องน่ากลางแฉงต่อผลกระทบด้านอื่นๆ ที่จะตามมา นอกจากนี้ยังมีระบบกฎหมายสิทธิบัตรและทรัพย์สินทางปัญญาที่ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงยาอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม นี่จึงไม่ต้องลากไกลไปถึงนโยบายการเปิดเขตการค้าเสรี (เอฟทีเอ) กับตะวันตก ที่เรียกร้องให้ประเทศไทยปรับแก้กฎหมายกติกาต่างๆ เพื่อเอื้อประโยชน์แก่บรรษัทข้ามชาติ และทำลายอุตสาหกรรมยาในประเทศ ฯลฯ

ในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขไทยอย่างเป็นองค์รวมและขับเคลื่อนพร้อมกันทุกองคาพยพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งยั่งยืนทั้งระบบ **กฎหมายเพื่อชดเชย เยียวยา ความเสียหาย เป็นหนึ่งในหลายความจำเป็นที่ต้องเกิดขึ้นในสังคมไทย เพื่อผลประโยชน์ของประชาชน และเพื่อสร้างระบบปกป้องแพทย์ผู้ประกอบการวิชาชีพที่มีความตั้งใจในการทำงาน แต่เกิดความผิดพลาดซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์**

กฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ : ช่วยลดจำนวนการทำแท้ง และจำนวน นักเรียนออกจากโรงเรียนกลางคัน

๑ “นามัยการเจริญพันธุ์” คงจะยังเป็นคำที่สังคมไทยไม่คุ้นเคย หากไม่เกิดการจุดกระแสความสนใจโดยสื่อมวลชนเมื่อกลางปี พ.ศ. 2553 ที่ผ่านมา เมื่อหนังสือพิมพ์หลายฉบับพร้อมใจกันเปิดประเด็นว่ากระทรวงสาธารณสุขต้องการผลักดันร่างกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิการศึกษาของนักเรียนที่ตั้งครรภ์ พลันเกิดกระแสวิพากษ์วิจารณ์อย่างกว้างขวางในสังคมว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ถูกจุดแล้วหรือไม่



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

เปิดตัวร่างกฎหมายใหม่ด้วยกระแสน้ำ ‘ท้องก็เรียนต่อได้’

กลางปี พ.ศ. 2553 สังคมไทยได้รู้จักร่างกฎหมายใหม่ที่มีชื่อเรียกแปลกหู “ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์” จากการเปิดประเด็นข่าวของสื่อมวลชนที่หยิบมาตรา 12 ของร่างกฎหมายนี้มาเป็นจุดขาย

“สธ. ดัน กม. คุ้มครองหญิงตั้งครรภ์”¹

“สธ. เตรียมขง กม.ใหม่ ‘ท้อง’ ก็เรียนได้”²

“เห็นพ.ร.บ.เปิดทางท้องระหว่างเรียน”³

นายจุรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์ รัฐมนตรีสาธารณสุข ในฐานะหน่วยงานผู้เสนอร่างกฎหมายฉบับนี้ให้สัมภาษณ์กับหนังสือพิมพ์หลายฉบับว่า “ส่วนตัวมองว่าต้องมีกฎหมายฉบับนี้ แต่จะต้องพูดให้ชัดด้วยว่าเราไม่ได้สนับสนุนให้วัยรุ่นตั้งครรภ์มากขึ้น แต่เป็นความจำเป็นที่ต้องคุ้มครองและดูแลสุขอนามัยคนเหล่านี้”⁴ ในขณะที่นายแพทย์กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กล่าวว่า “ปัจจุบันเรื่องหญิงตั้งครรภ์ในวัยเรียนจะไปเรียนได้หรือไม่ได้นั้น การปฏิบัติยังไม่แน่ชัด ขึ้นอยู่กับผู้บริหารโรงเรียน ครู หรือสมาคมผู้ปกครอง แต่หากมี พ.ร.บ. นี้ ทุกสถาบันการศึกษาจะต้องปฏิบัติตามกฎหมายเป็นมาตรฐานเดียวกัน คือให้เด็กที่ตั้งครรภ์เรียนได้ เว้นแต่ว่าเป็นความประสงค์ของเด็กเองที่จะไม่ไปเรียน”⁵

หากมองย้อนไปถึงสถานการณ์สังคมที่ถูกจับตามองมาตั้งแต่ปี 2552 นั่นคือ การตั้งครรภ์ของผู้หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ซึ่งประเทศไทยมีอุบัติการณ์สูงสุดเป็นอันดับหนึ่งของกลุ่มประเทศในทวีปเอเชีย แต่รัฐบาลยังไม่มีนโยบายและมาตรการที่ชัดเจนว่าจะป้องกันและแก้ไขอย่างไร⁶ ทำให้พอมองเห็นความเชื่อมโยงของประเด็นที่สื่อและผู้เสนอร่างกฎหมายนี้พยายามชี้แจงต่อสังคมให้เห็นความจำเป็นที่ต้องมีพระราชบัญญัติฉบับนี้ ซึ่งอาจจะพูดได้ว่าเป็นความพยายามที่มาได้ถูกทาง เพราะเสียงตอบรับมีมากกว่าเสียงคัดค้านอย่างเห็นได้ชัดจากพาดหัวข่าวนับแต่มีการนำเสนอเรื่องนี้ในสื่อหนังสือพิมพ์ อาทิเช่น “เพื่อนหญิงหนู ‘อนุญาต นร.ท้อง’” “หนู น.ร.บ.คุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์”⁸ “วรากรณ์ หนูร่าง พ.ร.บ.ท้องเรียนต่อ”⁹ ส่วนเสียงค้านที่มีอยู่บ้างประปรายนั้น มักเป็นความเห็นของคอลัมนิสต์ เช่น “ศีลธรรมดีกว่า พ.ร.บ.อนามัยฯ”¹⁰ “กฎหมายก็ช่วยไม่ได้ถ้าใจขาดธรรม”¹¹ การเปิดตัวด้วยประเด็น “ท้องก็เรียนต่อได้” ยิ่งกระตุ้นให้เกิดกระแสความคิดเห็นอื่นตามมา เช่น การจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน¹² การลงโทษฝ่ายชายที่มีส่วนทำให้เกิดการท้องโดยไม่พร้อม¹³ นอกจากนี้ ฝ่ายการเมืองยังได้แสดงท่าทีเปิดรับอย่างเต็มที่เมื่อนายกรัฐมนตรีให้สัมภาษณ์ว่า พร้อมสนับสนุนร่างกฎหมายนี้ เพราะต้องการแก้ไขสถานการณ์วัยรุ่นตั้งครรภ์ของประเทศไทย¹⁴

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

หลังจากสื่อมวลชนและประชาชนแสดงความสนใจในร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างกว้างขวาง กระทรวงสาธารณสุขในฐานะเจ้าภาพของร่างกฎหมายฉบับนี้ได้ประกาศว่าจะจัดให้มีเวทีประชาพิจารณ์อย่างน้อย 1 ครั้ง ก่อนที่จะเสนอร่างกฎหมายเข้าสู่คณะกรรมการอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติและคณะรัฐมนตรีในลำดับต่อไป โดยรัฐมนตรีสาธารณสุขให้สัมภาษณ์เน้นย้ำให้ที่ประชุมประชาพิจารณ์มีความรอบคอบในการพิจารณามาตรา 12 ที่กำหนดให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์สามารถเรียนต่อไปว่า *“...เพราะมีความเห็นที่หลากหลายต่อประเด็นนี้ ทั้งในส่วนที่เกรงจะเป็นการส่งเสริมค่านิยมให้เด็กในวัยเรียนตั้งครรภ์ ขณะที่อีกส่วนหนึ่งเห็นว่าเป็นการเปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนต่อ เพราะหากตัดโอกาสการเรียนเท่ากับเป็นการซ้ำเติมอนาคตเด็ก”*¹⁵ เช่นเดียวกับท่าทีของรัฐมนตรีศึกษาธิการ นายชินวรณ์ บุญยเกียรติ ที่ได้ให้สัมภาษณ์ว่า ต้องการรอดูผลประชาพิจารณ์อย่างละเอียด และอยากจะเน้นเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ของเด็กวัยเรียนโดยการจัดทำหลักสูตรเพศศึกษาที่เหมาะสม¹⁶

ผลประชาพิจารณ์พบทุกภาคส่วนร่วมสนับสนุน

*“ประชาพิจารณ์หนุน พ.ร.บ.เจริญพันธุ์ 80% เห็นด้วย นร. ท้องลาคลอด – เรียนต่อได้”*¹⁷

*“ร่าง ก.ม.คุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์น่ายกย่อง เข้า ครม.เดือน ก.ย. อธิบดีกรมอนามัยชี้ช่วยลดอัตราทำแท้ง”*¹⁸

*“ประชาพิจารณ์ ‘ก.ม.เจริญพันธุ์’ ผ่านฉลุย ภาคสังคมเห็นด้วยตั้งครรภ์ระหว่างศึกษา – จัดมาตรการช่วยเหลืออย่างมีคุณภาพ”*¹⁹

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

ผลการประชาพิจารณ์พบว่า ภาคส่วนต่างๆ เห็นด้วยกับร่างกฎหมายฉบับนี้โดยไม่มีผู้ใดคัดค้าน นายแพทย์สมยศ ศิริฉมึ อธิบดีกรมอนามัย เผยว่า *“ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นด้วยทุกมาตรา ไม่ได้มีการเสนอให้ถอนมาตราใด และเห็นด้วยกับมาตรา 12 ที่เปิดโอกาสให้นักเรียนที่ตั้งครรภ์สามารถเรียนต่อได้ แต่เสนอให้เพิ่มเติมและปรับปรุงแก้ไขในรายละเอียดของกฎหมาย”*²⁰ โดย นางสาวณัฐยา บุญภักดี ผู้ประสานงานมูลนิธิสร้างสุขเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) กล่าวถึงมติที่ประชุมที่มีต่อมาตรา 12 ว่า *“ควรเพิ่มวรรคท้ายว่า สถาบันการศึกษา*

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

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

ที่มา: กฤตยา อาชวนิจกุล. 2554. ‘จุดเปลี่ยนเรื่องเพศประเทศไทย’. ใน จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย. สุรียพร พันพิง และมาลี สันถาวรณ (บรรณาธิการ). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (คำนวณจากข้อมูลของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ)

ควรจัดมาตรการช่วยเหลือให้หญิงมีครรภ์ศึกษาต่อได้อย่างมีคุณภาพด้วย”²¹ นอกจากนี้ ผลประชาพิจารณ์ยังชี้ว่า ในมาตรา 15 ซึ่งระบุเรื่องให้มีคณะกรรมการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ หรือ กอช. นั้น ควรจะมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานเพราะเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์เป็นเรื่องใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับหลายกระทรวง²²

ผลจากการประชาพิจารณ์ทั้งหมดนี้ ถูกนำเข้าสู่การประชุมของคณะอนุกรรมการพัฒนาร่าง พ.ร.บ. เพื่อแก้ไขปรับปรุงในเดือนสิงหาคมและนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีในเวลาต่อมา

แรงสนับสนุนยิ่งเข้มแข็งหลังกระแสข่าว พบ 2,002 ชากตัวอ่อนมนุษย์ ที่วัดไฟเงินโชตนาราม

เดือนพฤศจิกายน 2553 ชาวพบซากตัวอ่อนมนุษย์จำนวนนับพันที่วัดไฟเงินโชตนารามใจกลางกรุงเทพมหานคร สร้างกระแสความตระหนักในสถานการณ์การทำแท้งไปทั่วประเทศไทย (อ่านรายละเอียดในสถานการณ์เด่นที่ 2 หน้า 45) ส่งผลให้ร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์มีการหยิบขึ้นมาพูดถึงอีกครั้ง หลังหายไปจากกระแสข่าวร่วมสองเดือน²³ นายนิพิฐ อินทรสมบัติ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวัฒนธรรม ให้สัมภาษณ์ถึงจุดยืนของพรรคประชาธิปัตย์ต่อการออกกฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ว่า “พรรคประชาธิปัตย์ได้มีการประชุมหารือในเรื่องนี้แล้วและเห็นด้วยที่จะสนับสนุนกฎหมายอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เสนอโดยกระทรวงสาธารณสุข...และเชื่อว่าหากกฎหมายนี้มีผลบังคับใช้ จะสามารถแก้ปัญหาไม่รู้จบอย่างที่เป็นอย่างได้...ถึงเวลาที่เราต้องมีกฎหมายเฉพาะเพื่อป้องกันวิกฤตทางเพศของสังคมเสียที่ไม่มองว่าเรื่องเพศเป็นปัญหาของใครคนใดคนหนึ่ง รัฐต้องเข้ามาคุ้มครอง...”²⁴

วันที่ 14 ธันวาคม 2553 หนังสือพิมพ์หลายฉบับรายงานข่าวว่าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีมีมติรับหลักการของร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ และจะดำเนินการส่งเรื่องให้คณะกรรมการกฤษฎีกาพิจารณาแล้วส่งกลับมาให้คณะรัฐมนตรีพิจารณาอีกครั้งก่อนส่งเรื่องไปยังสภาผู้แทนราษฎรต่อไป²⁵ โดย นายแพทย์มารุต มัสยวาณิช รองโฆษกประจำสำนักนายกรัฐมนตรีแถลงผลการประชุม ครม. ในตอนหนึ่งว่า “เนื่องจากสังคมไทยประสบปัญหาจากกรณีที่พบซากทารก 2,002 ชาก จึงต้องมีการเสนอร่าง พ.ร.บ. นี้ขึ้นมา ซึ่งกระทรวงต่างๆ อาทิ ต่างประเทศ พม. แรงงาน ก.พ. ศึกษาธิการ ต่างแสดงความเห็นด้วยกับกฎหมายดังกล่าว”²⁶

กฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ ในประเทศอื่น

กฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นกฎหมายแนวคิดใหม่ที่ประกาศใช้แล้วในบางประเทศและอีกหลายประเทศทั่วโลกกำลังยกร่างกฎหมายนี้ กำเนิดของแนวคิดในการออกกฎหมายด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ มีที่มาจากการร่วมลงนามในแผนปฏิบัติการว่าด้วยเรื่องประชากรและการพัฒนา หรือ ICPD 1994 ของรัฐบาลจำนวน 168 ประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ภายหลังการลงนามหลายประเทศเริ่มดำเนินการให้ประชาชนของตนได้รับการคุ้มครองสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ บ้างก็แก้ไขกฎหมายปลึกย่อยต่างๆ บ้างก็กำหนดนโยบายใหม่ขึ้นแทนที่นโยบายประชากรเดิม และบางประเทศได้ยกร่างกฎหมายขึ้นใหม่ทั้งฉบับเพื่อให้ความคุ้มครองประชาชนในเรื่องสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์โดยตรง

เฉพาะประเทศที่ยกร่างกฎหมายขึ้นใหม่ทั้งฉบับ (เรียกว่า comprehensive reproductive health law) และมีผลบังคับใช้แล้ว ได้แก่ สาธารณรัฐแอลบาเนีย ประเทศเบนิิน สาธารณรัฐชาด และสาธารณรัฐมาลี สำคัญโดยย่อของกฎหมายอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศเหล่านี้ ประกอบด้วย²⁷

- การนำความหมายของอนามัยการเจริญพันธุ์ และสุขภาพทางเพศตามที่ระบุในแผนปฏิบัติการ ICPD มาปรับใช้ เช่น ระบุในกฎหมายอย่างชัดเจนว่า “หญิงและชายทุกคนมีสิทธิเลือกวิธีวางแผนครอบครัว มีสิทธิเข้าถึงวิธีคุมกำเนิดที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ สามารถซื้อหาได้ และเป็นวิธีที่ยอมรับโดยทั่วไป ผู้หญิงมีสิทธิได้รับการดูแลสุขภาพระหว่างตั้งครรภ์ และคลอดบุตรโดยเป็นบริการที่มุ่งดูแลสุขภาพของทั้งผู้หญิงและทารก” เป็นต้น
- ระบุหลักประกันถ้วนหน้าในเรื่อง สิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น ความเสมอภาคระหว่างหญิงและชาย ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์
 - การตัดสินใจเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์
 - การแต่งงานโดยสมัครใจ
 - การเข้าถึงข้อมูลและการให้การศึกษาเรื่องบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศ
 - การเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีคุณภาพสูงสุดเท่าที่เป็นไปได้
 - การไม่ถูกเลือกปฏิบัติในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
 - การรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้รับบริการ

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

เมื่อพิจารณาถึงความครอบคลุมของกฎหมายอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ประกาศใช้แล้วในประเทศอื่นๆ จะเห็นว่ามีความครอบคลุมประเด็นปลีกย่อยในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์มากกว่าร่าง พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยอย่างมากทีเดียว อย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศย่อมมีบริบททางสังคมและกลไกการออกกฎหมายที่เฉพาะตัว หากประเทศไทยสามารถบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ฉบับที่กำลังอยู่ในการพิจารณาของคณะกรรมการกฤษฎีกานี้ได้จริง ก็นับได้ว่าเป็นความก้าวหน้าทางนโยบายที่สำคัญ และอาจจริงอาจจริงกับการป้องกันไม่ให้เกิดนักเรียนต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน เพราะตั้งครรภ์ ซึ่งอาจช่วยลดจำนวนการทำแท้งลงได้บ้าง

สำหรับการแก้ปัญหาท้องไม่พร้อมของวัยรุ่นได้ และแก้ไขปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย กฎหมายฉบับนี้คงยังไม่ใช่วิธีพิเศษที่จะแก้ปัญหาเหล่านี้โดยตรง แต่สามารถใช้เป็นฐานหลักด้านการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาที่รอบด้าน ให้เกิดมรรคผลอย่างจริงจังได้ ซึ่งน่าจะเป็นลูกเต๋าต่อการคลี่คลายปัญหาท้องไม่พร้อมของนักเรียนในวัยเรียนลงได้ รวมทั้งการเลือกที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมากขึ้นด้วย

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

1. สิทธิทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

รับรองสิทธิที่จะตัดสินใจและรับผิดชอบร่วมกันในการวางแผนมีบุตร ซึ่งต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง รอบด้าน รวมทั้งรับรองว่าคนทุกคนมีสิทธิเลือกวิถีทางเพศของตนและสัมพันธ์ทางเพศต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ ปลอดภัย เคารพซึ่งกันและกันและมีความรับผิดชอบ

2. การจัดการศึกษา

กำหนดให้สถานศึกษาจัดการสอนเพศศึกษาที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัยของผู้เรียน และพัฒนาบุคลากรให้สอนเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. การจัดบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์

กำหนดให้สถานบริการด้านสาธารณสุขให้การปรึกษาและบริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอที่ผู้รับบริการจะสามารถตัดสินใจเลือกได้อย่างอิสระและการบริการต้องละเอียดอ่อนต่อคนทุกเพศทุกวัย รักษาความลับ เคารพความเป็นส่วนตัว ไม่ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกอับอาย

4. การคุ้มครองผู้หญิงตั้งครรภ์

กำหนดให้สถานศึกษา หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ให้การคุ้มครองนักเรียนนักศึกษาที่ตั้งครรภ์และประสงค์จะศึกษาต่อให้สามารถศึกษาต่อได้ หรือลาพักและกลับมาเรียนต่อได้ และสถานประกอบการทั้งภาครัฐและเอกชนต้องไม่ขัดขวางการลาคลอดตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด ส่งเสริมการให้นมบุตรอย่างต่อเนื่อง และให้ความช่วยเหลือดูแลลูกจ้างที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมและประสบปัญหาในการดูแลบุตร

5. การป้องกันปัญหาการคุกคามทางเพศในที่ทำงาน

กำหนดว่าหน่วยงานรัฐและเอกชนต้องป้องกันไม่ให้เกิดการคุกคามหรือก่อความเดือดร้อนทางเพศในที่ทำงาน

6. กลไกระดับชาติ

กำหนดให้มีคณะกรรมการคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (กอช.) โดยนายกรัฐมนตรีเป็นประธานโดยตำแหน่ง มีบทบาทดูแลให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์

ความ (ไม่) มั่นคงทางอาหาร จากโลก...ถึงไทย

โลกกำลังเผชิญวิกฤตการณ์ด้านอาหารอย่างน่า
ทราตรุนแรง โดยเฉพาะในช่วงเวลาไม่ถึง 5 ปี เกิดขึ้น
ติดๆ กันถึง 2 ครั้ง ประเทศไทยเองกำลังตกอยู่ใน
สภาวะการณ์สุ่มเสี่ยงที่จะเกิดภาวะความไม่มั่นคงทางอาหาร
เพราะสาเหตุหลายประการ ไม่ว่าจะเป็น धानาไทยใกล้
สูญพันธุ์ เกษตรกรขายที่ถึง และปัญหาเชิงโครงสร้างต่างๆ
ที่ยังแก้ไม่ได้สะเด็ดน้ำ เช่น ปัญหาโครงสร้างของที่ดินทำกินและสิทธิ
ในการเข้าถึงทรัพยากร ปัญหาความเสื่อมโทรมของฐานทรัพยากร
อาหาร และปัญหาของระบบการผลิตอาหารที่ไม่ยั่งยืน



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

โลกที่หิวไทย

สถานการณ์เริ่มขึ้นในช่วงต้นทศวรรษ 2550 คือ
ปี 2550 - 2551 ทั้งโลกต้องตกตะลึงกับราคาพืชผล
การเกษตรที่พุ่งสูงเป็นประวัติการณ์ในรอบ 30 ปี ซึ่งเป็น
ผลมาจากความต้องการบริโภคที่เพิ่มขึ้น แต่อาหาร
กลับขาดแคลนเพราะถูกภัยธรรมชาติถล่มซ้ำเติมด้วยการ
เก็งกำไรในตลาดสินค้าโภคภัณฑ์ของกองทุนเก็งกำไรหรือ
“เฮดจ์ฟันด์” เสริมด้วยการเปลี่ยนรสนิยมด้านอาหารของ
ชนชั้นกลางในเอเชีย ที่มีรายได้สูงขึ้นโดยเฉพาะในจีนและ
อินเดีย รวมไปถึงการนำพืชอาหารไปผลิตพลังงานทดแทน
น้ำมันมากขึ้น¹

ในครั้งนั้นเกิดจลาจลแย่งชิงอาหารใน 32 ประเทศ
มี 2 รัฐบาล ถูกปล้นความหิวโหยของประชาชนโค่นล้ม
คือ เฮติและมาดากัสการ์

พอปลายปี 2553 วิกฤตการณ์รอบใหม่เริ่มก่อตัว
ทำให้องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ
(Food and Agriculture Organization of the United
Nations - FAO) ต้องเรียกประชุมฉุกเฉิน เมื่อวันที่ 24
กันยายน 2553 ก่อนจะเปิดเผยว่าดัชนีราคาอาหารโลก
ทั้งข้าวเจ้า ข้าวสาลี ข้าวโพด ธัญพืชอื่นๆ น้ำตาล และ
เนื้อสัตว์ พุ่งสูงทุบสถิติที่ 214.7 ซึ่งสูงกว่าตัวเลขเดิม

ที่ 213.5 ในเดือนมิถุนายน 2551 ที่เกิดวิกฤตอาหาร
ครั้งก่อนนั่นเอง และในช่วงรับปีใหม่ 2554 ยังได้เตือน
ให้โลกรวัง “ภาวะช็อกราคาอาหาร” (Food Price Shock)
ที่จะเกิดขึ้นได้ทุกเมื่อ เนื่องจากราคาอาหารโลกได้ก้าว
เข้าสู่ “เขตอันตราย” อีกครั้ง

ปัจจัยที่ทำให้เกิดวิกฤตรอบใหม่ ยังคงเป็นปัจจัย
เดิมๆ แม้กระแสเรื่องพลังงานทดแทนจากพืชอาจจะ
เบาบางลงบ้าง แต่ภัยพิบัติทางธรรมชาติกลับรุนแรงขึ้น
ทั้งน้ำท่วม แผ่นดินไหว ภัยแล้ง คลื่นความร้อน ไฟป่า
หิมะตกหนัก ภูเขาไฟระเบิด ฯลฯ คาดการณ์ว่าประเทศ
ที่จะได้รับผลกระทบจากราคาสินค้าที่ถีบตัวสูงขึ้นและ
ภาวะเงินเฟ้อรุนแรง คือ กลุ่มประเทศตลาดเกิดใหม่ ที่
ประกอบด้วย บราซิล รัสเซีย อินเดีย และจีน (BRIC) รวม
ถึงประเทศกำลังพัฒนาและประเทศยากจนในเอเชียและ
แอฟริกา

การประท้วงและจลาจลก่อตัวขึ้นในหลายประเทศ
อาทิ ในประเทศโมซัมบิก มีผู้เสียชีวิต 7 ราย บาดเจ็บ
หลายร้อยราย จากเหตุประท้วงรัฐบาลที่ขึ้นราคาขนมปัง
ร้อยละ 30 กลุ่มวัยรุ่นในประเทศแอลจีเรีย ก่อการจลาจล
จุดไฟเผาสถานที่ราชการและทำลายสาธารณสมบัติ
หลังจากนม น้ำตาล แบ่ง ขึ้นราคา

ที่น่าจับตามากที่สุดคือ เหตุประท้วงขับไล่รัฐบาลหลายประเทศในตะวันออกกลาง อาทิ เยเมน แอลจีเรีย โมร็อกโก จอร์แดน ตูนิเซีย และอียิปต์ สองประเทศหลังนี้ ผู้นำประเทศยอมลาออกจากตำแหน่ง ลามไปถึงประเทศลิเบีย ในตอนปลายเดือนกุมภาพันธ์ ที่ดูเหมือนว่าอาจเกิดสงครามกลางเมืองในที่สุด เพราะกลุ่มต่อต้าน พันเอก กัดดาฟี สามารถยึดกุมเมืองทางตะวันออกได้แล้ว ในต้นเดือนมีนาคม 2554 มีแนวโน้มว่าที่อิหร่านและโมร็อกโก มีการประท้วงรัฐบาลในเร็ว ๆ นี้

หากวิกฤตในอาหรับยังลามไม่หยุด หลายฝ่ายเชื่อว่า ปี 2554 จะเป็นปีที่เห็นราคาน้ำมันดิบทะยานพุ่งสูงทะลุ 100 เหรียญสหรัฐต่อบาร์เรล ราคาทองคำจะทะลุ 1,500 เหรียญสหรัฐต่อออนซ์² แน่หนอนว่าราคาสินค้าทุกหมวดก็พาเหรดขึ้นราคาตามด้วย โดยในหลายประเทศถูกซ้ำเติมด้วยปัญหาสินค้าขาดแคลน อัตราการว่างงานเพิ่มขึ้น คนยากจนทุกข์ยากมากขึ้น

จากสภาพการณ์ดังกล่าว ทำให้คำว่า “ความมั่นคงของอาหาร” มีการพูดถึงกันมากขึ้น เพราะได้พิสูจน์ชัดว่า **เมื่อไม่มีความมั่นคงทางอาหารแล้ว การเมืองเศรษฐกิจ สังคมย่อมไม่มั่นคงตามไปด้วย**

ความมั่นคงทางอาหาร คือ...อะไร

องค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติ ได้ให้ความหมายของความมั่นคงทางอาหารว่าหมายถึง สภาวะที่ “...คนทุกคนและทุกขณะเวลามีความสามารถทั้งทางกายภาพและทางเศรษฐกิจที่สามารถเข้าถึงอาหารที่เพียงพอ ปลอดภัย และมีคุณค่าทางโภชนาการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจด้านอาหาร เพื่อให้เกิดชีวิตที่มีพลังและมีสุขภาพ...โดยมี 4 องค์ประกอบสำคัญคือ ความพอเพียง การเข้าถึง การใช้ประโยชน์ และเสถียรภาพ”³ รวมถึงระบบการจัดการผลผลิตที่ส่งเสริมสนับสนุนการผลิตอย่างยั่งยืน อาทิ การปฏิรูปที่ดิน การจัดการแหล่งน้ำ และปัจจัยการผลิตต่างๆ การกระจายผลผลิตและผลประโยชน์ที่เป็นธรรมแก่เกษตรกร ชุมชนประเทศชาติ⁴

ถ้าเปรียบความมั่นคงของอาหารกับภูเขาน้ำแข็ง ราคาอาหารแพง ขาดแคลนมากขึ้น เป็นเพียง “ยอด” ที่โผล่พ้นน้ำเท่านั้น เพราะเป็นสิ่งที่เห็นง่าย เห็นชัด แต่ฐานมหาสมุทรที่จมอยู่ใต้น้ำนั้น ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยที่

ส่งผลต่อความมั่นคงทางอาหารทั้งสิ้น แถมยังเกี่ยวพันโยงใยส่งผลซึ่งกันและกัน ดังตัวอย่างที่มีการรวบรวม “10 มูลเหตุของความไม่มั่นคงทางอาหาร” ในกรณีของประเทศไทยว่าประกอบด้วย⁵

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

ไทย...กับความ (ไม่) มั่นคงทางอาหาร

จากข้อมูลข้างต้น หลายกรณีเป็นปัญหาที่สั่งสมเรื้อรังมานาน บางกรณีเป็นประเด็นใหม่ที่เกิดขึ้นไม่นานนัก โดยมีความเคลื่อนไหวในช่วง ปี 2553 และช่วงเวลาใกล้เคียงกันที่น่าสนใจ ดังนี้

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

มูลค่าความเสียหายอยู่ระหว่าง 32,000-54,000 ล้านบาท ทั้งภัยแล้งและภัยน้ำท่วมทำให้ผลผลิตมีน้อย ไม่พอกับความต้องการ ราคาจึงพุ่งสูงลิ่ว เห็นได้จาก พาดหัวข่าวในสื่อต่างๆ เช่น

“ภัยแล้ง! ทำราคาผักแพงถึงปลายมิย.”⁶

“น้ำท่วมทำผักแพงหูฉี่ ผักชีกิโลฯ ละ 300”⁷

ที่เป็นเรื่องใหญ่คือ ภัยแล้ง แผลงลง ทำให้ผลผลิต ปาล์มน้ำมันมีน้อย จนน้ำมันปาล์มที่หายไปจากท้องตลาด เพราะการกักตุน ราคาแพงขึ้น จนรัฐบาลตัดสินใจให้ นำเข้า ผลสุดท้ายกับข้าวกับปลาที่ต้องขึ้นราคาตาม ลาม ไปถึงไข่ไก่ ที่รัฐบาลออกมาตรการขายไข่แบบ “ซังกิโละ” จนถูกวิพากษ์วิจารณ์ไปทั้งบ้านทั้งเมืองในตอนต้นปี 2554

ขายที่ทิ้ง-ศัตรูพืชระบาด ปี 2553 “เพลี้ยกระโดด สีน้ำตาล” ศัตรูตัวฉกาจของนาข้าวระบาดหนัก กัดกินข้าว เสียหายไปเกือบ 8 แสนไร่ หนักสุดที่สุพรรณบุรีกว่า 4 แสนไร่ สาเหตุสำคัญนอกจากความร้อน ความแล้งที่ เอื้ออำนวยต่อการระบาดแล้ว ก็ยังคงเป็นปัญหาเดิมๆ คือ เกษตรกรใช้สารเคมีปราบศัตรูพืชอย่างไม่ถูกต้อง ทำให้ ระบบนิเวศของนาข้าวเสียสมดุลในการควบคุมเพลี้ย ตามธรรมชาติ⁸

ปลายปี 2553 เกิดภาวะ “มะพร้าวแพง” จากราคา ประมาณกิโลกรัมละ 35 บาท ขึ้นไปเป็นประมาณ 65 บาท เหตุเฉพาะหน้าคือ ภัยแล้ง น้ำท่วม แผลงศัตรูพืช ระบาด และเหตุเรื้อรังคือ ชาวสวนมะพร้าวขายที่ให้นายทุน ธุรกิจโรงแรม รีสอร์ท หรือหันไปปลูกพืชที่ได้ราคาดีกว่า คือ ยางพาราและปาล์มน้ำมัน โดยเฉพาะที่เกาะสมุยซึ่ง เคยมีมะพร้าวเต็มเกาะ ปัจจุบันเหลือเพียง 84,310 ไร่ ถูกโค่นทิ้งเฉลี่ยปีละ 1,000 ต้น โดยไม่มีการปลูกทดแทน ขณะที่ชาวสวนมะพร้าวจังหวัดชุมพรที่เคยมีอยู่ 20,878 ครอบครัว ในปี 2551 ลดเหลือ 19,500 ครอบครัว ในปี 2553⁹ ปัญหามะพร้าวแพง-ขาดแคลนยังเกิดขึ้นใน หลายประเทศ อาทิ ฟิลิปปินส์ ศรีลังกา

แผ่นดินทองของใคร? เป็นเรื่องใหญ่ระดับโลก กล่าวคือ หลังจากที่เกิดวิกฤตอาหารช่วงปี 2550 – 2551 รายงานของเจ้าหน้าที่สหประชาชาติระบุว่า กลุ่มประเทศ อุตสาหกรรมและประเทศเศรษฐกิจน้ำมัน ได้ย่องเข้าไปถือ ครองที่ดินเพาะปลูกในประเทศยากจนทั่วโลกอย่างเงียบๆ รวมแล้วกว่า 10 ล้านเฮกตาร์ หรือ 62.5 ล้านไร่ ตัวอย่าง เช่น เกาหลีใต้กว้านซื้อที่ 7 แสนเฮกตาร์ในซูดาน ซาอุดีอาระเบียซื้อที่ดิน 5 แสนเฮกตาร์ในแทนซาเนีย

กลุ่มประเทศแอฟริกาใต้ที่ร่ำรวยกว่าบุกซื้อที่ดินของคองโก ญีปุ่นและจีน มหาอำนาจแห่งเอเชียกว้านซื้อที่ดินโดยอ้าง ว่าเป็นการร่วมลงทุนในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และ แอฟริกา ฯลฯ¹⁰

สำหรับประเทศไทย ชาวคราวทำนองนี้เป็นข่าว ใหญ่ในปี 2552 สืบเนื่องจากกลุ่มทุนจากประเทศเศรษฐกิจ น้ำมันตะวันออกกลาง พยายามเจาะช่องเข้ามาหาพื้นที่ เพื่อใช้ในการผลิตอาหาร เพื่อสร้างหลักประกันความมั่นคง ทางอาหารของตน เช่น เดินทางเข้ามาพร้อมกับอดีตนายกร ัฐมนตรีไทยเพื่อขอเช่านาและบริหารจัดการผลผลิตข้าว ของไทย กลุ่มประเทศคณะมนตรีความมั่นคงอ่าวอาหรับ (จีซีซี) 6 ประเทศ ทำหนังสือถึงทางการไทยแสดงความ สนใจเช่าทำฟาร์มเลี้ยงสัตว์และทำนาปลูกข้าว กลุ่มทุน บาร์เรน ร่วมมือกับบริษัทยักษ์ใหญ่การเกษตรของไทย จัดทำโครงการเลี้ยงสัตว์ในพื้นที่ภาคใต้ เป็นต้น¹¹

ในช่วงปี 2552 สื่อมวลชนและทางการไทยตาม เปิดโปงการเข้ามากว้านซื้อที่ดินของชาวต่างชาติ จนปรากฏ พาดหัวข่าว อาทิ “ค้ายเขตชลประทาน ตามหาอาหรับ”¹² และ “DSI ลุยสืบข้อมูลชาวนานอมีนี”¹³ ต่อเรื่องนี้ นาย อภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ นายกรัฐมนตรี ยืนยันถึงเจตนาของ รัฐบาลไทยที่ไม่อนุญาตให้ดำเนินการได้ และไม่ยินยอมาย เปลี่ยนแปลงกฎหมาย สิ่งที่ได้ทำคือการเข้ามาร่วมทุนใน กิจการตามกฎหมาย โดยฝ่ายไทยต้องมีหุ้นข้างมาก¹⁴

และแล้วเรื่องดังกล่าวก็ค่อนข้างเงียบหายไปในช่วง ปี 2553 แต่ก็มีเกรงกันว่าอาจเป็นไปในลักษณะ “หลบ ซ่อน” โดยต่างชาติออกทุนให้คนไทยถือหุ้นแทนที่เรียกกัน ว่า “นอมีนี” (nominee) ซึ่งมีกรรมวิธีในการหลบเลี่ยง กฎหมายในหลายรูปแบบ ผศ.ดร.อัทธ์ พิศาลวานิช ผู้อำนวยการศึกษาการค้าระหว่างประเทศ เสนอมาตรการ “ล้อมคอกก่อนวัวหาย” โดยเร่งให้รัฐบาลออกกฎหมาย ป้องกันการเข้ามาซื้อที่ดินของชาวต่างชาติ หรือถือหุ้นโดย นอมีนี เช่น การตรวจสอบเส้นทางการเงินที่นำมาลงทุน ตรวจสอบบริษัทที่จดทะเบียนในไทยว่าทำธุรกิจถูกต้อง หรือไม่¹⁵

ชาวนาไทยใกล้สูญพันธุ์ เกษตรกรรายย่อย มีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ อายุเฉลี่ยของเกษตรกรอยู่ที่ 45-51 ปี ลูกหลานชาวไร่ชาวนาไม่ต้องการทำนาอีกต่อไป¹⁶ ขณะที่การทำไร่นาแบบพันธสัญญา ซึ่งส่วนใหญ่เป็น สัญญาที่ไม่ชอบธรรมและชาวนาเป็นเพียงลูกจ้างกลับเพิ่ม ขึ้น และมีแนวโน้มว่ากลุ่มธุรกิจการเกษตรขนาดใหญ่ และ

กลุ่มธุรกิจอื่น เช่น กลุ่มธุรกิจผู้ผลิตสุรารายใหญ่ได้เข้ามาลงทุนในภาคเกษตรมากขึ้นนับจากปี 2551 เป็นต้นมา¹⁷

นักวิชาการการเกษตรขาดแคลน ท่ามกลางปัญหาวิกฤตอาหารโลก ยังมีแนวโน้มที่น่ากังวลว่า ไทยจะขาดแคลนนักวิชาการการเกษตรอีกด้วย เพราะผลการสำรวจของ “แม่โจ้โพล” มหาวิทยาลัยแม่โจ้ จ.เชียงใหม่ พบว่า เยาวชนส่วนใหญ่รู้ว่าอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพหลักของคนไทย และเห็นว่าภาคเกษตรกรรมเป็นรายได้หลักของประเทศ แต่นักเรียนกว่าร้อยละ 80 กลับไม่ต้องการเรียนเกษตรเพราะคิดว่าเป็นอาชีพที่ลำบากและรายได้ได้น้อย¹⁸

สำหรับมูลเหตุแห่งความไม่มั่นคงทางอาหารอื่น ๆ ยังเป็นเรื่องที่ต้องจับตากันอย่างใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง “ความปลอดภัยของอาหาร” ทั้งในส่วนสินค้านำเข้าที่ตรวจพบการปนเปื้อนของสารเคมีเกินมาตรฐานความปลอดภัย เช่น พบยาฆ่าแมลงตกค้างในผักผลไม้ สารกันบูดในเนื้อสัตว์ต่างๆ การปนเปื้อนของสารโลหะหนักและน้ำยาทำความสะอาดสูงในอาหารทะเลสด¹⁹ ในส่วนสินค้าส่งออกนั้น ตลอดปี 2553 สหภาพยุโรป ซึ่งเป็นตลาดใหญ่ของไทยแจ้งเตือนการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์และสารตกค้างในผักผลไม้กว่า 70 ครั้ง ส่งผลกระทบต่อมูลค่าการส่งออกราว 700 ล้านบาทต่อปี และกระทบต่อภาพพจน์ของ “ผักกะเพรา” เมนูยอดฮิตของชาวต่างชาติ²⁰ รวมถึงการรณรงค์ความปลอดภัยของอาหารที่ซื้อขายในประเทศ อาทิ น้ำมันทอดซ้ำ ความสะอาดของตลาดสด สารเร่งเนื้อแดงในสุกร เป็นต้น

มีการพูดถึงอาหารดัดแปลงพันธุกรรม (GMO) กันมากขึ้นว่า จะเป็นทางออกสำหรับวิกฤตอาหารโลก²¹ เช่น รายงานที่จัดทำโดยรัฐบาลอังกฤษ เรื่อง “อาหารโลกและอนาคตการเกษตร” ซึ่งไทยควรมีการ “ตั้งรับ” อย่างรอบคอบ เพราะมีโอกาสที่จะ “ถูกรุก” ผ่านข้อตกลงเขตการค้าเสรี ทั้งพหุภาคีและทวิภาคีที่จ่อคิวมีผลบังคับใช้ และที่จะเจรจาเพิ่มเติมในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า ซึ่งจะส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางต่อภาคเกษตรกรรม ตั้งแต่ระดับเกษตรกรรายย่อยที่ยังคงกระอักอยู่กับ “ผลพิษ” ของ FTA ที่ไทยทำกับนานาประเทศ²² ความปลอดภัยของผู้บริโภค ภาพพจน์การยอมรับต่อสินค้าส่งออกไทย ไปจนถึงความหลากหลายทางชีวภาพที่ไทยได้ชื่อว่าคุณสมบัติอันดับต้นๆ ของโลก

ทางรอด

ท่ามกลางปัญหาวิกฤตอาหารที่รุมเร้าโลกอย่างรุนแรงและไม่มีทีท่าเบาบางลง เพราะปัจจัยหลักๆ คือ คนเพิ่มขึ้น แย่งกันกินกันใช้มากขึ้น ความต้องการพลังงานทดแทนจากพืชอาหาร ภัยพิบัติทางธรรมชาตินานาชนิดที่ยังรักษาระดับความรุนแรงในการทำลายล้างพื้นที่เกษตรกรรมในหลายประเทศ...ยังอยู่ครบถ้วน

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

สำหรับ ประเทศไทยของเรา ธรรมชาติได้มอบความอุดมสมบูรณ์ให้มากกว่าหลายประเทศในโลก จนได้รับการขนานนามว่า “แผ่นดินทอง” “ครัวโลก” “อู่ข้าวอู่น้ำของโลก” แต่จุดเด่นของประเทศไทยที่เป็นผู้ผลิตอาหารสำคัญของโลก ไม่ได้อยู่ที่มีบริษัทยักษ์ใหญ่ที่ครอบงำอุตสาหกรรมเกษตรในประเทศ 2-3 เจ้า แต่เพราะมีเกษตรกรรายย่อยจำนวนมากต่างหาก **การผลิตของเกษตรกรรายย่อยมีหลักประกันที่ทุกคนสามารถเข้าถึงอาหารได้ เพราะผลิตเองกินเอง เหลือกก็กระจายไปสู่สังคม ไม่มีใครผูกขาดได้**²³ ดังนั้น ทางรอดสำคัญทางหนึ่งก็คือ นโยบายการดูแลและสนับสนุนเกษตรกรรายย่อยที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ

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

การสร้างความมั่นคงทางอาหารให้เกิดขึ้นจึงต้องเกี่ยวข้องกับการแก้ไข ปรับปรุงและแสวงหาทางออกทั้งระบบ ตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงทางนโยบาย ตั้งแต่ประเด็นการฟื้นฟูฐานทรัพยากรไปจนถึงมิติทางวัฒนธรรมของระบบอาหาร²⁴

โฆษณาสุขภาพเกินจริง ไร้การควบคุม



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

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา กระแสรักสุขภาพกำลังมาแรง พร้อมๆ กับกระแสโฆษณาสุขภาพเกินจริงกำลังเบ่งบานบนสื่อออนไลน์ โดยการนำเสนอ ‘สินค้าสร้างสุขภาพดี’ ผ่านผลิตภัณฑ์และบริการหลากหลายแบบที่มีมูลค่าการตลาดหลายหมื่นล้านบาท ผู้ผลิตสินค้าพร้อมจะสู้เสี่ยงต่อโทษทัณฑ์ เพราะเมื่อหักกลบแล้ว กำไรหอมหวานกว่าต้นทุนความผิด เห็นได้จากอุตสาหกรรมอาหารเสริมที่อวดอ้างสรรพคุณเกินจริง ไม่ได้มาตรฐาน และไม่ได้ขออนุญาตการโฆษณาจากทาง อย. ที่ทวีจำนวนสูงขึ้น โดยมีผู้บริโภคเป็นผู้รับเคราะห์ ดังตัวอย่างข่าว “มหันตภัยยาลดอ้วน น.ร.สาว ม.6 สังเวชชีวิท ตะลึงช็อก – ขายว่อนเน็ต”

ไอ้พระเจ้า จอร์จ! มันยอดเยี่ยม

คำอุทานต่อความเลอเลิศจากรายการขายสินค้ายามดึก ซึ่งส่วนใหญ่มักสร้างความอัศจรรย์ใจแก่ผู้ที่ยากผอมด้วยการใช้เวลาเพียง 3 นาทีต่อวัน ถูกนำมาใช้เป็นคำแสดงติตปาก ...อย่างน้อยคงแสดงให้เห็นได้ว่าสื่อโฆษณาแฝงมีกลิ่นไอแค่ไหน

กระแสความใส่ใจในสุขภาพก่อกำเนิดโรคภัยต่างๆ ที่ดูเหมือนจะถึงเนื้อถึงตัวผู้คนตามข้อมูลสุขภาพจำนวนมากที่ถูกเผยแพร่ เปิดช่องทางให้ธุรกิจนำเสนอ ‘สุขภาพดี’ ผ่านผลิตภัณฑ์และบริการหลากหลายแบบ ไม่ว่าจะเป็นอาหารเสริม ยาลดความอ้วน กาแฟลดน้ำหนัก ครีมเสริมทรวงอก ยาสมุนไพรรักษาโรคภัยไข้เจ็บ ยาปลูกเซลล์ เครื่องสำอางชะลอวัย เครื่องกรองน้ำมหัศจรรย์ น้ำแร่ นาโน อุปกรณ์ไฟฟ้าสถิตลดความอ้วน หรือสินค้าบรรจพลังแม่เหล็กที่ไม่ใช่แค่ช่วยให้สุขภาพดี แต่ยังแถมความโชคดีให้เป็นโปรโมชั่น ฯลฯ

เป็นเรื่องยาก ถ้าจะให้เคาะตัวเลขกลมๆ ว่าธุรกิจประเภทนี้มีมูลค่าตลาดเท่าไร แต่น่าจะประมาณการได้ว่าหลายหมื่นล้านหรืออาจจะมากกว่า ตัวเลขการจับกุม

ดำเนินคดีอาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ เครื่องสำอาง และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2552 – 30 กันยายน 2553 ระบุว่ามีการดำเนินคดีไปแล้ว 1,145 ราย จำนวนของกลาง 3,248 รายการ มีการจับกุมที่มีมูลค่าสูงกว่า 20 ล้านบาท 15 ครั้ง นายจรินทร์ ลักษณวิศิษฐ์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า “ขณะเดียวกันประชาชนได้ให้ความร่วมมือโดยโทรศัพท์แจ้งและร้องเรียนผ่านสายด่วน อย. 1556 จำนวน 1,124 เรื่อง แบ่งเป็นเกี่ยวกับอาหารร้อยละ 55.5 ส่วนใหญ่เป็นเรื่องโฆษณาไม่ได้รับอนุญาต หลอกลวง อาหารไม่ได้มาตรฐาน ฉลากไม่ถูกต้อง และอาหารปลอม ยาร้อยละ 23 เครื่องสำอางร้อยละ 10.7 เครื่องมือแพทย์ร้อยละ 4.5 วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทร้อยละ 1 และอื่นๆ ร้อยละ 5.3”¹

โดยเฉพาะการกระทำผิดในกลุ่มธุรกิจขายตรงนับว่าสูงจนน่าทึ่ง นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี เลขาธิการอย. กล่าวว่า กว่าร้อยละ 80 ของการจับกุมการกระทำผิดธุรกิจขายตรงในปัจจุบัน สาเหตุมาจากการโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณเกินความจริง โดยแต่ละบริษัทที่ถูก

ดำเนินคดีไม่จำกัดว่าเป็นบริษัทเล็กหรือใหญ่เพียงใด เพราะก็ยังมีผลกระทบความผิดอย่างต่อเนื่อง²

ไม่ใช่แค่ผลิตภัณฑ์ที่มีการโฆษณาเกินจริง การบริการทางการแพทย์ก็พบว่ามีปัญหาการโฆษณาเกินจริง เช่นกัน แพทยสภาสำรวจตัวเลขการทำความผิดที่ค้างอยู่ที่แพทยสภาประมาณ 400 คดี โดยในปี 2552 มี 198 คดี โดยส่วนใหญ่ไม่ใช่คดีที่เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของแพทย์โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานพยาบาล แต่เป็นการโฆษณาเกินจริงเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะคลินิกที่ให้บริการเกี่ยวกับความสวยความงาม³

อะไรคือเมล็ดพันธุ์แห่งความเบ่งบานของโฆษณาสุขภาพเกินจริง...

เพราะทุกคนอยากสุขภาพดี?

เป็นธรรมชาติปกติของสังคมที่เมื่อสิ่งใดหรือระบบความเชื่อ – ความคิดใดดำรงอยู่มาสู่ระยะหนึ่ง แนวทางใหม่ๆ มักจะปรากฏขึ้นเพื่อต่อรอง คัดจ้าง และปะทะสังสรรค์กับสิ่งเดิม ก่อนปี 2540 ทุนนิยมเบ่งบานและพองโตอันเป็นผลสะสมจากแนวทางการพัฒนาประเทศตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 1 ทว่าวิกฤตต้มยำกุ้งปี 2540 ได้กระชากผู้คนทั้งสังคมลงจากวิมานเพื่อฝัน และตั้งคำถามอย่างถอนรากถอนโคนต่อแนวทางการพัฒนาประเทศ กระแสทางเลือกต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนา การเมือง เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ซึ่งถูกพุ่มพักจนอึดอัดได้เสนอตัวเองสู่การรับรู้จำกัดกรอบเฉพาะกระแสกรีนๆ ความเขียวค่อยๆ เชยาคความคิด – ความเชื่อเรื่องสุขภาพของชนชั้นกลางอย่างมีนัยสำคัญ

กระแสการดูแลสุขภาพแบบทางเลือกเริ่มปรากฏกายและได้รับการตอบรับอย่างอุ่นหนาฝาคั่ง แต่เมื่อวิกฤตปี 2540 ผ่านพ้น ระบบเศรษฐกิจแบบตลาดเริ่มตั้งตัวติด พลังอำนาจของเงินสามารถถึงกระแสทางเลือกมาใช้สร้างกำไรกำไร บ่นกระแส ‘ความมีสุขภาพดี’ กลายเป็นสินค้าหลักประเภทหนึ่งในท้องตลาด

ขณะเดียวกัน ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพก็ทวีจำนวนและเข้าถึงได้ง่ายดาย ความพอม ความขาว การมีกล้ามเนื้อและอีกหลายๆ อย่าง ด้วยตรรกะอันชวนงุนงง สิ่งที่ว่ามานี้ ถูกลากจูงคลุกเคล้าให้เป็นสัญลักษณ์ของการมีสุขภาพดี ความมีวินัยในร่างกาย และความมีรสนิยมในการใช้ชีวิต แล้วทุกอย่างก็เป็นไปตามหลักพื้นฐานของเศรษฐศาสตร์คลาสสิก เมื่อมีความต้องการและกำลังซื้อ

ย่อมต้องมีผู้ตอบสนอง แต่ผู้ประกอบการก็เชื่อว่าจะมีจรรยาบรรณทุกราย ขณะที่ผู้บริโภคจำนวนไม่น้อยก็ใจร้อนเกินไป

ข้อมูลน่าสนใจจากปากคำ นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี ที่ระบุว่า ปัจจุบันประชาชนให้ความสำคัญกับการควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้น เนื่องจากภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจ เบาหวาน และโรคเรื้อรังต่างๆ ทำให้มีการโฆษณาเพื่อขายผลิตภัณฑ์หรืออาหารเสริมเพื่อลดน้ำหนักอย่างมาก แม้ทาง อย. จะควบคุมในส่วนของยาประเภทวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท 2 ให้มีการบริโภคลดลงอย่างต่อเนื่อง จาก 40 ล้านเม็ดในปี 2545 เหลือ 9.9 ล้านเม็ด ในปี 2552 และมีมูลค่าการใช้ยาลดลงจาก 33,420,523 ล้านบาท ในปี 2550 เหลือ 26,372,892 ล้านบาท ในปี 2552 แต่กลับกลายเป็นว่า อุตสาหกรรมอาหารเสริมที่อดอ้างสรรพคุณเกินจริง ไม่ได้มาตรฐาน และไม่ได้ขอรับอนุญาตการโฆษณาจากทาง อย. กลับมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะการจำหน่ายอาหารเสริมผ่านทางไปรษณีย์และทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งพบว่ามี การตรวจจับคดีโฆษณาสรรพคุณเกินจริงจากเดิม 160 คดี ในปี 2551 เพิ่มขึ้นเป็น 237 คดี ในปี 2552⁴

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

อีกมุมหนึ่งที่จำเป็นต้องพูดถึง โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของสินค้าประเภทยามหัศจรรย์ที่รักษาได้ตั้งแต่ยุ้งกืด ถึง มะเร็งต่อมลูกหมาก ดังกรณีน้ำหมักมหัศจรรย์ของ ‘ป้าเซ็ง’ หรือ นางสาวศรวรรณ ศิริสุนทรินทร์ แน่นนอนว่าการหาकिनบนความเจ็บไข้ควรรับโทษ แต่สืบสาวรากเหง้ากันดี ๆ ใช้หรือไม่ว่า มันกำลังสะท้อนความล้มเหลวบางประการของระบบการศึกษาที่ทำให้คนเชื่อง่ายและขาดวิจารณญาณ รวมถึงวิชาการแพทย์สมัยใหม่ที่ผูกขาดความรู้ ไม่ยอมเปิดพื้นที่ให้การรักษาเชิงวัฒนธรรมที่ชาวบ้านอีกไม่น้อยยังให้การยอมรับ และวิชาการแพทย์สมัยใหม่เองที่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการรักษาโรคเรื้อรังต่างๆ

พลังของสื่อใหม่ ไร้การควบคุม

การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของ นางสาวโชติมา จินตนาผล วัย 18 ปี นักเรียนชั้น ม.6 ที่สั่งซื้อยาลดความอ้วนจากเว็บไซต์มารับประทาน เมื่อกลางปี 2553 ถือเป็นอุทาหรณ์เตือนใจถึงอันตรายจากการหลงเชื่อโฆษณาเกินจริงและความหย่อนยานของระบบ ทั้งที่ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวถูกทางการจับไปแล้ว แต่กลับยังมีการขายตามอินเทอร์เน็ต จากการตรวจสอบของ ออย. พบว่า ผลิตภัณฑ์ดังกล่าวใส่ยาอันตรายนาม ไซบูตามีน ซึ่งออกฤทธิ์เร่งการเผาผลาญของร่างกาย ก่อผลข้างเคียงคือ ปากแห้ง คอแห้ง ใจสั่น นอนไม่หลับ ทำให้ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซักถามผู้ปกครองของ นางสาวโชติมา พบว่า เธอมีอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลดถึง 10 กิโลกรัมภายใน 1 เดือน⁵

กรณีของนางสาวโชติมาไม่ใช่กรณีแรกและแน่นอนว่าจะไม่ใช่กรณีสุดท้าย นำแปลกที่ผู้บริโภคยังคงหลงเชื่อสรรพคุณอวดอ้าง แม้ทาง ออย. จะกล่าวเตือนอย่างสม่ำเสมอไม่ว่าจะเป็นกาแฝดความอ้วนหลายยี่ห้อที่มักโฆษณาประสิทธิภาพลดน้ำหนักเกินจริง ซึ่งก็พบสารไซบูตามีนเช่นกัน ใส่เรียงถึงน้ำหนักมหัศจรรย์ของป่าเซ่งที่มีผู้นำไปหยอดตาและสูญเสียการมองเห็นไปในที่สุด

ต้องยอมรับว่า เทคโนโลยีนับเป็นตัวเร่งสำคัญ มีหน้าที่ช่วยควบคุมได้ยาก จากสถิติการจับกุมยาที่โฆษณาเกินจริงทาง **อินเทอร์เน็ต** ตั้งแต่เดือนมกราคม 2552 ถึงกรกฎาคม 2553 ออย. ได้ปิดเว็บไซต์ที่มีโฆษณาเกินจริง 62 เว็บไซต์ รวม 719 URL และปิดเว็บบอร์ด ฟรีเว็บ 155 เว็บไซต์ รวม 349 URL แต่จำนวนที่กล่าวมานี้ก็เป็นเพียงส่วนน้อยของส่วนมากที่มีการเปิดใหม่ทุกวัน ขณะที่กระบวนการติดตามจับกุมและบังคับใช้กฎหมายกลับใช้เวลาเนิ่นนาน เนื่องจาก ออย. ไม่มีอำนาจปิดเว็บไซต์ ขณะที่ใครก็ได้สามารถใช้เวลาแค่ 10 นาที ในการเปิดเว็บไซต์ใหม่⁶

ในฟากฝั่งของ **เคเบิลทีวี** ซึ่งเป็นช่องทางสำคัญอีกช่องทางหนึ่งที่มีการโฆษณาเกินจริงอย่างกว้างขวาง แต่กลับตรวจสอบได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากยังไม่มีกฏจำกัดเวลาในการโฆษณา ทั้งยังเกี่ยวข้องกับการที่ยังไม่สามารถจัดตั้ง **คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)** ขึ้นมาเพื่อดูแลควบคุม

นายเกษม อินทร์แก้ว นายกสมาคมเคเบิลทีวีแห่งประเทศไทย กล่าวไว้ว่า ผู้ประกอบการเคเบิลทีวีที่เป็น

สมาชิกของสมาคมมีอยู่ทั้งสิ้น 250 บริษัท ครอบคลุมเครือข่ายทั่วประเทศรวม 500 สถานี และยอมรับด้วยว่าสมาชิกยังไม่มีความรู้เรื่องกฎหมายเกี่ยวกับการโฆษณาภาพ⁷

ส่วน **ธุรกิจทีวีดาวเทียม** ก็เติบโตรวดเร็วพรวดไม่รอช้า มียอดขายจานดาวเทียมเพิ่มขึ้น 10 เปอร์เซ็นต์ต่อเดือน ขณะที่โฆษณาที่ผ่านโทรทัศน์ดาวเทียมก็สูงขึ้นต่อเนื่อง จากปี 2551 อยู่ที่ 100 ล้านบาท เป็น 500 – 800 ล้านบาท ในปี 2552 และเพิ่มขึ้นเป็น 2,500 ล้านบาท ในปี 2553⁸

ที่กล่าวมานี้ยังไม่นับรวมช่องทาง โซเชียล เน็ตเวิร์ค สื่อใหม่ที่ได้รับความนิยมสูงมากในช่วง 2 – 3 ปีที่ผ่านมา ทั้งเฟซบุ๊ก และทวิตเตอร์ ที่ปัจจุบันเริ่มเห็นการโฆษณาเกินจริงบ้างแล้ว พุดกันตามข้อเท็จจริงแล้ว โฆษณาลิ้นคำและบริการสุขภาพที่เผยแพร่อย่างถูกต้องตาม **ฟรีทีวี** ก็เชื่อว่าจะไม่มีการอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง แต่จะด้วยเหตุใดก็ตาม ดูเหมือนจะไม่มีใครสนใจนัก หรือเพราะเราอยู่กับความเกินจริง – เหนือจริง กันจนเคยชิน...ไปแล้ว

ออกจากโลกเหนือจริง

การจับกุมสินค้าโฆษณาเกินจริงปรากฏเป็นข่าวเสมอและมีที่ทว่าจะไม่วันจบสิ้น ซึ่งเอาเข้าจริง ๆ ก็เป็นเพียงการแก้ปมที่ปลายเหตุ แรงบีบรัดแห่งกฎหมายก็ไม่พอจะบีบคั้นให้พ่อค้าเจ้าเล่ห์ยำเกรง โดยในปัจจุบันการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ อาหาร ยา และเครื่องมือแพทย์ จะต้องได้รับการอนุญาตจาก ออย. ก่อนทำการเผยแพร่ โดยโทษของผู้ฝ่าฝืนมีดังนี้⁹

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

2. **โฆษณาผลิตภัณฑ์ยาโดยไม่ได้รับอนุญาต** และโฆษณาเป็นเท็จหรือหลอกลวง มีโทษปรับไม่เกิน 1 แสนบาท

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

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

นายแพทย์พิพัฒน์ ยิ่งเสรี ยอมรับว่ากฎหมายยังไม่หนักพอจะการาบ อย. จึงมีความพยายามผลักดันให้มีการปรับเปลี่ยนบทลงโทษให้รุนแรงมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนกฎหมายต้องผ่านความเห็นจากหลายฝ่าย และต้องใช้เวลาในการแก้ไขมากพอสมควร¹⁰ แต่นอกจากการเพิ่มโทษแล้ว เนื้อหาสาระของกฎหมายก็ควรอย่างยิ่งที่จะต้องปรับปรุงให้เท่าทันต่อกระแสโลกที่เปลี่ยนไปด้วย

สิ่งที่ทำได้ดีที่สุดขณะนี้จึงเป็นกวดขันจับกุม การใช้มาตรการเชิงรุก โดยสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) วางแนวทางดำเนินการในปี 2554 ได้จัดตั้งสายลับตรวจจับโฆษณาที่หลอกลวงผู้บริโภค โดยร่วมมือกับเครือข่ายผู้บริโภค นักเรียน นักศึกษา และอาสาสมัครทั่วประเทศ จัดตั้งศูนย์เฝ้าระวังและพิสูจน์สินค้าที่ไม่ปลอดภัย เพื่อตรวจสอบสินค้าที่ไม่ได้คุณภาพมาตรฐาน และจัดตั้งชุดป้องปรามการละเมิดสิทธิผู้บริโภคขึ้นทำงานร่วมกับตำรวจกองบังคับการปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค (ปปบ.) เพื่อให้เรื่องที่ถูกร้องเรียนมายัง สคบ. ได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว¹¹

อย่างไรก็ตาม ต่อให้ สคบ. และ อย. สนธิกำลังและขยันขันแข็งเพียงใดก็ยังเหลือกำลัง เพราะปริมาณของปัญหาใหญ่โตและยุ่งชิงกับหลายภาคส่วน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงไอซีทีที่ต้องคอยสอดส่องเว็บไซต์หลอกลวงต่างๆ การแต่งตั้ง กสทช. ที่หมกมุ่นมานานเกินไป ควรจะต้องทำคลอดเสียที เพื่อเป็นผู้นำกับดูแลการโฆษณาของช่องทีวีดาวเทียมและวิทยุชุมชนต่างๆ งานทั้งหมดนี้จึงจำเป็นต้องมีเจ้าภาพหลักประสานงาน เป็นต้น

สิ่งที่ต้องทำไปพร้อมๆ กัน คือ การจัดกิจกรรมและเผยแพร่ความรู้ – ความเข้าใจแก่ผู้บริโภคให้มีภูมิคุ้มกัน ซึ่งส่วนที่ยากที่สุดก็คือ การรื้อถอนความเชื่อผิดๆ และสร้างทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพและการดูแลตนเอง โดยต้องเท่าทันถึงผลกระทบที่ซ่อนเร้นด้วย เช่น การรณรงค์เรื่องโรคอ้วนที่สร้างการตระหนักรู้ถึงพิษภัยของความอ้วนได้ดี แต่มั่นก็เพาะความเกลียดกลัวความอ้วน ช่วยผลิตซ้ำความงาม – ร่างกายในอุดมคติ ผลักไล่ให้ผู้คนกระเสือกกระสนดัดแปลงตัวเองเพื่อให้มีที่ยืนในสังคมสุดท้ายแล้ว สังคมเองก็น่าจะสร้างสรรค์กระบวนการในการแย่งชิงพื้นที่การนิยามความหมายของคำว่า “สุขภาพดี” จากมือนักการตลาดเสียบ้าง

ตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่ อย.ระบุว่าโฆษณาเกินจริง มีความผิดตามกฎหมาย

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

โฆษณาผ่านอินเทอร์เน็ต : ผลิตภัณฑ์แผ่นแปะเท้า อวดอ้างสรรพคุณว่าสามารถดูดซับของเสียในเสียร่างกาย กระตุ้นจุดต่างๆ ได้ฝ่าเท้ากว่า 60 จุด และส่งเสริมให้ระบบการไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น โดยอาศัยพลังงานธรรมชาติของสาร wood vinegar (กรุงเทพธุรกิจ 26 กุมภาพันธ์ 2552)

โฆษณาผ่านหนังสือพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง ป้ายโฆษณาบนถนน ทั้งในเขตกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด : เครื่องดื่มผสมกาแฟอันตรายคาราบาวแดง โฆษณาว่ามีวิตามิน บี 12 ช่วยในการทำงานของระบบประสาทและสมอง ดึงข้อความที่แสดงป้ายว่า “คาราบาวแดง มีวิตามิน บี 12 เพิ่มความคิด เพิ่มคุณค่าชีวิต” (กรุงเทพธุรกิจ 2 กันยายน 2553)

ผู้บริโภคสามารถแจ้งเรื่องการโฆษณาโอ้อวดเกินจริงได้ที่ สายด่วน อย.1556

หรือ E-mail: 1556@fda.moph.go.th หรือ ตู้ ปณ.1556 ปณฝ.กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี 11000

โรคอ้วนในสังคมบริโภค

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยเป็นประเทศที่อัตราการโรคอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในโลก และในปี 2553 ที่ผ่านมา เรื่องราวผู้ที่มีภาวะโรคอ้วนรุนแรง ขนาดต้องใช้เครื่องจักรขนย้ายร่างกายออกจากที่พักอาศัย เพื่อนำส่งโรงพยาบาล ถูกจุดกระแสอยู่ชั่ววูบหนึ่งก่อนจางหาย นับเป็นหนึ่งในข่าวคราวมหันตภัยจากความอ้วนล้นเกินที่แพร่กระจายอยู่ในสังคม กระนั้น โรคอ้วนกลับไม่มีที่ท่าหยุดแพร่ระบาด หากแต่ทวีความรุนแรงจากแรงโถมกระตุ้นการบริโภคด้วยพลังทางการตลาด ขณะเดียวกันปฏิกิริยาสะท้อนกลับของการรณรงค์กลับเพาะความเกลียด ความกลัวความอ้วน และอาการโหยหาร่างกายที่สมบูรณ์แบบ ซึ่งกระตุ้นการบริโภคในอีกรูปแบบหนึ่ง



อ้วนระดับโลกถึงอ้วนระดับชาติ

ผลสำรวจของศูนย์วิจัยธุรกิจ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (เอแบคโพลล์) เรื่อง “ธุรกิจรุ่ง ธุรกิจร่วง ในปี 54” โดยสำรวจความเห็นจากตัวอย่างผู้บริหารและเจ้าของธุรกิจทั่วประเทศ 1,437 ราย ในช่วง 20 ธันวาคม 2553 – 6 มกราคม 2554 พบว่าร้อยละ 24 เห็นว่าธุรกิจร้านสะดวกซื้อ สินค้าที่ต้องกินต้องใช้ จะเป็นธุรกิจที่รุ่งที่สุดในปี 2554¹

ไม่ใช่เพียงความรุ่งโรจน์ของธุรกิจที่สื่อผ่านงานสำรวจชิ้นนี้ หากลองตีความนัยแห่งตัวเลขอาจหมายถึงความต้องการ ‘กิน’ ที่ทวีความเข้มข้นขึ้นเรื่อยๆ ในสังคมไทยที่มีอาหารล้นเหลือเพื่อฟ่าย ซึ่งการบริโภคล้นเกินดูจะเป็นแนวโน้มของโลกมากกว่าจะจำกัดอยู่เฉพาะในไทย เมื่อข้อมูลขององค์การอนามัยโลกระบุว่า ประชากรโลกราว 1.6 ล้านคน มีน้ำหนักตัวเกินหรือเป็นโรคอ้วน อันเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตมากถึงปีละ 2.5 ล้านคน² และ

ผู้เป็นโรคอ้วน 1 ใน 4 อาศัยอยู่ในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ที่ชวนนอกเส้นขวัญแวนก็คือ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ประเทศไทยเป็นประเทศที่อัตราการโรคอ้วนในเด็กเพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในโลก³

ลึกลงไปในรายละเอียดของข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2550 พบว่า จำนวนคนไทยที่กำลังเผชิญโรคอ้วนมีสูงถึง 10.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 35 ของจำนวนประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในเขตเมืองถึงเกือบหนึ่งในสาม ขณะที่เด็กไทยก็กำลังเผชิญภาวะโรคอ้วนเช่นกัน คาดว่าในอีก 6 ปีข้างหน้า เด็กที่มีน้ำหนักเกินจะมีเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 ของเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งจะทำให้มีเด็กที่มีน้ำหนักเกินเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 20⁴ โดยในรอบ 5 – 6 ปีที่ผ่านมา ผู้ชายไทยเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 36 ผู้หญิงเพิ่มขึ้นร้อยละ 47 โดยช่วงวัยทำงานอายุ 20 – 29 ปี มีอัตราการเพิ่มของโรคอ้วนสูงที่สุด⁵

แม้สถิติทำนองนี้ถูกเสนอผ่านสื่อเป็นระยะๆ แต่ในสังคมเสรีที่ลัทธิปัจเจกชนนิยมเฟื่องฟู ผู้คนมักถูกทำให้เชื่อว่าตัวเรา คือ หน่วยหนึ่งของสังคมที่แยกขาดจากหน่วยอื่นๆ เป็นไปได้ที่จะมีคำถามว่า ‘อ้วนแล้วทำไม?’ เมื่อความอ้วนเป็นสิ่งที่ผูกติดกับบุคคล และนั่นทำให้ดูเหมือนปัญหาเฉพาะบุคคลมากกว่าเป็นภาระที่สังคมต้องร่วมแบ่งเบา ทั้งการรณรงค์ส่วนมากก็มักพุ่งเป้าไปยังสุขภาพของแต่ละบุคคล ทว่าความอ้วนก็เหมือนปัญหาอื่นๆ ในสังคมที่สลับซับซ้อน เจือปนหลายจุดเชื่อมต่อยุ่งเหยิง และส่งผลถึงกันทั้งเกลียวเชือก

หากมองผ่านแว่นทุนนิยมที่ทรัพยากรบุคคลถือเป็นสิ่งมีค่า การที่คนคนหนึ่งมีปัญหาสุขภาพย่อมไม่ใช่สิ่งพึงปรารถนา ในด้านตัวบุคคล ความอ้วนส่งผลชัดเจนต่อทั้งสุขภาพใจและกาย นำมาซึ่งโรคเรื้อรังเป็นกู่ส เช่น ข้อเข่าเสื่อม ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคซึมเศร้า เป็นต้น ราคาที่ต้องจ่ายของโรคกลุ่มนี้ไม่ใช่เงินน้อยๆ นั่นหมายถึง ภาระงบประมาณด้านสาธารณสุขของรัฐจะต้องทวีคูณ มีข้อมูลว่าค่าใช้จ่ายต่อปัญหาสุขภาพในคนยุคปัจจุบันกว่าร้อยละ 2–8 เป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นผลกระทบจากโรคอ้วน⁶

อ้วนนี้มีสาเหตุ

ความอ้วนรุกรานชีวิตมนุษย์ได้อย่างไร ประเด็นนี้มีคำตอบอยู่ 2 ปัจจัยหลักๆ คือ **สาเหตุจากปัจจัยด้านพันธุกรรม** มีการศึกษาพบว่า ถ้าทั้งพ่อและแม่มีน้ำหนักมาก ลูกจะมีโอกาสอ้วนถึงร้อยละ 80 ถ้าคนใดคนหนึ่งอ้วน โอกาสที่ลูกจะอ้วนจะลดลงเหลือร้อยละ 40 แต่ถ้าทั้งพ่อและแม่ผอม ลูกจะมีโอกาสอ้วนเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น⁷

ส่วนสาเหตุที่ 2 คือ **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม** ซึ่งอาจถือเป็นปัจจัยที่ใหญ่โตกว่าข้อแรก เพราะมันว่ยเวียนอยู่รอบตัวเรา เชื้อชวนเรา ครอบงำเรา และยั่วยวนเราให้ตกหลุมพรางได้ง่ายกว่า

ปฏิเสธไม่ได้ว่าเราอยู่ในยุคแห่งการบริโภค ถ้าไม่นับตอนนอนหลับ เราถูกกระตุ้นให้บริโภคเกือบตลอดเวลา และความเจ้าเล่ห์ของวัฒนธรรมการบริโภคยุคปัจจุบันก็คือ มันจับเอาการบริโภคและอัตลักษณ์ของผู้บริโภคมาผูกติดกันอย่างแนบเนียน การบริโภคจึงมิใช่เพียงเพื่อตอบสนองความต้องการสามัญของร่างกาย แต่ยังหมาย

ถึงการตอบสนองอารมณ์ ความรู้สึก รสนิยม ไลฟ์สไตล์ เพื่อประกาศให้โลกรู้ว่า ‘ฉันเป็นใคร’

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในด้านโภชนาการของคนไทย พบว่า เมื่อ 48 ปีมาแล้ว หรือเมื่อ พ.ศ. 2505 คนไทยกินอาหารประเภทไขมันเพียง 18 กรัมต่อวัน ซึ่งเท่ากับร้อยละ 8.9 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดต่อวัน แต่ผลจากการรณรงค์ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการพัฒนาคุณภาพและส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างต่อเนื่อง ทำให้เมื่อสำรวจข้อมูลใหม่ในปี 2529 และปี 2542 พบว่า คนไทยกินอาหารประเภทไขมันเพิ่มขึ้นเป็น 42–45 กรัมต่อวัน ซึ่งเท่ากับร้อยละ 22–26 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมดต่อวัน โดยที่อาหารประเภทโปรตีนและพลังงานรวมประมาณ 1,800–2,000 แคลอรีต่อวัน ไม่ได้เพิ่มจากปี 2505 เลย⁸

การทำงานแบบที่เรียกว่ามนุษย์เงินเดือน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และสารพัดความบันเทิงที่ถูกประดิษฐ์ขึ้น คุณจะวิวัฒนาการให้มนุษย์กลายเป็นสิ่งมีชีวิตประเภทหนึ่ง – นอน คอยเฝ้าคอมพิวเตอร์ เกม โทรทัศน์ โทรศัพท์มือถือ ประหนึ่งเครื่องรางศักดิ์สิทธิ์ ตัวอย่างเช่น การชมภาพยนตร์ตามโรงภาพยนตร์กับป๊อปคอร์นรสหวานถุงใหญ่ ยังไม่รวมน้ำอัดลม ก็เท่ากับการอัดพลังงาน 1,800 แคลอรี เข้าสู่ร่างกาย⁹ ทั้งเป็นเรื่องจริงว่า ชีวิตประจำวันหน้าจอทีวีหรือคอมพิวเตอร์มักจะมีขนมกับน้ำอัดลมวางใกล้ๆ เป็นเครื่องเคียงความบันเทิงเสมอ โดยเฉพาะเด็กๆ และเยาวชน

โฆษณา คือปัจจัยเร่งสำคัญตัวหนึ่งที่กระตุ้นให้เด็กๆ บริโภค เมื่อปี 2550 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ศึกษาความถี่ในการออกอากาศของโฆษณาอาหารว่างกรุบกรอบและน้ำอัดลมที่ตั้งเป้าดึงดูดเด็กเล็ก พบว่า มีโฆษณาถึง 49 ครั้งต่อชั่วโมง ในช่วงที่รายการเด็กออกอากาศในเวลาเช้าวันสุดสัปดาห์ และถ้าเด็กและเยาวชนไทยอายุ 5–24 ปี จำนวน 21 ล้านคน ซึ่งมีเงินค่าขนมเฉลี่ยต่อเดือนที่ 800 บาท คำนวณแล้วพบว่าเด็กไทยจะใช้เงินสูงถึง 202,000 ล้านบาทต่อปี สำหรับค่าขนมและน้ำอัดลม¹⁰ ไหนจะน้ำอัดลมซึ่งเต็มไปด้วยน้ำตาลที่เด็กไทยร้อยละ 97 ชื่นชอบ¹¹ และการเลี้ยงดูลูกๆ แบบเทิดทูน คือ การที่พ่อแม่มักซื้ออาหารกักตุนไว้ให้เด็ก ๆ¹²

ต้องยอมรับว่า เราไม่มีทางเลือกในการบริโภคให้เด็กมากนัก ขนมถุงละห้าบาท ลิบบาท จึงเป็นความสุขราคาถูกและสะดวกที่พ่อแม่สามารถหยิบยื่นให้ลูกๆ โดยไม่รู้ว่ามีน้ำตาลมาด้วยค่าใช้จ่ายราคาแพงในภายหลัง สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล เคยทำการสำรวจขนมประมาณ 400 ชนิด ในท้องตลาด โดยดูจากเกณฑ์ว่าในการบริโภค 1 ครั้ง ต้องได้รับน้ำมันไม่เกิน 2.5 กรัม น้ำตาลไม่เกิน 12 กรัม และโซเดียมไม่เกิน 100 มิลลิกรัม จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ ผลปรากฏว่ามีไม่ถึงร้อยละ 10 ที่ผ่านเกณฑ์¹³ สิ่งเหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมที่ก่อให้เกิดโรคอ้วน

‘อ้วน’ กลายเป็นระเบียบวาระแห่งชาติที่ต้องจัดการ

ข้อมูลข้างต้นบ่งบอกถึงภัยคุกคามจากความอ้วนที่พร้อมจะเข้าถึงตัวเรา หรือคนในใกล้ชิด หากเราเปิดประตูให้ โรคอ้วนจึงเป็นปัญหาสุขภาพที่ได้รับการใส่ใจอย่างมากจากหลายภาคส่วน มีการรณรงค์ต่อเนื่องและนำเสนอมาตรการต่างๆ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ข้อมูลจากเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน พบว่า การทำงานอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดหลายมาตรการที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคน้ำตาลของเด็กได้จริง เช่น การออกประกาศของกระทรวงสาธารณสุขที่ 305 เรื่องการแสดงผลของอาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภคทันทีบางชนิด โดยกำหนดให้ขนม 5 กลุ่ม ต้องแสดงฉลากอาหารและแสดงข้อความคำเตือน ‘บริโภคแต่น้อยและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ’ ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2550 การประเมินผลในปี 2552 พบว่า ขนมขบเคี้ยวมีการแสดงฉลากโภชนาการร้อยละ 91.5 และแสดงคำแนะนำร้อยละ 74 โดยผู้บริโภคร้อยละ 68 สังเกตเห็นฉลากโภชนาการ และร้อยละ 57 ใช้ข้อมูลบนฉลากในการตัดสินใจซื้อ ทั้งนี้ ผู้บริโภคร้อยละ 81 เห็นด้วยกับการแสดงฉลากโภชนาการและคำเตือน¹⁴

ไม่เชื่อก็ต้องเชื่อว่า วันนี้การกินดีอยู่ดีเกินไปจน ‘อ้วน’ จะกลายเป็นระเบียบวาระแห่งชาติ จากการผลักดันของหลายๆ ฝ่าย โดยคณะรัฐมนตรีได้มีมติให้รับรองยุทธศาสตร์เพื่อจัดการปัญหานี้ โดยให้หน่วยงานต่างๆ จัดทำแผนปฏิบัติการที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ 5 ด้าน คือ

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

คณะอนุกรรมการยังได้แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อจัดทำร่างแผนปฏิบัติการจัดการปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 5 ชุด ใน 5 ประเด็น¹⁵ ได้แก่

1. ประเด็นการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การผลิตและจำหน่ายอาหารสุขภาพ ขนมสุขภาพ เครื่องดื่มน้ำตาลต่ำ และผักผลไม้ เพื่อเป็นทางเลือกทดแทนอาหารพลังงานสูง
2. ประเด็นการควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และสินค้าอาหารประเภทไขมัน หรือน้ำตาล หรือโซเดียมสูง
3. ประเด็นการรณรงค์สาธารณะ การให้ข้อมูลสร้างความรู้ และความตระหนักถึงปัญหาผลกระทบจากปัญหาโรคอ้วนอย่างต่อเนื่อง
4. ประเด็นส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอเหมาะสมต่อเนื่องสม่ำเสมอ
5. ประเด็นพัฒนาและสนับสนุนความเข้มแข็งของระบบการจัดบริการดูแลรักษาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงผลกระทบทางสุขภาพ

นอกจากนี้ ยังมีความเห็นจากนักวิชาการบางคน เช่น นายแพทย์อุกฤษฏ์ มลินทาทูร เลขาธิการมูลนิธิหมอชาวบ้าน ที่บอกว่า การที่สังคมจะรับมือกับการตลาดอันหนักหน่วงของธุรกิจขนมและน้ำอัดลมได้ ภาคสังคมเองจำเป็นต้องอาศัยนักการสื่อสารเพื่อสุขภาพมืออาชีพ และมีความสามารถแจกเช่นเดียวกันโฆษณของภาคธุรกิจ

ส่วน ดร.ลำอาง สืบสมาน ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการชุมชน จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราชชี้ให้เห็นว่า ปัญหาโรคอ้วนมีความซับซ้อนกว่าที่จะมานั่งแก้ทีละส่วน ดังนั้น หนทางหนึ่งที่จะต้องกรกับภาคธุรกิจได้ คือ ชุมชนต้องเป็นฐานในการแก้ปัญหา โดยเปิดพื้นที่ให้คนในชุมชนทำงานร่วมกันกับครอบครัวในการดูแลเด็กและเยาวชน รวมถึงการสร้างองค์ความรู้แก่ผู้คนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันด้านการบริโภคด้วย¹⁶

การกล้วและเกลียดความอ้วน : พลสะท้อนมุกกลับ

ข้อพึงตระหนักประการหนึ่งที่แม้จะไม่ใช่เจตนาของผู้รณรงค์ แต่ก็มีปฏิเสธไม่ได้ว่าส่งผลด้านลบต่อทัศนคติของคนในสังคมต่อความอ้วน ด้วยวาทกรรมทางการแพทย์และวาทกรรมเกี่ยวกับความงามและเรือนร่างที่สมบูรณ์แบบ ผสมโรงด้วยพลังแห่งการตลาด ความอ้วนได้กลายเป็น

เป็นสัญลักษณ์ของความป่วยไข้ ความไม่รู้จกัยบยั้งชั่งใจ ความไม่มีวินัยในตนเอง การขาดการศึกษา วาทกรรมเหล่านี้ผลักดันให้คนอ้วนเป็นคนชายขอบจำพวกหนึ่ง และดันให้คนที่ไม่อ้วนหนีห่างจากความอ้วน พร้อมๆ กับการดันรนไปให้ถึงร่างกายในอุดมคติทุกวิถีทางเท่าที่อำนาจเงินในกระเป๋าจะอนุญาต

สินค้าและบริการเกี่ยวกับสุขภาพจึงเกิดขึ้นจำนวนมากเพื่อตอบสนอง เหมือนหน้การบริโภคแบบหนึ่งมาปะการบริโภคอีกแบบหนึ่ง ซึ่งอ้ปลักษณะไม่ต่างกัน แถมยังต่อเนื่องไปสู่ปัญหาการโฆษณาสินค้าและบริการสุขภาพเกินจริง

นี่คือ ความย้อนแย้งแห่งยุคสมัยที่สร้างเขาวงกตอันเวียนหัวนี้ขึ้น และดูจะยังไม่ม้งานศึกษาค้นคว้าในประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างการรณรงค์และความเกลียดกลัวความอ้วนมากพอที่จะแปรเป็นการปฏิบัติ เพื่อสร้างความสมดุลและพาเราออกไปจากเขาวงกตแห่งนี้

8 บิสัย ไทโรอ้วน

นโยบายและมาตรการต่างๆ คือ การแก้ไขในระดับโครงสร้าง แล้วในฐานะปัจเจกบุคคลคนหนึ่งในสังคม เราจะดูแลตัวเองและลูกหลานให้พ้นจากโรคอ้วนได้อย่างไร นี่คือคำแนะนำ

1 ไม่กินจุบกินจิบ การกินจุบกินจิบระหว่างมื้อจะทำให้ได้รับสารอาหารเกินความต้องการของร่างกายในแต่ละวัน นำไปสู่การสะสมในรูปไขมันซึ่งทำให้อ้วน

2 ไม่สะสมขนม นม อาหารไว้ในบ้าน หากไม่มีวินัยในการกินมากพอ การสะสมสิ่งเหล่านี้ไว้ในบ้านย่อมเท่ากับเชิญชวนให้กินทางอ้อม และถือเป็นข้อพิจารณาสำคัญสำหรับพ่อแม่ผู้ปกครองหรือใครก็ตามที่ชอบซื้อของลดราคาเป็นแพ็กเกจจากห้างสรรพสินค้ามาเก็บไว้

3 กินผัก ผลไม้ ให้เป็นนิสัย

4 มีวินัยในการกิน

5 ไม่กินอาหารรสจัดเกินไป โดยเฉพาะรสหวาน เพราะจะเป็นการเพาะนิสัยติดหวานและส่งผลเสียต่อสุขภาพของเด็ก

6 ดื่มนมแต่พอดี การดื่มนมที่ดีต่อสุขภาพคือดื่มแต่พอดี ไม่ใช่การดื่มพร่ำเพรื่อ เด็กวัยเกิน 1 ขวบ ให้เลิกดื่มนมเป็นมือกกลางคืน และเด็กอนุบาลควรให้ดื่มนมเพียงวันละ 2-3 มื้อ เด็กประถมควรดื่มนมวันละ 2 แก้ว

7 ลดกิจกรรมที่ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย มีการศึกษาพบว่าการออกกำลังกาย อย่างไรก็ตาม วิธีนี้มันจะได้ผลเฉพาะการลดน้ำหนักในระยะสั้นเท่านั้น

8 สร้างนิสัยการออกกำลังกายเป็นประจำ

4 ผลงานดีๆ เพื่อ

คนไร้สัญชาติในประเทศไทย ได้คืนสิทธิประกันสุขภาพ : ทำดีทีเหลือ

ก่อนมีการประกาศนโยบายประกันสุขภาพถ้วนหน้า ใน พ.ศ. 2545 คนไร้สัญชาติที่มีเลขประจำตัวสิบสามหลัก ที่ขึ้นต้นด้วยเลข 6 และ 7 มีสิทธิใน 'โครงการสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล สำหรับผู้มีรายได้น้อย และผู้ที่สังคมช่วยเหลือเกื้อกูล' (สปร.) หรือไม่มีสิทธิที่จะซื้อบัตรสุขภาพจากโรงพยาบาลใกล้บ้าน ใน ราคา 300 - 500 บาทต่อครอบครัว (รัฐสมทบ 500 และ 1,000 บาท) สามารถใช้สิทธิรักษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่เมื่อเกิดโครงการ บัตรทอง (หรือชื่อเดิมคือ โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค) สิทธิดังกล่าวให้เฉพาะบุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น ดังนั้น คนไร้สัญชาติจึงถูกริบสิทธิที่เคยมีอยู่เดิมไป

นับตั้งแต่มีการระงับสิทธิรักษาพยาบาลของคนไร้สัญชาติ ก็มีความพยายามรณรงค์ให้รัฐบาลคืนสิทธินี้ โดยการผลักดันจากภาคประชาสังคมที่ทำงานกับผู้มีปัญหาด้านะ บุคคล จนมาประสบความสำเร็จในต้นปี พ.ศ. 2553 ที่รัฐบาล ประกาศนโยบายคืนสิทธิด้านการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ที่ยังมีปัญหาเรื่องสถานะ จำนวน 457,409 คน ที่กระจาย อยู่ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลชายแดน 172 แห่ง ใน 15 จังหวัดทั่วประเทศ นับตั้งแต่เดือนเมษายน 2553 เป็นต้นไป โดยจัดสรรเป็นเงินกองทุนพิเศษประมาณ 400 ล้านบาท สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายในครึ่งปีงบประมาณ 2553 และให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารกองทุนพิเศษนี้ แทน แต่มีข้อโต้แย้งจากภาคประชาสังคมว่าทำให้เกิดปัญหา เรื่องการตั้งงบประมาณเบื้องต้นของกองทุนสูงมาก ถึงปีละ 24 ล้านบาท เท่ากับว่าผู้ที่ได้รับสิทธิจะหายไป จากจำนวนที่ได้รับการอนุมัติงบประมาณกว่า 11,000 คน และการให้บริการจริงในหลายพื้นที่ก็ยังขาดแคลนอยู่มาก ควรย้ว่ากองทุนดังกล่าวนี้ยังไม่ครอบคลุมคนไร้รัฐ คนไร้สัญชาติ ที่ไม่เข้าข่ายตามมติคณะรัฐมนตรีแม้จะถูกนับจด ในทะเบียนบุคคลแล้วก็ตาม และยังไม่มีทีท่าว่าจะแก้ปัญหา ได้ เพราะยึดการตีความกฎหมายแบบเถรตรง โดยไม่คำนึง ถึงข้อเท็จจริงและหลักมนุษยธรรม

จากสถานอนามัย สู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จุดเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข

สถานอนามัยที่กระจายอยู่ทุกชุมชนชนบททั่วประเทศ เป็นสถานพยาบาลเล็กๆ ที่มีเครื่องมือรักษาเพียงไม่กี่ชิ้น และมีบุคลากรเพียงไม่กี่คน ที่นอกจากจะต้องดูแลคนใน ชุมชนทุกคนแล้ว ยังมีบทบาทเป็นผู้นำความคิดในการดูแล สุขภาพของคนในชุมชนมากกว่าห้าทศวรรษ มาวันนี้ สถานี อนามัยหลายๆ แห่ง กำลังเติบโตและได้รับการพัฒนาให้เป็น “โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล” ที่ไม่เพียงแค่เปลี่ยน โฉมอาคารสถานที่ มีเครื่องมือแพทย์ใหม่ๆ และรถพยาบาล ส่งต่อมาไว้ประจำเท่านั้น แต่ยังได้นำระบบการสื่อสารที่ ทันสมัยผ่านระบบอินเทอร์เน็ตมาช่วยใช้ในการตรวจวินิจฉัย โรคได้ทันทั่วทั้งที่ ผู้ป่วยและหมออนามัยสามารถปรึกษาอาการ ของโรคกับหมอใหญ่ในอำเภอหรือจังหวัด โดยไม่ต้องเดินทาง ไปพบ แต่เห็นหน้าพูดคุยสื่อสารกันผ่านจอคอมพิวเตอร์ สถานีอนามัยรูปแบบใหม่ที่กลายมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลนั้น ไม่ใช่แค่สถานที่รักษาโรคอย่างเดียวเท่านั้น ยังตั้งใจให้เป็นศูนย์กลางการที่ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพ ช่วยดูแลคนในชุมชนตั้งแต่แรกเกิดจนถึงระยะสุดท้ายของ ชีวิตด้วย

ผู้รับประโยชน์เต็มๆ จากการเปลี่ยนโฉมหน้าสถานี อนามัย คือ บุคลากรสาธารณสุข ประชาชน และชุมชน บุคลากรสาธารณสุขมีเครื่องมือแพทย์ดีๆ ไว้ใช้ มีโอกาส ศึกษาหาความรู้ทางเทคโนโลยีการแพทย์ใหม่และจาก เครือข่ายอินเทอร์เน็ต ผู้ป่วยได้ลดภาระค่าใช้จ่ายในการ เดินทาง และไม่ต้องมาเสียเวลารอคิวเข้าตรวจจาก โรงพยาบาลใหญ่ๆ ผู้ป่วยหนักที่จำเป็นต้องส่งโรงพยาบาล ได้ ก็มีแผนส่งรถพยาบาลไปรับที่บ้าน ส่วนคนในชุมชนก็ยัง ได้ถือโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วม ดูแลโรงพยาบาลของพวกเขา เองได้มากขึ้น

อย่างไรก็ดี จะต้องมีการติดตามกันต่อไปว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นี้ จะเป็นจุดเปลี่ยน ที่แท้จริงและยั่งยืนของระบบบริการสาธารณสุขในชนบทที่ มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพและบริการเชิงรุก หรือเป็นเพียง การขึ้นป้ายสวยๆ เพื่อหาเสียงและยังคงหมกมุ่นกับการบริการ รักษาพยาบาลในที่ตั้งแบบเดิม

สุขภาพคนไทย ปี 2554

หลักประกันสุขภาพของไทย ความสำเร็จที่นานาชาติยอมรับ

ปี 2554 อย่างเข้าสู่ปี 10 ที่ประชาชนคนไทยทุกคนได้เข้าถึงสวัสดิการสุขภาพได้ทั่วถึง และถือเป็นปีที่ประเทศไทยพัฒนาระบบหลักประกันสุขภาพจนประสบผลสำเร็จอย่างสูง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 ที่เป็นจุดเริ่มโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค จนมาถึงปัจจุบันประชาชนไทยได้รับการรักษาฟรีทุกโรค โดยไม่เสีย 30 บาท คนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและร้ายแรง เช่น ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี สามารถรักษาตัวได้โดยเสียค่าใช้จ่ายไม่มาก ประชาชนคนไร้สัญชาติ (รอฟิวจ์สถานะ) ในประเทศไทยได้รับสิทธิประกันสุขภาพ จนตัวเลขจำนวนผู้ได้รับสิทธิประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจนเกือบครบร้อยละแปดสิบ หนึ่งปีที่ผ่านมายังได้เกิดกิจกรรมเล็กๆ แต่ได้ผลดี ในการดูแลประชาชน เช่น จัดการออกกำลังกายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งมองการณ์ไกลตั้งชุมชนมีส่วนร่วมในการสร้างระบบสาธารณสุข ด้วยการสนับสนุนทุนให้เรียนหมอเรียนพยาบาลเพื่อกลับมารับใช้ชุมชน เปลี่ยนสถานีนอนามัยเป็นโรงพยาบาลเล็กๆ ในชุมชน จัดตั้งกองทุนสุขภาพในระดับท้องถิ่น เป็นต้น

ผลงานที่ผ่านมาชิ้นนี้ ถือเป็นการพัฒนาการของวงการสาธารณสุขไทยจนเป็นที่ยอมรับในสายตาขององค์กรระดับโลก ได้รับคำชื่นชมจากองค์กรระหว่างประเทศหลายหน่วยงาน ทั้งธนาคารโลก มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ มูลนิธิบิลล์และเมลินดาเกตต์ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ ว่าไทยเป็นตัวอย่างที่ดีของประเทศที่ประสบความสำเร็จในการสร้างหลักประกันสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งมีระบบการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพและมีความหลากหลาย สามารถฝ่าวิกฤตเศรษฐกิจด้วยการจัดการบริหารการเงินได้เป็นอย่างดี ในระดับครัวเรือนมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลโรคเรื้อรังลดลง นอกจากนี้แล้ว หลายๆ ประเทศในกลุ่มอาเซียนต่างให้การยอมรับและสนใจเข้ามาศึกษาดูงาน และสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางความรู้ด้านประกันสุขภาพหรือต้นแบบ เป็นที่ศึกษาดูงานและฝึกอบรมของนานาชาติ

สร้างเด็กไทยยุคใหม่ สูงใหญ่ เก่งเกินวัย ด้วยโครงการดูแลการบริโภคอาหาร

เด็กไทยไม่แพ้ใครในเวทีโลก ดูจะกลายเป็นความหวังที่เลื่อนลอย เมื่อผลวิจัยของกรมอนามัยที่เก็บข้อมูลยาวนานถึง 12 ปี พบว่า เด็กไทยมีพัฒนาการไม่สมวัย และไอคิวต่ำ ตัวเลขชัดๆ ที่เห็นแล้วน่าตกใจ จากเดิมเด็กไทยเมื่อสิบปีก่อนมีไอคิว 91 (เกณฑ์ปกติที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้อยู่ที่ 90 – 110) ตอนนั้นลดเหลือแค่ 88 ในขณะที่เด็กทั่วไปในประเทศที่พัฒนาแล้วอยู่ประมาณ 104

เหตุวิกฤตสติปัญญาเด็กไทยถูกบันทึกตอนลงเรื่อยๆ เพราะพฤติกรรม “ขาด” และ “เกิน” ในการบริโภคอาหารของเด็กๆ อีกทั้งผลข้างเคียงทางสรีระ ผอม – อ้วน – เตี้ย ทำให้สุขภาพเด็กไทยกำลังมีปัญหาไม่น้อยไปกว่ากัน ภาวะโภชนาการบกพร่องที่เด็กไทยกำลังเผชิญอยู่ในขณะนี้ ปัญหาหลักๆ คือ กินไม่เป็น และ กินไม่หยุด เด็กไทยกินผักไม่เป็น เฉลี่ยแล้ววันๆ หนึ่งเด็กกินผักวันละ 1.5 ช้อนโต๊ะ ทั้งๆ ที่ควรจะกินวันละ 12 ช้อนโต๊ะ เด็กไทยจำนวนไม่น้อยผอม เตี้ย ร่างกายพัฒนาไม่สมวัย ในขณะที่เด็กไทยอีกกลุ่มกินไม่เลือก กินแต่ของที่ทำให้ง่ายแต่ไร้ประโยชน์ ทั้งขนมถุง ขนมกรุบกรอบ ขนมหวาน น้ำอัดลม จนเกิดภาวะน้ำหนักอ้วนเกินปกติ สิ่งที่จะเกิดโรคเรื้อรังรุนแรงเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่

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



เอชไอเอ

กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะ

เพื่อชีวิตและสุขภาพ

สองด้านของการพัฒนา

น กสังเกตการณ์ทางสังคมบางท่านบอกว่า ทุกวันนี้เราอยู่ในสังคมแห่งความเสี่ยงและความเสี่ยงที่สำคัญนั้นมาจากการกระทำของมนุษย์เอง ในนามของโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนารูปแบบต่างๆ

“ความเสี่ยงจากการพัฒนา” ถ้าพูดสั้นเมื่อ 50 ปีที่แล้ว ตอนที่ประเทศไทยเพิ่งเริ่มยุคสมัยแห่งการพัฒนาใหม่ๆ คงจะหาคนเชื่อได้ยาก เพราะภาพของการพัฒนาในยุคนั้นคือการทำให้อะไรๆ ดีขึ้น ให้เกิดความเจริญรุ่งเรืองในบ้านเมือง ให้คนมีกินมีใช้และมีชีวิตที่สะดวกสบายมากขึ้น ซึ่งก็ไม่ได้เป็นความเชื่อที่ผิด

ประเทศไทย “เจริญขึ้น” จริง เศรษฐกิจเติบโตรายได้โดยเฉลี่ยของประชาชนสูงขึ้น คนส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงขึ้น มีผู้มีกินมากขึ้น โครงสร้างพื้นฐานด้านการคมนาคมและการขนส่งดีขึ้น ชีวิตสะดวกสบายมากขึ้น ฯลฯ

แต่นี่เป็นเพียงความจริงด้านเดียวเท่านั้น ความจริงอีกด้านหนึ่งที่หลายคนไม่ได้ตระหนัก คือทุกอย่างที่เราได้มาจากการพัฒนานั้นต้องแลกด้วยอะไรบางอย่างเสมอ และสิ่งที่เราเสียไปนั้นก็ไม่ได้มีความสำคัญต่อชีวิตของเราน้อยไปกว่าสิ่งที่เราได้มาเลย ตัวอย่างมีให้เห็นอยู่ทั่วไป

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

แต่กว่ายี่สิบปีหลังจากเริ่มแผนพัฒนาพื้นที่ชายฝั่งตะวันออก ประชาชนชาวระยองส่วนหนึ่งกำลังประสบปัญหาหลายด้าน ทั้งด้านสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ เศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ

คนระยองที่อยู่ใกล้นิคมอุตสาหกรรมต้องทนทุกข์อยู่กับมลพิษทางอากาศ ทางน้ำ สารเคมีและกากของเสียจากภาคอุตสาหกรรม มีปัญหาการแย่งน้ำกินน้ำใช้ระหว่างชุมชนกับภาคอุตสาหกรรม ทรัพยากรชายฝั่งเสียหายจนอาชีพประมงชายฝั่งใกล้ล่มสลาย ความหลากหลายทางชีวภาพถูกคุกคาม เศรษฐกิจที่เคยมั่นคงเพราะมีความสมดุลของภาคเกษตร อุตสาหกรรม การค้าและบริการ (เศรษฐกิจสามขา) กลายเป็นเศรษฐกิจขาเดียวคืออุตสาหกรรม (ราวร้อยละ 80 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในจังหวัดมาจากภาคอุตสาหกรรม) ซึ่งหมายถึงว่าคนระยองจำนวนไม่น้อยมีความเสี่ยงสูงที่จะขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

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



ทั้งๆ ที่ระยองเป็นจังหวัดที่เศรษฐกิจดี แต่คนระยองก็ประสบปัญหาความเจ็บป่วยจากโรคบางชนิดสูงอย่างผิดสังเกต โดยเฉพาะโรคเกี่ยวกับเดินหายใจ โรคภูมิแพ้ และโรคมะเร็ง สถิติระหว่างปี 2545 – 2552 แสดงว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเหล่านี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น บางโรค เช่น มะเร็ง มีอัตราป่วยสูงที่สุดในประเทศ

ทั้งหมดนี้อาจเป็นเพียงส่วนยอดของภูเขาน้ำแข็งที่โผล่ให้เห็นอยู่เหนือน้ำ เท่านั้น

ข้อเท็จจริงเหล่านี้บอกให้ทราบว่า การพัฒนาที่ผ่านมาไม่ได้นำแต่ความเจริญมาให้เท่านั้น แต่ยังมี “อาการข้างเคียง” หลากอย่างเป็นของแถมมาด้วย อาการข้างเคียงเหล่านี้เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วไป ในแทบทุกสังคมที่นโยบายการพัฒนาให้ความสำคัญกับความเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นหลัก

บทสรุปคือ การพัฒนาที่มองเห็นแต่เม็ดเงิน ทำให้ประชาชนตกอยู่ในความเสี่ยง และต้องเผชิญกับปัญหา

ต่าง ๆ มากมาย ไม่เฉพาะแต่เรื่องสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึงปัญหาเศรษฐกิจ วิถีชีวิตในชุมชน และความมั่นคงทางสังคมด้วย

นี่คือเหตุผลสำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้โลกในปัจจุบันเริ่มตระหนักและหันมาคิดใหม่ เพื่อค้นหาแนวทางที่จะทำให้การพัฒนาเอื้อต่อสุขภาวะของคนและชุมชน เป็นการพัฒนายั่งยืนเพื่อประโยชน์สุขของชีวิตมนุษย์อย่างแท้จริง

ในระดับสากล องค์การอนามัยโลกส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกกำหนดเอามิติทางสุขภาพเป็นส่วนสำคัญอันหนึ่งของนโยบายสาธารณะและโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนา โดยมีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่ “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ” (healthy public policy)

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ หรือ เอชไอเอ (Health Impact Assessment – HIA) เป็นนวัตกรรมทางสังคมอย่างหนึ่งที่ออกแบบมาเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้นโดยเฉพาะ

นโยบายสาธารณะ และนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

นโยบายสาธารณะ หมายถึง ทิศทางหรือแนวทางที่สังคมโดยรวมเห็นว่าหรือเชื่อว่าควรจะดำเนินการไปในทิศทางนั้น รวมถึงนโยบายที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษรที่กำหนดมาจากรัฐด้วย นโยบายสาธารณะจะปรากฏในรูปของแนวทางปฏิบัติ แผน กิจกรรม โครงการ หรือการเลือกตั้งตัดสินใจของรัฐบาลหรือองค์การบริหารระดับชาติหรือระดับท้องถิ่น เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ตัวอย่างของนโยบายสาธารณะ เช่น นโยบายการพัฒนาอุตสาหกรรม นโยบายด้านพลังงาน นโยบายการเกษตร นโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อม และฐานทรัพยากร นโยบายด้านการคมนาคมและขนส่ง และนโยบายด้านการศึกษา

นโยบายสาธารณะที่ดี ต้องมีจุดมุ่งหมายชัดเจนเพื่อมุ่งประโยชน์สุขของส่วนรวม มีกระบวนการจัดทำที่โปร่งใส ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดและตรวจสอบ มีระบบบริหารที่เป็นธรรมาภิบาล มีความเป็นธรรมกับประชาชนผู้มีส่วนได้เสียทุกกลุ่ม ไม่ก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในสังคม และใส่ใจในสุขภาวะของประชาชนและชุมชน กล่าวสั้นๆ คือ เป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

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

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

ที่มา: (1) ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

(2) เอกสารเผยแพร่ทาง เว็บไซต์ ของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) สืบค้นจาก

http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=47%3Ahttp&catid=40%3A-hia&Itemid=106 เมื่อ 12 มกราคม 2554

เอชไอเอ คืออะไร

เครื่องมือคัดกรองบนฐานแห่งการเรียนรู้

เอชไอเอ หรือ *การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ* คือกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกฝ่าย ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในนโยบายสาธารณะและโครงการพัฒนาในทุกระดับของสังคม กระบวนการเรียนรู้นี้ประยุกต์ใช้เครื่องมือและ ข้อมูลหลากหลาย โดยให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากโครงการ หน่วยงานภาครัฐ นักวิชาการ เอกชนผู้ดำเนิน โครงการ รวมถึงภาคประชาสังคม มีส่วนร่วมกันพิจารณาหรือคาดการณ์ว่า นโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม การพัฒนาอย่างใดอย่างหนึ่งอาจมีผลกระทบ หรือมีผลกระทบที่เกิดขึ้นแล้ว แก่ประชาชนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งอย่างไร ผลกระทบนั้นจะป้องกันหรือบรรเทาได้อย่างไร และทางเลือกอื่นที่เหมาะสมกว่ามีหรือไม่ ทั้งหมดนี้เพื่อสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจที่ยึดเอาการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มในสังคมเป็นที่ตั้ง นั่นคือเพื่อส่งเสริม ผลกระทบด้านบวก และลดผลกระทบด้านลบ

เป้าหมายสูงสุดของเอชไอเอ คือ การมีนโยบาย สาธารณะ รวมถึงโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่ใส่ใจ สุขภาพของประชาชน

“สุขภาพ” ในที่นี้มีความหมายกว้างกว่าเรื่องของการแพทย์และการสาธารณสุข แต่หมายถึงความอยู่ดี มีสุข เป็นภาวะที่มนุษย์มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม ดังที่กำหนดเรียกว่า “สุขภาวะ” ซึ่ง ครอบคลุมทุกด้านที่เกี่ยวกับวิถีชีวิตของประชาชนและ ชุมชน

เอชไอเอเป็นเครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อใช้ กับนโยบายสาธารณะทุกประเภทและในทุกระดับ เช่น การออกกฎหมายในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง การจัดทำแผน ยุทธศาสตร์การพัฒนากาด การทำข้อตกลงการค้าเสรี กับต่างประเทศ การพัฒนาผังเมือง การอนุมัติโครงการ ทางเศรษฐกิจ สังคม การสื่อสารและการคมนาคม และ การกำหนดนโยบายหรือโครงการพัฒนาในระดับท้องถิ่น

“สุขภาพ”
ในที่นี้มีความหมาย
กว้างกว่าเรื่องของการแพทย์
และการสาธารณสุข แต่หมายถึง
ความอยู่ดีมีสุข เป็นภาวะที่มนุษย์
มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ
ปัญญาและสังคม ดังที่กำหนด
เรียกว่า “สุขภาวะ”





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

สุขภาพองค์รวม

ทุกวันนี้ทั่วโลกเข้าใจคำว่าสุขภาพ ในความหมายที่กว้างกว่าเรื่องของ การปราศจากความเจ็บป่วยและความพิการ แต่หมายถึง ภาวะที่มนุษย์มีความสมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม ดังที่กำหนดเรียกว่า “สุขภาพะ” ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

สุขภาพทางกาย คือ การไม่มีความเจ็บป่วยหรือพิการ รวมถึงไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคภัยด้วย ทำให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานตามหน้าที่ได้ตามปกติ

สุขภาพทางจิตใจ หมายถึง การมีจิตใจที่สงบมั่นคง ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งที่มากระทบไม่ว่าในทางดีหรือร้าย รวมถึงสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้ และสามารถรับมือกับความกดดันที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันได้

สุขภาพทางปัญญา หมายถึง ความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และเข้าใจอย่างแยกได้เหตุและผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และมีโทษของสิ่งที่เข้ามาเกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิต ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตใจที่ดีงาม หลุดพ้นจากความเห็นแก่ตัว มองเห็นคุณค่าการมีชีวิตแม้อยู่ในภาวะที่ยังพร่อง ยึดมั่นในคุณค่าแห่งศาสนาธรรมและหลักความดีงาม อย่างไม่มกมาย

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

สุขภาพหรือสุขภาพะ จึงเป็นองค์รวมของความสมบูรณ์ทุกด้านในชีวิตของเรา เพราะฉะนั้นจึงมีปัจจัยหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง หรือมาเป็นตัวกำหนด ไม่ว่าจะเป็นในทางบวกหรือทางลบก็ตาม ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพนั้นมีอย่างน้อย 3 ด้าน คือ

(1) **ตัวเราเอง** ซึ่งมีหลายอย่างประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นลักษณะทางพันธุกรรม พฤติกรรมส่วนตัว วิธีชีวิต หรือแม้แต่ความเชื่อ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อความอยู่ดีมีสุขของเรามาก ตัวอย่างเช่น เรื่องพฤติกรรมการกิน ถ้าเรากินสิ่งที่ไม่ค่อยมีประโยชน์ต่อร่างกาย หรือกินสิ่งที่มีประโยชน์ แต่กินมากเกินไป และไม่ออกกำลังกาย ไม่ดูแลสุขภาพกายของเราก็จะมีปัญหา เพราะตัวเราก็คือผลผลิตของสิ่งที่เรากิน สุขภาพจะดีหรือไม่ดีจึงอยู่ที่ตัวเราเป็นเบื้องต้น

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

(3) **ระบบบริการสุขภาพ** ซึ่งประกอบด้วยการจัดบริการสาธารณสุข เช่น จำนวนและคุณภาพของสถานบริการทางสุขภาพ จำนวนบุคลากรทางสุขภาพ และการเข้าถึงบริการของประชาชน

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

เอชไอเอสองแนวทาง

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

1) เอชไอเอในฐานะเครื่องมือเพื่ออนุมัติ

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

2) เอชไอเอในฐานะกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

ของสังคม : เอชไอเอแนวทางนี้เป็นเครื่องมือหรือเป็นกระบวนการ ที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายในสังคม ทั้งในระดับท้องถิ่นและชุมชน มาเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อหาทางทำให้โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่จะเกิดขึ้น เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของคนและชุมชนให้มากที่สุด โดยลดผลกระทบทางลบที่อาจมีต่อความอยู่ดีมีสุขของคนในชุมชนให้เหลือน้อยที่สุด เอชไอเอแนวทางนี้ใช้กับนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาอะไรก็ได้ ไม่จำกัดเฉพาะนโยบาย หรือโครงการหรือกิจกรรมที่กฎหมายกำหนดไว้เท่านั้น เราอาจเรียกเอชไอเอแบบนี้ว่า “เอชไอเอแบบสมัครใจ” เจตนารมณ์ที่แท้จริงในการสร้างเอชไอเอขึ้นมา ก็เพื่อให้สังคมในทุกระดับนำเอากระบวนการเรียนรู้อันนี้ไปใช้ในวงกว้าง จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมการพัฒนา โดยไม่ต้องอิงอยู่กับอำนาจทางกฎหมาย

เอชไอเอสองแนวทาง

เอชไอเอในต่างประเทศอาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ กลุ่มแรกใช้เอชไอเอเป็นเสมือนส่วนเพิ่มหรือส่วนเติมของอีไอเอ เช่น ที่แคนาดาและนิวซีแลนด์ อีกกลุ่มหนึ่งแยกเอชไอเอออกมาต่างหากเลยแล้วก็มุ่งใช้เอชไอเอเพื่อเป็นกระบวนการในการผลักดันนโยบายที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ อย่างเช่นอังกฤษ และเนเธอร์แลนด์



ดร.เดชรัต สุขกำเนิด
คณะเศรษฐศาสตร์
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พอเรศึกษาดูทั้ง 4 ประเทศนี้แล้ว ปลายปี พ.ศ. 2544 เราก็เลยเชิญผู้เชี่ยวชาญทั้ง 4 ประเทศ เข้ามาประชุมในเมืองไทย แล้วก็คุยกันว่าเมืองไทยควรจะพัฒนาไปในทางไหน ก็มีอยู่ 2 กระแสแรกก็คือ ต้องการเอาเอชไอเอไปเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการอนุมัติหรือขออนุญาตก่อนดำเนินโครงการ ส่วนอีกกระแสหนึ่งเห็นว่า น่าจะเป็นเชิงกระบวนการเรียนรู้ในการผลักดันนโยบายมากกว่า

ตอนนั้นก็ถกเถียงกันเรื่องข้อดีข้อเสีย แต่โดยสรุปแล้วก็เห็นว่าถ้ามันเป็นลักษณะแบบเดียวกับอีไอเอ มันก็จะถูกใช้ไปในทางที่ผิดเหมือนกับอีไอเอได้ จากประสบการณ์ของประเทศอื่นที่ศึกษามา พบว่า ถ้าเอชไอเอเป็นเครื่องมือในการขออนุมัติโครงการมากเกินไป มันอาจจะถูกใช้ไปคนละทางได้

ที่มา: จากคำให้สัมภาษณ์ 4 ตุลาคม 2553

อย่างไรก็ตาม ในภาพรวมแล้วเอชไอเอแนวทางนี้ก็มีส่วนเกี่ยวกับการอนุมัติอนุญาตอยู่เหมือนกัน แม้ว่า การอนุมัติอนุญาตจะไม่ใช่ว่าเหตุผลและเป้าหมายหลักของการประเมินก็ตาม ทั้งนี้เพราะเมื่อทำรายงานการประเมินเอชไอเอเสร็จแล้ว ผลการประเมินก็จะถูกนำไปประกอบเพื่อกำหนดทางเลือก หรือเพื่อตัดสินใจว่า นโยบายหรือโครงการที่ถูกประเมินนั้นควรจะได้รับการอนุมัติอนุญาตให้ดำเนินการหรือไม่ หรือควรจะปรับปรุงอย่างไรจึงจะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนและชุมชนมากที่สุด เพียงแต่ว่าเอชไอเอแนวทางนี้ไม่ได้บังคับว่าต้องทำ หากแต่ใช้วิธีจูงใจหรือสร้างความตระหนักให้ผู้เกี่ยวข้องอยากทำมากกว่า

จากประสบการณ์ที่ผ่านมา สังคมไทยได้ประจักษ์ว่า นโยบายสาธารณะหรือโครงการตลอดจนการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาไม่ได้ก่อให้เกิดเฉพาะผลในทางบวกเท่านั้น แต่ในหลายกรณีได้ทำให้เกิดผลทางลบต่อสุขภาพและวิถีชีวิตของประชาชนและชุมชนด้วย จนในบางครั้งมีการตั้งคำถามว่า ระหว่างผลได้กับผลเสียจากการพัฒนาอย่างไหนมีมากกว่ากัน และอย่างไหนควรจะมาก่อน

จริงอยู่ นโยบายและโครงการทั้งหลายที่สร้างขึ้นไม่ได้มุ่งที่จะให้มีผลกระทบทางลบ แต่ในกระบวนการดำเนินการก็มีอยู่บ่อยครั้งที่ผู้มีส่วนรับผิดชอบมักจะละเลย หละหลวม หรือไม่ก็ไม่ได้คำนึงถึงมิติทางสุขภาพใน

ความหมายที่กว้างและครอบคลุมเท่าที่ควร จึงปรากฏว่าเมื่อเวลาผ่านไป เกิดมีผลกระทบ ทั้งในรูปของความเจ็บป่วย ความขัดแย้ง ความรุนแรง รวมถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจชุมชน

ปัญหาเช่นนี้เกิดขึ้นครั้งแล้วครั้งเล่า ในหลายพื้นที่ที่มีการพัฒนาอุตสาหกรรม เช่น กรณีชุมชนในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียง จังหวัดระยอง ที่ได้รับผลกระทบทางมลพิษจากโรงงานอุตสาหกรรมหนัก กรณีชุมชนในอำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ที่ได้รับผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมจากโรงงานถลุงเหล็ก จนนำไปสู่ความขัดแย้งและความรุนแรง และกรณีชุมชนในอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ที่ได้รับความเดือดร้อนจากสารพิษที่เกิดจากการดำเนินงานของเหมืองทองคำ

การพัฒนานั้นเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสังคมปัจจุบันแน่นอน แต่เราก็จะปล่อยให้การพัฒนาสร้างประโยชน์แก่คนจำนวนหนึ่งโดยทิ้งคนอีกจำนวนหนึ่งให้จมอยู่กับปัญหาและความทุกข์ยากไม่ได้ การพัฒนาจะต้องสนองความอยู่ดีมีสุขของคนและชุมชน ขณะเดียวกันคนและชุมชนก็ต้องทำให้การพัฒนาเอื้อต่อสุขภาวะที่สูงขึ้น ในอุดมคติเช่นนี้ กลไกสำคัญที่จะทำให้โครงการพัฒนามีสุขภาวะของคนและชุมชนจับมือเดินไปด้วยกันได้อย่างยิ่งย่น ก็คือการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ หรือ เอชไอเอ

กว่าจะเป็นเอชไอเอ

เอชไอเอในระดับสากล

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

ตามความหมายที่ให้ไว้ในกฎบัตรออตตาวา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ คือ “นโยบายที่ถือว่าสุขภาพของประชาชนเป็นเรื่องสำคัญ ในทุกภาคส่วนและทุกระดับ นโยบายและโครงการต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้นตระหนักถึงผล

กระทบที่อาจจะตามมา นั่นคือ เป็นนโยบายที่รับผิดชอบต่อสุขภาพ”

ถ้าว่าตามที่นักวิชาการไทยได้ขยายความไว้ในเวลาต่อมา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ก็คือ “นโยบาย

สาธารณะที่แสดงความห่วงใยต่อภาวะความอยู่ดีมีสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของประชาชนทุกกลุ่มอย่างชัดเจน และพร้อมจะรับผิดชอบต่อผลกระทบทางสุขภาพอันอาจเกิดจากนโยบายนั้นๆ เป็นนโยบายที่มุ่งสร้างสภาพแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ทางเศรษฐกิจ และทางสังคม ที่เอื้อต่อสุขภาพทำให้พลเมืองมีทางเลือก และสามารถเข้าถึงทางเลือกที่สร้างเสริมสุขภาพ”

นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพเป็นการปฏิบัติวิธิตดหรือเปลี่ยนกระบวนทัศน์ เกี่ยวกับสุขภาพครั้งสำคัญ ก่อนหน้านั้น สังคมโลกมีวิธิตดเกี่ยวกับสุขภาพว่า เป็นเรื่องของความปราศจากโรคและความไม่สมประกอบทางร่างกายและจิตใจเป็นหลัก จุดเน้นจึงอยู่ที่การป้องกันและการรักษาโรคเป็นสำคัญ วิธิตดเช่นนี้สะท้อนให้เห็นชัดในกระแสระดับโลกที่ผ่านมา เช่น ในแนวคิดเรื่อง “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และแนวคิด “สาธารณสุขมูลฐาน” แต่หลังจากนำแนวคิดทั้งสองนี้ไปปฏิบัติจนเวลาผ่านไปพอสมควร ปัญหาทางสุขภาพก็ยังไม่ได้ลดลงอย่างน่าพอใจ ทำให้โลกหันมาคิดใหม่ และชูประเด็นเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในเวลาต่อมา โดยมีองค์การอนามัยโลกเป็นแกนนำสำคัญในการขับเคลื่อน ซึ่งได้เสนอให้ใช้การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (Health Impact Assessment – HIA) เป็นเครื่องมือสำคัญในการผลักดันเพื่อให้เกิดสิ่งทีเรียกว่า “นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ”

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

เอชไอเอในประเทศไทย

แนวคิดและการขับเคลื่อน ที่นำมาสู่เอชไอเอในประเทศไทยได้รับการบ่มเพาะ และมีพัฒนาการมานานกว่า 10 ปี ก่อนทีกลไกนี้จะเกิดขึ้นอย่างเป็นทางการ

รูปธรรมชัดเจนของแนวคิดและการดำเนินงานในเรื่องนี้เริ่มขึ้นในราว พ.ศ. 2540 ในปีนั้นมีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับใหม่ ซึ่งเปิดมิติประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางเป็นครั้งแรก แม้จะไม่ร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่ก็เปิดทางให้การขับเคลื่อนกิจการทีมุ่งผลลัพธ์ทางสังคมมีหลักฟิงทีมั่นคง สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ซึ่งให้ความสำคัญแก่การปฏิรูประบบสุขภาพอยู่แล้ว จึงได้เริ่มงานเรื่องนี้อย่างจริงจังมากขึ้น จนกระทั่งคณะกรรมาธิการสาธารณสุข วุฒิสภาได้จัดทำเอกสาร “ข้อเสนอการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ สืบเนื่องจากรัฐธรรมนูญ 2540” ซึ่งหมวดทีว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคในรายงานนั้น ได้กำหนดไว้ว่า “รัฐจะต้องจัดให้มีกลไก ทั้งในระดับส่วนกลางและระดับพื้นที่ ทีจะสามารถดำเนินการกับบุคคลหรือองค์กรทีมีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อให้รับผิดชอบและจัดการลดผลกระทบในทางลบต่อสุขภาพ”

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

ผลสืบเนื่องสำคัญจากการนี้คือ มีการจัดเวทีสัมมนาเพื่อระดมความคิดทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ ทำให้ได้ข้อเสนอ “ระบบสุขภาพทีคนไทยต้องการ” มีการประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันว่า “การพัฒนาต้องมุ่งสร้างสุขภาพะของประชาชนควบคู่ไปกับความเติบโตทางเศรษฐกิจ...” นอกจากนี้ยังเรียกร้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำนโยบายสาธารณะ และให้มีระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม

ในปีต่อมา (พ.ศ. 2544) มีการจัดเวทีสมัชชาสุขภาพลาธิตขึ้นในงาน “ตลาดนัดปฏิรูประบบสุขภาพ” ซึ่งมีการเสนอให้ผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพขึ้น โดยให้นำเอาการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (เอชไอเอ) มาเป็นเครื่องมือ ขณะเดียวกัน สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ก็ได้จัดตั้ง “แผนงานวิจัยและพัฒนาระบบการ

ประเมินผลกระทบทางสุขภาพ” ขึ้น เพื่อขับเคลื่อนงานทางวิชาการ และประสานความร่วมมือกับเครือข่ายต่างๆ แผนงานนี้ได้วิวัฒนาการมาเป็น “แผนงานวิจัยและพัฒนา นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ” (แผนงาน HPP – HIA) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการทำเอชไอเอ ในหลายโครงการ เพื่อสร้างการเรียนรู้ เช่น โครงการพัฒนาชายฝั่งทะเลตะวันออก กรณีศึกษานิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด การใช้สารเคมีในภาคการเกษตรกรณีสวนส้มผาง การใช้สารเคมีในการเกษตรระบบพันธสัญญา การก่อสร้างอาคารสูงในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่ เหมือนถ่านหินที่เวียงแหง และโครงการเหมืองแร่โปแตชที่จังหวัดอุดรธานี

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

ในการปรับโครงสร้างการบริหารราชการระหว่าง พ.ศ. 2545 – 2547 กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้ง กองสุขภาพชุมชน และประเมินผลกระทบต่อสุขภาพขึ้น ขณะที่กรมควบคุมโรคเริ่มดำเนินการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยมีแนวทางการศึกษาวิเคราะห์ในหลายกรณี อีกด้านหนึ่งได้มีการเสนอให้กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเพิ่มมิติทางสุขภาพและสังคม เข้าไปในแนวทางการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม ด้วย ซึ่งก็ได้รับการตอบสนองเป็นอย่างดีในเวลาต่อมา

มาถึง พ.ศ. 2548 – 2549 ความพยายามผลักดันการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่ได้ก้าวเดินมาอย่างรัดกุม ก็ได้รับความสนใจจากสภาที่ปรึกษาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งได้จัดทำเป็นข้อเสนอต่อคณะรัฐมนตรี และได้มอบหมายให้คณะทำงานเกี่ยวกับสุขภาพติดตาม และสนับสนุนการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ปี พ.ศ. 2550 อาจถือได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาเอชไอเอในประเทศไทย ประการแรก ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเริ่มบ่มเพาะมาตั้งแต่ต้นปี 2544 และผ่านสถานการณ์และบรรยากาศที่บางครั้ง “อึมครึมและพราวมัว” มาแล้ว ก็ได้รับการตราเป็นกฎหมายในเดือนมีนาคม 2550 มาตรา 11 ของ พ.ร.บ. นี้ได้ให้การรับรองสิทธิของประชาชน เกี่ยวกับการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพไว้ว่า:

“บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมิน และมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

“บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับคำชี้แจง ข้อมูล และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาต หรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว”

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

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

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

ด้านสุขภาพ และติดตามให้ผู้ดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการด้วยความรับผิดชอบ ธรรมนูญดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และมีผลผูกพันหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐแล้ว

ที่กล่าวมาจะเห็นว่า เอชไอเอในประเทศไทยมีพื้นฐานทางแนวคิดและการศึกษาวิจัย ควบคู่กับการทดลอง

ปฏิบัติอย่างจริงจัง ก่อนที่จะเกิดขึ้นได้อย่างเป็นทางการทั้งหมดนี้ทำให้เอชไอเอ ไม่เพียงแต่เป็นกลไกทางสังคมที่มีฐานความรู้และกฎหมายรองรับอย่างมั่นคงเท่านั้น แต่ยังเป็นการเปิดมิติใหม่แห่งการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งคาดหวังว่าจะมีผลในการเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการพัฒนาประเทศในระยะยาวต่อไป

สถานะทางกฎหมายของเอชไอเอ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550

มาตรา 67 วรรคสอง :

“การดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง ทั้งทางด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ จะกระทำมิได้ เว้นแต่จะได้ศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพของประชาชนในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสียก่อน รวมทั้งได้ให้องค์กรอิสระซึ่งประกอบด้วยผู้แทนองค์กรเอกชนด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ และผู้แทนสถาบันอุดมศึกษาที่จัดการการศึกษาด้านสิ่งแวดล้อม หรือทรัพยากรธรรมชาติ หรือสุขภาพ ให้ความเห็นประกอบก่อนมีการดำเนินการดังกล่าว”

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พุทธศักราช 2550

มาตรา 5 :

“บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

“บุคคลมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวรรคหนึ่ง”

มาตรา 11 :

“บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมิน และมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ

“บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับคำชี้แจง ข้อมูล และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาต หรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว”

มาตรา 25 (5) :

“ให้ คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) มีหน้าที่และอำนาจ ดังต่อไปนี้

.....

“(5) กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการติดตามและประเมินผลเกี่ยวกับระบบสุขภาพแห่งชาติและผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ”

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552

หมวด 5 ข้อ 38 :

“ให้รัฐจัดให้มีกลไกทำหน้าที่ในการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

“ให้รัฐส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีศักยภาพในการใช้กระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพในการกำหนดนโยบาย จัดทำ หรืออนุญาตให้มีการดำเนินการโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และติดตามให้ผู้ดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนดำเนินการด้วยความรับผิดชอบ

“ส่งเสริมให้ประชาชนมีการรวมตัวกันและมีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อปกป้องสิทธิของชุมชนจากการดำเนินนโยบายสาธารณะ โครงการ หรือกิจกรรมที่จะดำเนินการในชุมชน และจัดให้มีกลไกการรับเรื่องราวร้องทุกข์จากประชาชนที่ได้รับผลกระทบ และแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที”

บททดสอบ



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

พลังประชาชนและชุมชน

ไม่นานหลังจากประกาศใช้ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550 เครือข่ายภาคประชาชนภาคตะวันออกได้ยื่นหนังสือต่อสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) เมื่อวันที่ 9 เมษายน 2550 เพื่อขอใช้สิทธิตามมาตรา 5, 10, 11, และ 40 ของ พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ ให้มีการจัดสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น และให้ทำการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการพัฒนาอุตสาหกรรม บริเวณพื้นที่มาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียง

เคียงในจังหวัดระยอง เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวนี้ประชาชนได้รับผลกระทบทั้งทางสุขภาพและวิถีชีวิตจากโรงงานอุตสาหกรรม ต่อเนื่องมานานกว่า 20 ปี แต่ไม่ได้รับการแก้ไขเยียวยาเท่าที่ควร ทั้งที่ประชาชนเรียกร้องมาโดยตลอด

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

สมัชชาสุขภาพ

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

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

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

ที่มา : ปรับปรุงจาก เอกสารเผยแพร่ทางเว็บไซต์ ของ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

http://www.nationalhealth.or.th/index.php?option=com_content&view=article&id=20&Itemid=68 และ <http://www.samatcha.org/> สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2554

1. ให้องค์กรของรัฐที่เกี่ยวข้องเปิดเผยข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพจากอุตสาหกรรม โดยเฉพาะในพื้นที่มาบตาพุดและอำเภอบ้านฉาง
2. ให้องค์กรของรัฐที่เกี่ยวข้องจัดทำแผนและเกณฑ์การปฏิบัติสำหรับป้องกันและบรรเทาอุบัติเหตุจากอุตสาหกรรม และการจัดทำแผนป้องกันและบรรเทาอุบัติเหตุสารเคมี
3. ให้ คสช. พิจารณาสันับสนุนการพัฒนาศักยภาพกลไกกลางในการดำเนินงาน และสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาชน
4. ให้รัฐบาลทบทวนและปรับแนวทางการพัฒนาจังหวัดระยอง
5. ให้รัฐบาลชะลอการขยายและการก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่มาบตาพุดและบ้านฉาง

ข้อเสนอ 3 ข้อแรก คณะรัฐมนตรีให้ความเห็นชอบ แต่ 2 ข้อหลัง ได้ส่งต่อให้คณะกรรมการพัฒนาพื้นที่บริเวณชายฝั่งตะวันออกกลับไปพิจารณาทบทวนความเหมาะสม และให้นำเสนอ คณะรัฐมนตรีอีกครั้งหนึ่ง

กรณีนี้เป็นเสมือนบททดสอบประสิทธิผลของ เอชไอเอ ซึ่งใช้แนวทางการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า “สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น” เป็นกลไกในการดำเนินงาน

การเรียกร้อง ผ่านกระบวนการยุติธรรม

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



เสขสิริ ปิยะเวช

ผู้จัดการฝ่ายคุณภาพ ความปลอดภัย
อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์
และการกลั่น จำกัด

ตั้งแต่มีเอชไอเอเกิดขึ้น วงการอุตสาหกรรมห่วงกังวลเรื่องอะไรบ้าง

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

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

ที่มา : จากคำให้สัมภาษณ์ 2 พฤศจิกายน 2553

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

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

กลุ่มผู้ฟ้องขอให้ศาลมีคำสั่งระงับโครงการของ โรงงานอุตสาหกรรมจำนวน 76 โครงการ ที่ได้รับอนุมัติ อนุญาตให้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลมาบตาพุด อำเภอ บ้านฉาง และพื้นที่ใกล้เคียง ไว้เป็นการชั่วคราวก่อน

ก่อนที่จะพิพากษาคดี ศาลได้มีคำสั่งเมื่อวันที่ 29 กันยายน 2552 ให้ผู้ถูกฟ้องสั่งระงับโครงการหรือกิจกรรม ทั้ง 76 โครงการ ซึ่งผ่านการอนุมัติอนุญาตไปแล้วไว้เป็นการชั่วคราวก่อน จนกว่าศาลจะมีคำพิพากษาหรือ มีคำสั่งเป็นอย่างอื่น

คำสั่งศาลนี้เป็นเหมือนระเบิดลูกใหญ่ที่สั่นสะเทือน วงการอุตสาหกรรมของไทยอย่างไม่เคยมีมาก่อน ทำให้รัฐบาลและนักลงทุนทั้งในประเทศและจากต่างประเทศ วิพากษ์วิจารณ์กันอย่างกว้างขวาง รัฐบาลวิตกว่าเรื่องนี้จะทำให้นักลงทุนย้ายฐานการลงทุนไปประเทศอื่น และประเทศ จะเสียโอกาส เพราะโครงการที่ถูกสั่งระงับชั่วคราวทั้ง 76 โครงการนั้น มีมูลค่ารวมถึง 4 แสนล้านบาท ขณะที่เจ้าของ โครงการอุตสาหกรรมทั้ง 76 โครงการ ก็กลัวว่าโครงการ ที่ได้เริ่มลงทุนไปแล้วจะสูญเปล่า หรือไม่ก็จะเป็นความ ล่าช้า อันจะมีผลกระทบต่อต้นทุนที่ตนจะต้องแบกรับ เพิ่มขึ้น

ในระหว่างที่ศาลยังไม่ได้มีคำพิพากษาคดี และ ขณะที่ทั้ง 76 โครงการ ก็ยังอยู่ระหว่างถูกสั่งให้ระงับไว้ชั่วคราวนั้น ได้มีความพยายามที่จะทำให้เกิดความชัดเจน ในประเด็นเกี่ยวกับ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิด ผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงทั้งทางด้านคุณภาพ สิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ และสุขภาพ ที่บัญญัติ ในมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญ

ความจริง ในส่วนของกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ก็ได้มีความพยายามที่จะดำเนินการ เรื่องนี้มาตั้งแต่ พ.ศ. 2551 แต่ยังไม่ชัดเจน ก็มาประจวบ เข้าพอดีกับการที่ศาลมีคำสั่งให้ระงับโครงการทั้ง 76 โครงการไว้ก่อน ทำให้ต้องยกระดับการดำเนินงานเพื่อให้ ได้รับการยอมรับจากสังคมมากขึ้น นายกรัฐมนตรีจึงได้ แต่งตั้ง “คณะกรรมการแก้ไขปัญหาการปฏิบัติตามมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย” หรือที่เรียกว่า “คณะกรรมการสี่ฝ่าย” ซึ่งมีนายอานันท์ ปันยารชุน เป็นประธาน (13 พฤศจิกายน 2552) (เรียกว่า “กรรมการสี่ฝ่าย เพราะประกอบด้วยกรรมการซึ่งมา จากสี่ฝ่าย ได้แก่ ผู้แทนภาคประชาชน ภาครัฐ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ประกอบการภาคเอกชน)

รายงานศึกษาของ คณะกรรมการสี่ฝ่าย เสนอ ให้กำหนดโครงการหรือกิจกรรม 18 ประเภท เป็นโครงการ หรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง (ซึ่งจะต้องผ่านการประเมินผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม และการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพก่อนจึงจะเริ่ม ดำเนินการได้) อย่างไรก็ตาม เมื่อข้อเสนอของคณะกรรมการ สี่ฝ่ายนี้เข้าสู่ที่ประชุมคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ได้ถูกปรับลดลงเหลือ 11 ประเภทโครงการ ซึ่งต่อมา คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้ความเห็นชอบ และกระทรวง ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมก็ได้ประกาศเป็น กฎกระทรวงในวันที่ 31 สิงหาคม 2553 ให้มีผลบังคับ ใช้ต่อไป

ต่อมาอีก 2 วัน (2 กันยายน 2553) ศาลปกครอง กลางก็ได้ตัดสินคดีที่สมาคมต่อต้านสภาวะโลกร้อน และประชาชนชาวมาบตาพุดเป็นผู้ฟ้อง 8 หน่วยงาน ของรัฐ คำตัดสินของศาลมีผลทำให้โครงการที่ถูกคำสั่งให้ ระงับไว้ชั่วคราวเกือบทั้งหมด (74 จาก 76 โครงการ) สามารถดำเนินการต่อไปได้ มีเพียง 2 โครงการเท่านั้น ที่ถูกเพิกถอนใบอนุญาต

11 ประเภทโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชน ตามมาตรา 67 วรศสอง ตามมติของคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (กก.วล.)

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

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

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

ที่มา: ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 127 ตอนพิเศษ 104 ง 31 สิงหาคม 2553

การที่คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติปรับลดโครงการ 18 ประเภท ที่คณะกรรมการสืบทอดเหลือเพียง 11 ประเภทนั้น ก่อให้เกิดเสียงวิพากษ์วิจารณ์ในวงกว้าง โดยเฉพาะข้อโต้แย้งเกี่ยวกับการให้นิยามและเหตุผลว่า แค่นั้นเพียงใดเรียกว่า “มีผลกระทบรุนแรง”

มีความแตกต่างที่ค่อนข้างชัดเจนในการให้นิยามว่าอะไรคือ “โครงการที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรง” สำนักนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สน.) ดูเหมือนจะเน้นเรื่องสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเป็นประเด็นหลัก ขณะที่คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ให้ความสำคัญแก่ปัจจัยที่กำหนดสุขภาพและสิ่งคุกคามสุขภาพทั้ง 4 ด้าน และให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับประชากรกลุ่มเปราะบาง คือ เด็ก หญิงมีครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้พิการ

จนถึงวันนี้ ประเด็นโต้เถียงเกี่ยวกับเรื่องโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชนอย่างรุนแรงยังมีอยู่ แม้ว่าจะมีประกาศของทางราชการที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางอยู่แล้วก็ตาม การตีความว่าอะไรเป็นผลกระทบอย่างรุนแรงในด้านคุณภาพสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ อาจจะไม่ยุ่งยากเท่าใดนัก เพราะเป็นสิ่งที่สามารถวัดเป็นเชิงปริมาณได้พอสมควร แต่การตีความว่าอะไรเป็นผลกระทบอย่างรุนแรงในด้านสุขภาพนั้นมีความซับซ้อนมากกว่า เนื่องจากสุขภาพมีหลายมิติ กระนั้นก็ตาม ถ้าการพัฒนาจะยึดเอาชีวิตคนเป็นตัวตั้ง ก็จะไม่เป็นเรื่องยากจนเกินไปที่จะกำหนดว่า อะไร และอย่างไร จัดว่าเป็นผลกระทบรุนแรงด้านสุขภาพ

อย่างไรเรียกว่ามีผลกระทบรุนแรง?: มุมมองที่แตกต่าง

มุมมองสิ่งแวดล้อม:

โครงการหรือกิจกรรมที่เข้าข่ายอาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงหมายถึง “โครงการหรือกิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติ หรือสุขภาพ จนไม่สามารถฟื้นฟูสภาพ หรือทดแทน หรือชดเชยได้อย่างเหมาะสม หรือต้องใช้เวลาอันยาวนานในการฟื้นฟูสภาพ”

(สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สน.))

มุมมองสุขภาพ:

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

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

ในมิติด้านสุขภาพสังคม ผลกระทบรุนแรงหมายความว่า สิ่งคุกคามนั้นอาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีของชุมชน เช่น การอพยพย้ายถิ่น การเข้ามาของแรงงานต่างถิ่น การเปลี่ยนอาชีพ การเกิดอาชญากรรม

การพิจารณาว่า โครงการหรือกิจกรรมใดเข้าข่ายอาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงจะต้องพิจารณามิติต่อไปนี้ (1) ประเภทกำลังการผลิต และขนาดโครงการ (2) สถานะด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน (3) ศักยภาพของพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ และ (4) ชีตความสามารถในการบริหารจัดการพื้นที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ที่มา: ปรับปรุงจากเอกสาร “การกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนอย่างรุนแรง” ของ คณะทำงานกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาโครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนอย่างรุนแรง (ตุลาคม 2553)

มีอีไอเอแล้ว ทำไมต้องมีเอชไอเอ?

คำถามที่หลายคนอาจยังไม่มีคำตอบชัดเจน คือ ในเมื่อเรามีอีไอเอซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมเพื่อคัดกรองนโยบายสาธารณะ รวมทั้งโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาก่อนที่จะมีการอนุมัติอนุญาตมาตั้งกว่า 20 ปีแล้ว และบัดนี้อีไอเอ (ในส่วนที่ใช้สำหรับนโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อรุนแรง ตามมาตรา 67 วรรคสอง ของรัฐธรรมนูญฯ พ.ศ. 2550) ก็ได้ผนวกเอาเอชไอเอเข้าเป็นส่วนหนึ่งในการประเมินผลกระทบอยู่แล้ว เทำนี้ยังไม่พอหรือ ทำไมจึงต้องมีเอชไอเออีก?

คำตอบ คือ สำหรับสถานการณ์อย่างในประเทศไทย เอชไอเอเป็นเครื่องมือที่จำเป็น ด้วยเหตุผลและคำอธิบายที่จะกล่าวต่อไปนี้

อีไอเอ กับ เอชไอเอ : ตะแกรงร่อนคนละเบอร์

ถ้าเปรียบอีไอเอและเอชไอเอ เป็นเหมือนตะแกรงสำหรับร่อนหรือคัดกรองโครงการและกิจกรรมการพัฒนา

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

99

เอชไอเอ : กลไกพัฒนาระบบนโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ

มีอีไอเออย่างเดียวพอหรือเปล่า ทำไมต้องมีเอชไอเออีก

เรื่องพอหรือไม่พอนั้นมันขึ้นอยู่กับความมีประสิทธิภาพของภาครัฐและคนทำอีไอเอด้วย ประเทศญี่ปุ่นทำอีไอเออย่างเดียว มีเรื่องสุขภาพ แฝงๆ เล็กๆ เหมือนในอดีตเราเลย แต่เขาได้ผลเพราะว่าเขาทำเข้มข้น และหน่วยงานภาครัฐของเขาเข้มแข็ง ของเราหน่วยงานภาครัฐอาจจะมีเยอะไปหน่อย มีกรมควบคุมมลพิษ (คพ.) และสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม (สผ.) แล้วก็ยังมีการโรงงานอุตสาหกรรม และอะไรต่ออะไรอีก ด้วยความที่แต่ละคนมีกรอบการทำงานของตัวเอง ต่างคนก็เลยต่างทำหน้าที่ของตัวเองไป แต่อย่างญี่ปุ่น หรือ USEPA (หน่วยงานคุ้มครองสิ่งแวดล้อมของอเมริกา) เพียงหน่วยเดียวเขาคุมทั้งหมด มันก็เลยทำให้เห็นภาพใหญ่ชัดเจน

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

ที่มา : จากคำให้สัมภาษณ์ 2 พฤศจิกายน 2553



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

เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินโครงการหรือกิจกรรมที่เข้าข่ายตามที่กฎหมายกำหนดเป็นหลัก อีไอเอมีสถานะเป็นเครื่องมือคัดกรองภาคบังคับ และจะทำการประเมินเฉพาะโครงการหรือกิจกรรมที่กฎหมายกำหนดไว้เท่านั้น โครงการหรือกิจกรรมเหล่านั้นจะต้องผ่านการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อมก่อนจึงจะได้รับอนุมัติอนุญาตให้ดำเนินการได้ นั่นหมายความว่าโครงการที่ไม่อยู่ในข่ายที่กฎหมายกำหนดก็จะ “หลุดตะแกรงร่อน” ของอีไอเอไปหมด

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

ส่วนเอชไอเอเป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากฐานความคิดที่ยึดเอาสุขภาพของคนและชุมชนเป็นที่ตั้ง จึงออกแบบมาเพื่อให้ใช้คัดกรองโครงการหรือกิจกรรมได้ทุกประเภท คือจะใช้สำหรับ “การคัดกรองภาคบังคับ” เพื่อการอนุมัติอนุญาตโครงการหรือกิจกรรมตามที่กฎหมายกำหนด เหมือนในกรณีของอีไอเอก็ได้ (นับแต่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มีผลบังคับใช้เป็นต้นมา นโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง จะต้องทำทั้งอีไอเอและเอชไอเอ) หรือจะใช้เอชไอเอเพื่อถ่วงดุลว่า นโยบายสาธารณะ โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาทั่วไป ที่รัฐหรือองค์กรปกครองท้องถิ่นพัฒนาขึ้นตามปกตินั้น จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและชุมชนอย่างไรหรือไม่ ก็ได้

ทั้งนี้ โดยไม่ต้องคำนึงว่าโครงการหรือกิจกรรมเหล่านั้นจะเป็นประเภทใด มีขนาดเท่าใด และไม่ว่าจะเป็นโครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบรุนแรงหรือไม่ก็ตาม

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

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

(2) ถ้าหน่วยงานเจ้าของนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาเห็นว่านโยบาย โครงการหรือกิจกรรมที่ตนรับผิดชอบสมควรจะทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพก่อน เพื่อความรอบคอบ ก็สามารถทำเอชไอเอได้เลย โดยสมัครใจและไม่ต้องอาศัยอำนาจตามกฎหมาย

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

(4) ถ้าประชาชนในท้องถิ่นหรือในชุมชนจะรวมตัวกันริเริ่มทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง เพื่อเป็นการเรียนรู้ปัญหา หรือกำหนดทางเลือกและแนวทางการปฏิบัติสำหรับนโยบาย โครงการหรือกิจกรรม อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีในท้องถิ่นหรือชุมชนของตน ก็สามารถทำได้โดยไม่มีข้อจำกัด และโดยไม่ต้องคำนึงถึงประเภทและขนาดของโครงการ อีกทั้งไม่ต้องอิงอาศัยอำนาจทางกฎหมายแต่ประการใด

ช่องว่างที่ต้องเติมเต็ม

อีไอเอให้น้ำหนักในการประเมิน *ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร* เป็นหลัก ทำให้ไม่สามารถครอบคลุมปัจจัยสำคัญๆ อีกหลายด้านที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของประชาชนและชุมชนได้อย่างดีพอ

กรอบการวิเคราะห์ของอีไอเอครอบคลุมเนื้อหาทางทรัพยากรและสิ่งแวดล้อม 4 ส่วน คือ (1) ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (2) ทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (3) คุณค่าการใช้ประโยชน์ของมนุษย์ และ (4) คุณค่าต่อคุณภาพชีวิต แม้ในแต่ละส่วนจะมี

รายละเอียดมากพอสมควร แต่กรอบการวิเคราะห์นี้ยังมีข้อจำกัด เพราะไม่ได้ให้น้ำหนักอย่างเพียงพอแก่ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งประเด็นด้านวิถีชีวิตชุมชนซึ่งมีส่วนสำคัญในการกำหนดสุขภาวะของประชาชน อีกทั้งวิธีและกระบวนการประเมินของอีไอเอก็มีลักษณะแยกส่วน ไม่ได้บูรณาการให้เห็นผลกระทบในภาพรวมต่อชุมชนและวิถีชีวิตเท่าที่ควร ดังนั้น อีไอเออย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะพิทักษ์คุ้มครองสุขภาวะของประชาชนและชุมชน เฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการพัฒนาตามวิถีนโยบาย ที่มุ่งกำไรและความเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นเรื่องสำคัญ อย่างเป็นอยู่ปัจจุบัน

เอชไอเอ ต่างจาก อีไอเอ อย่างไร

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

ข้อแตกต่างอีกประการหนึ่งระหว่างอีไอเอ กับเอชไอเอ เป็นเรื่องของระดับการมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมิน ในตอนแรกก่อนที่จะมีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 67 วรรคสอง การทำอีไอเอไม่ได้เน้นการมีส่วนร่วมของฝ่ายต่างๆ เจ้าของนโยบายหรือโครงการเพียงแต่หาผู้เชี่ยวชาญมาดำเนินการตามแนวทางที่ สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมกำหนดแล้วเสนอรายงานให้หน่วยงานอนุมัติอนุญาตพิจารณา แต่เมื่อมีมาตรา 67 วรรคสอง ซึ่งกำหนดให้ต้องทำทั้งอีไอเอและเอชไอเอสำหรับนโยบายหรือโครงการที่อาจมีผลกระทบอย่างรุนแรง กระบวนการประเมินอีไอเอและเอชไอเอในกรณีนี้จะต้องดำเนินการ โดยที่ประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายมีส่วนร่วม ตั้งแต่เริ่มต้นกำหนดประเด็นการประเมิน ไปจนกระทั่งการให้การยอมรับรายงานการประเมินก่อนที่จะสร้างงานให้หน่วยงานอนุมัติอนุญาตต่อไป เอชไอเอทุกรูปแบบเน้นการมีส่วนร่วมเป็นหลักสำคัญในกระบวนการประเมิน ไม่ว่าจะเป็นเอชไอเอเพื่อการอนุมัติอนุญาต หรือเอชไอเอที่เป็นกระบวนการเรียนรู้เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาวะก็ตาม

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



สมพร เพ็งคำ
ศูนย์ประสานงานพัฒนาระบบ
และกลไกการประเมิน
ผลกระทบด้านสุขภาพ
สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ช่องว่างที่มีอยู่นี้สามารถจะเติมเต็มได้ด้วยการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ (เอชไอเอ) ซึ่งให้ความสำคัญแก่ปัจจัยทุกด้านที่อาจส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและสุขภาวะของประชาชนและชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม ศาสนา วัฒนธรรม หรือทรัพยากรทางสาธารณสุขก็ตาม

ด้วยเนื้อหาที่ครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพสำคัญทุกด้าน เอชไอเอจึงเป็นเครื่องมือประเมินที่มีความเป็นองค์รวม เหมาะสมสำหรับใช้ประเมินโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นประเภทที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อประชาชนและชุมชนอย่างรุนแรงหรือไม่ก็ตาม และเพราะคุณสมบัติเช่นนี้ เอชไอเอจึงเป็นเครื่องมือที่สามารถเติมเต็มส่วนที่ขาดไปในอีไอเอได้เป็นอย่างดี

กระบวนการประเมินที่แตกต่างกัน

ดังได้กล่าวมา อีไอเอเป็นเครื่องมือคัดกรองเพื่ออนุมัติอนุญาต สำหรับเจ้าของโครงการหรือกิจกรรมที่ไม่รับผิดชอบบางราย อีไอเออาจถูกมองว่าเป็นอุปสรรคกีดขวาง หรือแม้แต่ถ่วงกระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจและเป็นสิ่งที่ต้องเอาชนะหรือผ่านไปให้ได้โดยเร็ว ทศนคตี่เช่นนี้ อาจทำให้ผู้ประกอบการบางรายมุ่งเน้นที่เรื่อง

การอนุมัติอนุญาตมากจนทำให้จุดมุ่งหมายและสาระที่แท้จริงของการประเมินถูกละเลย เมื่อเป็นเช่นนั้น จึงมีผู้สงสัยในประเด็นด้านธรรมาภิบาลและความน่าเชื่อถือของกระบวนการทำอีไอเอจำนวนมากในช่วงเวลาที่ผ่านมา ข้อนี้เป็นเรื่องที่เราเข้าใจได้ไม่ยาก

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

ตัวละครสำคัญในเรื่องนี้จึงหนีไม่พ้นนักวิชาการผู้ที่ทำรายงานการประเมิน (บริษัทที่ปรึกษา) กับเจ้าของโครงการที่จะต้องทำการประเมิน โดยมีหน่วยงานที่ทำการอนุมัติอนุญาตเป็นตัวประกอบสำคัญ

กรอบเนื้อหาการวิเคราะห์อีไอเอ

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

ที่มา : แนวทางการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ในรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อม ของสำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม

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

สิ่งที่กล่าวข้างต้นไม่ใช่เรื่องจินตนาการ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดก็มีอยู่ เช่น กรณีโครงการก่อสร้างเพื่อขยายโรงงานถลุงเหล็กนครบวร มูลค่า 5 แสนล้านบาท ของเครือสหวิริยา ที่อำเภอบางสะพาน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ในช่วงปี 2549 – 2550 โครงการดังกล่าวนี้เตรียมที่จะเข้าครอบครองพื้นที่ป่าพรุแม่รำพึง อันเป็นพื้นที่ชุ่มน้ำสาธารณะที่อุดมสมบูรณ์ เป็นแหล่งอาหารและทรัพยากรของชุมชนมานาน เมื่อรายงานการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม (อีไอเอ) ของโครงการนี้ปรากฏออกมา ประชาชนในพื้นที่ได้รวมตัวกันทักท้วงและประกาศต่อต้านทันที โดยได้รับการสนับสนุนจากเครือข่ายหลายองค์กรรวมทั้งนักวิชาการจำนวนมาก รายงานการประเมินอีไอเอของโครงการนั้น (ซึ่งทำโดยบริษัทที่ปรึกษา 2 แห่ง โดยความร่วมมือของนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยที่มีชื่อเสียงของรัฐแห่งหนึ่ง) ไม่ได้ระบุว่าพื้นที่ดังกล่าวเป็นป่าพรุที่มีระบบนิเวศและทรัพยากรอุดมสมบูรณ์ แต่ระบุว่าพื้นที่ที่รกร้าง ถึงกระนั้นรายงานก็ได้รับการยอมรับโดยหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแย้งกับผลการสำรวจขององค์กรวิชาชีพหลายองค์กรที่ระบุว่าพื้นที่ตรงนั้นคือป่าพรุ เมื่อจนด้วยหลักฐานทางเจ้าของโครงการจึงถอนรายงานนั้นออกมาอย่างเงิบ ๆ แล้วจัดให้มีการทำรายงานอีไอเอขึ้นใหม่โดยบริษัทที่ปรึกษาเจ้าเดิม แต่รายงานใหม่ก็ยังคงไม่ได้พูดความจริง เพราะยังไม่ปรากฏคำว่า “ป่าพรุ” ในรายงานนั้น หากเลียงบาลีไปใช้คำว่า “ป่าบึงน้ำจืด” แทน ทั้งหมดนี้นำไปสู่เสียศักดิ์ศรี และสร้างความขัดแย้ง

เจตนารมณ์ที่แท้จริง
ในการสร้างเอชไอเอขึ้นมา
ก็เพื่อให้สังคมในทุกระดับ
นำเอากระบวนการเรียนรู้อันนี้ไปใช้
ในวงกว้าง จนกลายเป็นส่วนหนึ่ง
ของวัฒนธรรมการพัฒนา
โดยไม่ต้องอิงอยู่กับอำนาจ
ทางกฎหมาย

รุนแรงระหว่างเอกชนเจ้าของโครงการกับชุมชน และระหว่างคนในชุมชนด้วยกันเองอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน

ต้องยอมรับว่า ปัญหาธรรมชาติภูมิบาลและความไม่โปร่งใสในกระบวนการประเมินอีไอเอเช่นที่กล่าวมานั้น อาจเกิดกับเอชไอเอก็ได้ โดยเฉพาะเอชไอเอที่ทำการอนุมัติอนุญาต เพราะถ้าน้ำหนักไปอยู่ที่เรื่องการอนุมัติอนุญาตมากกว่าอยู่ที่การได้โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่ใส่ใจในเรื่องสุขภาพของประชาชนและชุมชนอย่างแท้จริง และถ้าผู้ทำการประเมินไม่ยึดหลักวิชาชีพอย่างเคร่งครัด การทำเอชไอเอก็อาจเป็นเพียง “พิธีกรรม” หรือมีโอกาเป็นเพียง “ตรายาง” เพื่อการอนุมัติหรืออนุญาตเท่านั้นก็ได้

แต่ในเรื่องนี้เอชไอเอมีภูมิคุ้มกัน คือมีกระบวนการทำที่เน้นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมมาก กระบวนการแบบนี้จะช่วยได้ในระดับหนึ่ง นอกจากนี้ เอชไอเอนอกบริบทของการอนุมัติอนุญาตมีโอกาสประสบปัญหาด้านนั้นน้อยกว่า เพราะอย่างน้อยที่สุดการอนุมัติอนุญาตไม่ได้ถูกมองว่าเป็นผลขั้นสุดท้ายของการประเมิน แต่ทำการประเมินเพื่อนำไปสู่การมีนโยบายโครงการสาธารณะเพื่อสุขภาพมากกว่า

ประการที่สอง ที่ผ่านมากกระบวนการประเมินอีไอเอค่อนข้างจะมีปัญหาในเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ถึงแม้จะมีการกำหนดให้จัดเวทีรับฟังความคิดเห็นจากประชาชนในขั้นตอนกำหนดประเด็นการประเมิน (scoping) และในขั้นตอนการรับฟังความคิด

เห็นต่อรายงานการประเมิน (public review) แต่รูปแบบการดำเนินงานมักจะถูกวิจารณ์ว่าไม่ค่อยโปร่งใสและไม่เป็นธรรมาภิบาลเท่าที่ควร ไม่ว่าจะเป็นการเลือกบุคคลผู้เข้าร่วมรับฟังและแสดงความคิดเห็น สถานที่และเวลาในการจัดเวทีรับฟังความคิดเห็น หรือการให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่ประชาชนและชุมชนก่อนจัดเวทีรับฟังความคิดเห็นก็ตาม

เอชไอเอให้ความสำคัญอย่างมากแก่การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของการประเมิน ดังนั้น ในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจึงประกอบไปด้วยประชาชน นักวิชาการ หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชนที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคมในพื้นที่ ทั้งหมดมาร่วมกันกำหนดประเด็นการวิเคราะห์

ทำความเข้าใจในปัญหา เสนอข้อมูล กำหนดทางเลือกและแนวทางปฏิบัติ รับฟังความคิดเห็นต่อร่างรายงานทบทวน ปรับปรุงร่างรายงาน และติดตามผลการปฏิบัติด้วยกัน จุดมุ่งหมายสำคัญไม่ได้อยู่ที่การอนุมัติอนุญาต (หรือไม่อนุมัติอนุญาต) แต่อยู่ที่การหาทางเลือกหรือแนวทางที่เหมาะสม เพื่อให้โครงการกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นนั้นเอื้อต่อสุขภาวะของประชาชนให้มากที่สุด และหลีกเลี่ยงผลกระทบในทางลบให้มากที่สุด

อาจกล่าวได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคือหัวใจของกระบวนการ เอชไอเอ ดังนั้น ในกระบวนการทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจึงเต็มไปด้วย “เวทีสาธารณะ” ที่มีผู้เข้าร่วมจากทุกภาคส่วน และเวทีสาธารณะนั้นก็มักจะสัญจรไปยังพื้นที่ต่างๆ เพื่อ

กรอบเนื้อหาวิเคราะห์เอชไอเอ

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

ที่มา : หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดจากนโยบายสาธารณะ จัดทำโดยศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2553

ให้มั่นใจว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มมีโอกาสได้เข้าร่วม แสดงความห่วงกังวลและความคิดเห็นของตน ทั้งนี้ โดยยึดหลักการสำคัญ 7 ประการ คือ 1) หลักประชาธิปไตย 2) หลักความเป็นธรรม 3) หลักการใช้ข้อมูลหลักฐาน อย่างเหมาะสม 4) หลักความเหมาะสมในทางปฏิบัติ 5) หลักความร่วมมืออย่างกว้างขวางและเท่าเทียม 6) หลักสุขภาวะองค์รวม และ 7) หลักความยั่งยืน

ความแตกต่างระหว่างอีไอเอกับเอชไอเอใน 3 ประเด็นหลักๆ ที่กล่าวมาข้างต้น คือเหตุผลและ คำอธิบายว่า เอชไอเอเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ การพัฒนากับสุขภาพของประชาชนดำเนินไปด้วยกันได้ อย่างยั่งยืน เฉพาะอย่างยิ่งในบริบทที่โครงการและกิจกรรม การพัฒนามุ่งสร้างความเติบโตทางเศรษฐกิจเป็นหลัก

สังคมที่การพัฒนากับความมั่นคงทางสุขภาพเติบโต ด้วยกันอย่างยั่งยืนนั้น ในเนื้อแท้แล้วก็คือสังคมที่มี ภูมิต้านทาน เป็นสังคมพัฒนาที่น่าอยู่สำหรับทุกคน

เป็นไปได้ไหมที่เอชไอเอจะเป็นเพียงเสือกระดาษหรือตรายาง

“เป็นไปได้ มันอาจจะเหมือนกับอีไอเอสมัยก่อนก็ได้ ขึ้นอยู่กับผู้ประกอบการ ที่เมื่อได้การอนุมัติอนุญาตมาแล้ว จะทำตามมาตรการนั้นอย่างจริงจังหรือไม่”

เสขสิริ ปิยะเวช
บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์และการกลั่น จำกัด

“คงยาก เพราะการทำเอชไอเอไม่ใช่มีเงื่อนไข เฉพาะเรื่องการอนุมัติอนุญาตเท่านั้น ยังมีเงื่อนไขอื่น อีกตั้ง 3 อย่าง คือประชาชนจะร้องขอให้ทำเอชไอเอ ก็ได้ หน่วยงานเจ้าของนโยบายหรือโครงการจะจัดการ ทำเอชไอเอเอง โดยไม่อาศัยอำนาจบังคับของกฎหมาย ก็ได้ หรือชุมชนจะทำการเรียนรู้เพื่อหาทางเลือก และการตัดสินใจสำหรับโครงการหรือกิจกรรมการ พัฒนาในห้องถิ่นของตนก็ได้ ถ้าจำกัดอยู่เฉพาะใน เงื่อนไขเรื่องการอนุมัติอนุญาตเพียงอย่างเดียว ก็มี โอกาสจะกลายเป็นตรายางได้ แต่กระบวนการทำ เอชไอเอนั้นเป็นกระบวนการเรียนรู้ของสังคมที่ผู้มีส่วน ได้ส่วนเสียทุกฝ่ายต้องมีส่วนร่วม ดังนั้น ก็คงยาก ที่จะกลายเป็นเพียงตรายาง”

นพ.วิพุธ พูลเจริญ
สถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย

“ดูจากวิธีและกระบวนการทำเอชไอเอแล้วคิดว่า อย่างไรเสีย ก็ไม่มีทางที่จะเป็นเสือกระดาษแบบอีไอเอสมัยก่อน ถ้าผมจ้าง บริษัทที่ปรึกษา 10 ล้าน ให้ไปทำให้สำเร็จภายใน 3 เดือน และให้ อนุมัติหรืออนุญาตให้ได้ บริษัทที่ปรึกษาอาจจะไม่ได้ทำอะไรเคร่งครัด แบบวิชาการ แต่ทำให้ผ่าน จะไปทำอะไรก็ได้ แต่ไม่ใช่อย่าง นั้น เทียบมันต้องไปเกี่ยวข้องกับชาวบ้านเยอะ และต้องทำอย่าง เปิดเผยต่อสาธารณะ เพราะฉะนั้นคิดว่ากระบวนการแบบนี้จะทำให้ ไม่ใช่เสือกระดาษ แต่ก็ไม่ใช่ว่าจะสมบูรณ์ที่สุด”

นพ.อำพล จินดาวัฒนะ
เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

“เป็นไปได้ ถ้าคนในสังคมหรือว่าชุมชนท้องถิ่นไม่ได้สนใจ ที่จะใช้ประโยชน์จากมัน แต่ปล่อยให้มันเป็นไปตามอีไอเอแบบเดิม ก็คือ ทำเพื่อการอนุมัติอนุญาต ถ้าอย่างนั้นเราก็มีอาชีพหนึ่งเกิดขึ้นคือ อาชีพรับทำการประเมินเอชไอเอเพื่อให้ผ่าน พอผ่านแล้วก็จบอยู่แค่นั้น ถ้ากระบวนการชุมชนไม่ได้สนใจ ไม่เห็นความสำคัญ ปล่อยให้ เป็นเรื่องของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเดียว ไม่ได้คิดว่าเอชไอเอเป็น เรื่องของเราทุกคนที่จะช่วยกัน เมื่อไหร่ที่คิดแบบนั้น แล้วก็ฝาก ความหวังไปที่หน่วยงานใด หน่วยงานหนึ่ง ก็จะตกหลุมดำแบบ อีไอเอ ฉะนั้นสิ่งสำคัญก็คือว่า เราจะทำอย่างไรให้เอชไอเอเป็นเรื่อง ของเราทุกคน”

สมพร เพ็งคำ
ศูนย์ประสานงานการพัฒนาระบบ และกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)

คือนกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม

105

ไอเอในฐานะเป็นกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมมีความสำคัญอย่างมาก เพราะสุขภาพหรือสุขภาวะในความหมายที่ครอบคลุมเป็นองค์รวมนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจำนวนไม่น้อยมาจากนโยบายสาธารณะ หรือโครงการ หรือ กิจกรรมการพัฒนามาที่ไม่รอบคอบ สำหรับโครงการ หรือ กิจกรรมที่อาจส่งผลกระทบอย่างรุนแรงนั้น สามารถอาศัยกฎหมายมากำกับดูแลได้ในระดับหนึ่งอยู่แล้ว แต่ยังมีโครงการ หรือ กิจกรรมอีกจำนวนมากที่ไม่ใช่ประเภทที่อาจก่อให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ กว่าเมื่อดำเนินไปภายใต้อุดมการณ์ทุนนิยมที่มุ่งกำไรเป็นหลัก ในบริบทที่การติดตามดูแลจากภาครัฐยังไม่เพียงพอ ผลกระทบสะสมที่เกิดขึ้นอาจนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ กลายเป็นภัยคุกคามต่อวิถีชีวิตและสุขภาวะของประชาชนและชุมชนได้ ในกรณีเช่นนั้นจะอาศัยมือของกฎหมายอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ และไม่ทันกาล ประชาชนต้องเรียนรู้ที่จะปกป้องคุ้มครองสุขภาพของตัวเองด้วย

เอชไอเอในฐานะเป็นกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม เป็นเครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อให้ประชาชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้ร่วมกันเรียนรู้ กำหนดประเด็นปัญหา และเสนอทางเลือก โดยใช้ข้อมูลที่เป็นจริง เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่รอบคอบในโครงการหรือกิจกรรมเรื่องใดเรื่องหนึ่ง อันจะช่วยลดผลกระทบในทางลบ และเพิ่มผลกระทบทางบวกของโครงการหรือกิจกรรมนั้น ๆ

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

เนื่องจากไม่ต้องเกี่ยวข้องกับเรื่องการอนุมัติอนุญาตตามกฎหมาย การขับเคลื่อนให้มีการทำเอชไอเอรูปแบบนี้ต้องเริ่มด้วยความตระหนักในปัญหาที่อาจเกิดขึ้น จากนโยบายหรือโครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาที่มีการเสนอขึ้นมาในท้องถิ่นหรือในชุมชน หรือความห่วง

กังวลในปัญหาที่ประชาชนกำลังประสบอยู่จริง ๆ เรื่องใดเรื่องหนึ่งก็ได้

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

ในกรณีของชุมชน การทำเอชไอเออาจเริ่มจากความตระหนักและห่วงกังวลต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพหรือวิถีชีวิตของคนในชุมชน เช่น ปัญหาสารพิษในการทำเกษตรกรรม สิ่งรบกวนการดำเนินชีวิต

ประจำวัน (ฝุ่น เสียง ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทางถนน ฯลฯ) การทำลายสิ่งแวดล้อมและทรัพยากร หรือความขัดแย้ง อันเกิดจากการมีโรงงานในชุมชน

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

ทั้งนี้ การทำเอชไอเอในระดับท้องถิ่นและระดับชุมชนควรแจ้งให้ สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงทราบ ทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ เพื่อที่จะได้ให้การสนับสนุนและประสานงานตามสมควร

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

เอชไอเอจะช่วยให้ประชาชนและชุมชนมีสุขภาวะทั้ง 4 ด้านได้อย่างไร

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

ในมุมมองกลับ ถ้ามีกระบวนการเอชไอเอเสียตั้งแต่ก่อนทำเหมือง คุยกัน หาทางออกด้วยกันว่าเหมืองที่จะมาอยู่นั้นจะเกิดพิษภัยอะไรบ้าง แล้วเราจะอยู่ด้วยกันอย่างไร วัฒนธรรมประเพณีจะอยู่อย่างไร เศรษฐกิจชุมชนจะเป็นอย่างไร แต่ที่ผ่านมานู๋มติดูจากข้างบนลงไปเลย แต่ถ้าหากใช้เอชไอเอเป็นเครื่องมือ คนจะได้คุยกันว่าในที่สุดจะทำเหมืองไหม ถ้าเกิดว่าไปเจอว่าถ้าทำเหมืองแล้วชุมชนจะเจอปัญหาอะไร และต้องป้องกันอะไรบ้าง แต่นี่ชาวบ้านเขาไม่รู้ ทุกวันนี้หน่วยงานของรัฐมีรายการที่โรงงานต้องทำอยู่ในมือ ดีเสียว่า 10 รายการ ดูแล้วคุณยังไม่ได้ทำตั้ง 8 รายการ ก็ไม่เป็นไร พาไปเลี้ยงให้ตีหน้อยเดี๋ยวกี้ได้ ชาวบ้านก็ไม่รู้เรื่อง แต่ถ้าหากทำอย่างโปร่งใสตั้งแต่แรก ชาวบ้านก็รู้ว่าอะไรบ้างที่ยังไม่ได้ทำ ถ้าใช้เครื่องมือเอชไอเออย่างสร้างสรรค์ตั้งแต่แรก ชาวบ้านเขาก็จะรู้ว่าสิ่งเหล่านี้ต้องทำอย่างนี้ คุณทำไหม ถ้าไม่ทำ ทำไม่ทำทำ คือให้ชาวบ้านรู้ว่าอะไรควรทำ และไม่ควรรทำ สุขภาวะก็เกิดได้ทุกด้าน แทนที่จะไม่ไว้วางใจกัน คอยขัดแย้งกัน ฝ่ายหนึ่งได้ ฝ่ายหนึ่งเสีย

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



นายแพทย์อัมพล จินตาวัดณะ
เลขาธิการ
สำนักงานคณะกรรมการ
สุขภาพแห่งชาติ (สช.)

ตัวอย่างการทำเอชไอเอในแนวทางที่กล่าวมานี้จะเห็นได้ เช่น ในกรณีชุมชนในนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด และบริเวณใกล้เคียง จังหวัดระยอง ซึ่งประชาชนและชุมชนได้รับผลกระทบอย่างมากจากโรงงานอุตสาหกรรมหนักหลายประเภท ประเด็นที่ยกมาเป็นมูลเหตุให้ทำการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ คือ เรื่องสิ่งแวดล้อม

ในกรณีชุมชนบ้านบ่อเงิน อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี การทำเอชไอเอมีที่มาจากประเด็นเกี่ยวกับการใช้สารเคมีในกิจกรรมการเกษตร ซึ่งประชาชนที่นั่นตระหนักถึงปัญหาการใช้สารเคมีในการทำนาจนถึงขีดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

ส่วนกรณีชุมชนบ้านถวาย อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ สิ่งที่ชาวบ้านห่วงกังวลและเป็นประเด็นที่นำไปสู่การทำเอชไอเอ คือ ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากกระบวนการผลิตสินค้าหัตถกรรมพื้นบ้าน (แกะสลักไม้) ที่ทำให้คนในหมู่บ้านสัมผัสทั้งฝุ่นและสารระเหยจากสีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

กรณีชุมชนหลายแห่งในอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย ที่มาของการทำเอชไอเอคือ เรื่องผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสุขภาพและวิถีชีวิตผู้คน อันเนื่องมาจากเหมืองทองคำที่เข้ามาดำเนินการในพื้นที่ชุมชน ประชาชนที่นั่นประสบปัญหาอย่างหนักจากทั้งเสียงฝุ่น และกลิ่น ซึ่งรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ที่รุนแรงมากคือ มีการปนเปื้อนของสารพิษไซยาไนด์ ในสิ่งแวดล้อมและสารพิษนั้นได้เข้าสู่ร่างกายของชาวบ้านโดยไม่รู้ตัว จากการตรวจเลือดของชาวบ้านพบว่า หลายคนมีสารพิษไซยาไนด์ซึ่งเป็นสารอันตรายในเลือด ทำให้เกิดความหวาดกลัวและวิตกกังวล นอกจากนี้ยังมีการปนเปื้อนสารโลหะหนักทั้งในน้ำและในดิน สังคมที่นั่นเกิดความขัดแย้งและแตกแยกระหว่างฝ่ายที่ได้รับผลประโยชน์จากเหมืองกับฝ่ายที่ได้รับผลกระทบ ถึงขนาดไม่ยอมคุยกันเมื่อไปทำบุญที่วัด ชุมชนที่เคยอยู่ร่วมกันมาอย่างสงบจึงใกล้จุดแตกสลายในทางสังคม ทั้งนี้ ยังไม่รวมประเด็นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน รวมทั้งเอกชน ในหลายพื้นที่ที่มีความสนใจนำเอาเอชไอเอไปเป็นเครื่องมือ เพื่อประเมินว่าโครงการที่ตนกำลังจะดำเนินการนั้นจะมีผลกระทบที่

ควรระมัดระวังอะไรบ้าง เช่น โครงการสร้างคอนโดมิเนียมของเอกชนรายหนึ่งในกรุงเทพมหานคร และโครงการวางท่อส่งก๊าซไปยังจังหวัดนครสวรรค์ ของบริษัท ปตท. โครงการเหล่านี้ แม้ไม่อยู่ในข่ายว่าอาจมีผลกระทบอย่างรุนแรง (ซึ่งต้องทำการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพตามกฎหมาย) แต่เจ้าของโครงการจำนวนมากก็ขอทำเอชไอเอ เพื่อป้องกันความเสี่ยงทางสังคมและสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น เพราะถ้าเกิดปัญหาขึ้น ค่าใช้จ่ายในการแก้ไข จะสูงมาก

ถ้าการดูแลสุขภาพที่ดีที่สุดคือการที่ประชาชนและทุกภาคส่วนในชุมชนจัดการดูแลกันเองได้เป็นส่วนมาก เอชไอเอในฐานะเป็นกลไกการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมก็เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดอันหนึ่ง และเพราะคุณสมบัตินี้เอง เอชไอเอ จึงเป็นที่ยอมรับกันในระดับสากลว่าเป็นเครื่องมือที่ดีอย่างหนึ่งที่จะนำไปสู่นโยบายสาธารณะที่ให้ความสำคัญกับสังคม ชีวิต และสุขภาพ อันเป็นเครื่องมือที่บ่งชี้ถึงควมมีคุณภาพของสังคม



สิ่งท้าทาย โอกาส และวันพรุ่งนี้ของเอชไอเ

ภาพ

ถือเอาการเกิดขึ้นของคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ว่าเป็นจุดกำเนิดอย่างเป็นทางการของเอชไอเอ ก็กล่าวได้ว่าเอชไอเอเพิ่งมีอายุเพียง 3-4 ปีเท่านั้น อย่างไรก็ตาม แนวคิดและการริเริ่มเรื่องอันสำคัญนี้ได้ก่อตัวขึ้น และได้รับการปูมฟูกอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อยย่อท้อจากหน่วยงานและบุคคลที่เกี่ยวข้องมาก่อนหน้านั้น เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 10 ปี ถึงกระนั้นถ้าเปรียบเป็นชีวิตคน เอชไอเอก็ยังคงอยู่ในวัยเยาว์ ที่เพิ่งเริ่มมีสังคมและเครือข่ายของตัวเองเหมือนชีวิตเด็กน้อยที่เริ่มรู้จักและผูกพันกับพี่น้อง ลุงป้า น้าอา มากขึ้น

วันนี้ของเอชไอเอจึงมีทั้งสิ่งที่ท้าทาย และสิ่งที่เป็
โอกาส

ประการแรก ภาพลักษณ์ของเอชไอเออาจจะยังไม่ชัดเจนในสายตาของบางคน หรือบางกลุ่ม ซึ่งมองเอชไอเอเป็นเพียงเครื่องมือเพื่อการอนุมัติอนุญาตเท่านั้น แต่นั่นก็เป็นเรื่องที่ไม่ได้ เพราะตอนที่เกิดเอชไอเอขึ้นนั้นประเด็นเรื่องการอนุมัติอนุญาตเป็นกระแสสำคัญในสังคมไทย โดยมีภาพของอีไอเอซึ่งเป็นเครื่องมือเพื่อการอนุมัติอนุญาตล้วนๆ เป็นภาพเปรียบเทียบกับมือยกก่อนและบังเอิญเอชไอเอก็เป็นส่วนหนึ่งในเรื่องการอนุมัติอนุญาตนี้ด้วย (คือเอชไอเอในอีไอเอ)

ถ้าภาพลักษณ์จำกัดอยู่เพียงเรื่องการอนุมัติอนุญาตก็ไม่สู้จะดีนักสำหรับอนาคตของเอชไอเอ เพราะที่สุ่สุดแล้วอาจเป็นไปได้ที่เอชไอเอจะกลายเป็นเหมือน “ตรายาง” ที่ประทับเพียงเพื่อบอกว่าโครงการหรือกิจกรรมใดผ่านหรือไม่ผ่านเท่านั้น ความสนใจจริง ๆ ของเจ้าของโครงการและของหน่วยงานอนุมัติอนุญาตอาจจะไปอยู่ที่เรื่องการผ่านหรือไม่ผ่านการอนุมัติอนุญาต มากกว่าเรื่องเนื้อหาและกระบวนการประเมิน ตลอดจนผลทางสุขภาพที่จะตามมาจกโครงการหรือกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งเป็นสาระที่สำคัญมากกว่า น่าอาจเป็นสิ่งที่ท้าทายอย่างหนึ่ง ที่อาจจะทำให้เอชไอเอไม่บรรลุจุดหมายที่กำหนดมาให้ทำ โดยเฉพาะ

อย่างไรก็ตาม ยังพอมีความหวังอยู่ว่า การณ์อาจจะเป็นไปเช่นนั้นได้ยาก ทั้งนี้เพราะแม้ว่าเอชไอเอจะผนวกเข้าเป็นส่วนหนึ่งของอีไอเอแล้วสำหรับกรณิการอนุมัติอนุญาต แต่หลักเกณฑ์ เนื้อหา และกระบวนการประเมิน

ทั้งหมดยังเป็นหลักเกณฑ์ เนื้อหาและกระบวนการของเอชไอเอ ซึ่งมีรูปแบบเฉพาะของตน นั้นหมายความว่าเอชไอเอในอีไอเอนั้นยังสามารถคงเอกลักษณ์ความเป็นเอชไอเออยู่ได้ เว้นแต่ว่าจะมีตัวแปรที่ควบคุมได้ยากบางอย่างเกิดขึ้น (ซึ่งก็ไม่ใช่สิ่งที่เป็นไปได้ในบริบทของสังคมไทย)

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

กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคมนั้นไม่ได้เกิดขึ้นได้จากสุญญากาศ จริงๆ แล้วสิ่งนี้จะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีเงื่อนไข 3 อย่าง มาบรรจบกันเข้าในสถานที่และเวลาอันเหมาะสม

หนึ่ง คือความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องสุขภาพของประชาชน ไม่ใช่สุขภาพในความหมายแบบเดิมที่จำกัดอยู่เฉพาะเรื่องการปราศจากโรคและความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่เป็นสุขภาพในความหมายแบบองค์รวม

สอง ความรู้เท่าทันและตระหนักว่า นโยบายสาธารณะ โครงการและกิจกรรมการพัฒนาทั้งหลายที่เกิดขึ้นนั้น ไม่ได้ให้ผลเฉพาะในด้านที่พึงปรารถนาเพียงด้านเดียว แต่ทุกอย่างจะสามารถส่งผลกระทบต่อทั้ง

ปรารถนาได้ ประชาชน ชุมชน
หน่วยงานของรัฐ องค์กร
ปกครองท้องถิ่น นักวิชาการ
หรือองค์กรเอกชน จะต้อง
ตระหนักว่าอะไรคือสิ่งที่
ต้องแลกหรือเสียไปกับผล
ที่ได้มา จากการพัฒนา

สาม ความเข้าใจ
และความสามารถในการจัด
กระบวนการเอไอเอในรูปแบบ
และตามอุดมคติของเครื่องมือนี้
ซึ่งถือเอาการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียม

ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และการตัดสินใจ
บนฐานของความรู้และหลักฐานที่เหมาะสมเป็นหัวใจสำคัญ
แน่นอน การสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและความ
ตระหนักเรื่องสุขภาพในทุกระดับของสังคมเป็นภารกิจที่
ท้าทาย ลำพังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเอไอเอโดยตรง
อย่างเช่นคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (คสช.) และ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) อาจจะ
ทำได้ในระดับหนึ่ง แต่ด้วยการมีเครือข่ายที่กว้างออกไป
งานเช่นนี้ก็ไม่ใช่ว่าจะเหลือวิสัย

สาระสำคัญอยู่ที่การตระหนักว่า ชีวิตคนและสุขภาพ
ในความหมายแบบองค์รวมเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนา
เพราะนโยบาย โครงการหรือกิจกรรมการพัฒนาทุกชนิด
อาจก่อให้เกิดทั้งผลทางบวกและทางลบ โดยที่ผลทางบวก
สำหรับคนกลุ่มหนึ่งอาจเป็นผลทางลบสำหรับอีกกลุ่มหนึ่ง
ไม่มีนโยบายหรือโครงการใดที่จะให้เฉพาะผลดีเพียง
ด้านเดียว การหาทางป้องกันผลกระทบทางลบจึงเป็นงาน
ที่ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องมาร่วมกันพิจารณา โดยยึด
เอาสุขภาวะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มเป็นที่ตั้ง

ความตระหนักเช่นนี้จำเป็นต้องสร้างขึ้นในทุกระดับ
ตั้งแต่ระดับหน่วยงานที่มีส่วนโดยตรงในการพัฒนานโยบาย
สาธารณะ ทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่น ไปจนถึงชุมชน
และภาคธุรกิจที่เป็นเจ้าของโครงการพัฒนา ตลอดจนถึง
เยาวชนในสถาบันการศึกษาทุกระดับด้วย

มีโอกาสมากมายที่จะช่วยในการสร้างความ
ตระหนักดังกล่าว นโยบายและโครงการพัฒนาทั้งในระดับ
เมกะโปรเจกต์และในระดับทั่วๆ ไป เกิดขึ้นอยู่แทบ
ทุกวัน นโยบายและโครงการเหล่านั้นสามารถนำมาเป็น
วัตถุดิบเพื่อสร้างความตระหนักในผลทางบวกและ

**ตัวตนและเป้าหมาย
ที่แท้จริงของเอไอเอนั้น คือ
การเป็นเครื่องมือทางสังคมที่จะ
นำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะ
เพื่อสุขภาพ โดยอาศัยกระบวนการ
เรียนรู้ ตัวตนและเป้าหมายนี้เป็น
แก่นแท้ที่อาจถือว่าเป็น “ดีเอ็นเอ”
ของเอไอเอเลยก็ว่าได้**

ทางลบที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ชุมชน
และสังคมได้ นอกจากนี้
ประสบการณ์ที่ผ่านมาแล้ว
ก็อาจนำมาเพิ่มโอกาสใน
การสร้างความตระหนักได้
เป็นอย่างดีด้วย ไม่ว่าจะเป็น
เป็นกรณีนิคมอุตสาหกรรม
มาบตาพุด กรณีบางสะพาน
แม่เมาะ เชื้อนกปากมุล เหมือง
ตะกั่วที่คลิตี้ เหมืองทองคำที่
วังสะพุง หรือแม้แต่แผนพัฒนาภาค
ใต้ที่กำลังก่อรูปขึ้นในขณะนี้ ทั้งหมด

ล้วนเป็นโอกาสหรือวัตถุดิบสำหรับการสร้าง

จิตสำนึกและความตระหนัก ที่อาจนำไปสู่การทำเอไอเอ
ให้เป็นเครื่องมือเพื่อการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม

นิมิตที่ดีคือ มีการตอบรับที่ค่อนข้างดีต่อเอไอเอ
จากสาธารณะ นี่คือโอกาสที่เอไอเออาจจะพัฒนาไปสู่ความ
เติบโตอย่างมั่นคงยั่งยืนในอนาคต อนาคตที่เราหลายคน
ฝันว่า วันหนึ่งการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพจะกลาย
เป็น “วัฒนธรรม” คือเป็นวิถีคิดและการปฏิบัติที่เป็นภารกิจ
ตามปกติธรรมดาของการพัฒนา ไม่ว่านโยบายหรือ
โครงการจะเล็กหรือใหญ่ก็ตาม ทุกครั้งที่กำหนดนโยบาย
สาธารณะหรือโครงการพัฒนา ให้ผู้บริหาร เจ้าของโครงการ
ประชาชน และชุมชนในทุกระดับ คิดถึงเรื่องผลกระทบ
ทางสุขภาพ และคิดถึงเอไอเอ ว่าเป็นภารกิจที่ต้องทำ
เป็นปกติ เหมือนกับเวลาที่เราจะกินข้าวต้องล้างมือก่อน
หรือเวลาตื่นนอนต้องล้างหน้าแปรงฟัน

สังคมทุกวันนี้ก้าวล้ำไปด้วยการพัฒนา นี่เป็น
ความจริงที่น่าชื่นชม แต่ไม่ว่าสังคมจะก้าวล้ำไปเพียงใด
การพัฒนาที่ไม่ได้เอาชีวิตและสุขภาวะของมนุษย์เป็น
ศูนย์กลาง ก็จะต้องจบลงที่บทเรียนราคาแพง เหมือนที่เคย
เกิดขึ้นมาแล้วหลายครั้งในสังคมของเรา

**เอไอเอจะเป็นคำตอบที่เพียงพอในเรื่อง
การพัฒนาที่ใส่ใจในสุขภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการใช้
เครื่องมือนี้อย่างเต็มสมรรถนะ ทั้งในฐานะเป็น
เครื่องมือคัดกรองเพื่อการอนุมัติอนุญาต และ
ในฐานะเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของสังคม และ
ขึ้นอยู่กับว่าเราจะใช้มันจนกลายเป็นวัฒนธรรมใน
การพัฒนา ที่นำไปสู่การมีนโยบายสาธารณะเพื่อชีวิต
และสุขภาพ ได้หรือไม่**

เอกสารอ้างอิง

ตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

1. สุขภาพกาย

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

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

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

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

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

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

2. สุขภาพจิต

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

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

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

พระธรรมโกศาจารย์. (2552). *ยอดแห่งความสุข โดย พุทธทาสภิกขุ*. นนทบุรี: กองทุนห้องสมุดจำปิตร์ วัดชลประทานรังสฤษดิ์.

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

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

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

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

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

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

อภิชาติ จารัสถุทธิวงศ์ และคณะ. (2553). *สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย : การวิเคราะห์ปัญหาปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมระดับบุคคลและระดับจังหวัด*. (เอกสารยังไม่เผยแพร่)

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

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

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

อภิชัย มงคล และคณะ. (2553). *รายงานผลการประเมินผลเรื่อง โครงการป้องกันช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พ.ศ. 2552*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

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

3. สุขภาพในมิติทางจิตวิญญาณหรือปัญญา

ประเวศ วะสี. (2544). สปรส. กับ "สุขภาพทางจิตวิญญาณ" อ้างใน วิชัย โชควิวัฒน์ "การศึกษาด้วยมิติทั้งสี่ของสุขภาพ" สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2553 จาก มูลนิธิสตรีศึกษา: <http://sph.thaissf.org/index.php?module=article&page=detail&id=92>

รศ.นรินทร์ เกษม, ประเวศ วะสี, ดันติพิพัฒน์สกุล และ เวที สุวรรณพเก้า. (2553). *ความสุขของคนไทย: การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณธรรม จิตวิญญาณและความภูมิใจในตนเอง*. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, ปีที่ 18 (ฉบับที่ 2), หน้า 71-85.

รัตติกรณ์ จงวิศาล และคณะ. (2553). *คู่มือการประเมินสุขภาพทางจิตวิญญาณเพื่อการพัฒนาศักยภาพในระบบสุขภาพและระบบการศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสตรีศึกษา.

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

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

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

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *สำรวจสุขภาพทางสังคมและวัฒนธรรม พ.ศ. 2551*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *การสำรวจสุขภาพทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต พ.ศ. 2551*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

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

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

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

4. พฤติกรรมสุขภาพ

จงกล เลิศเกียรติวงศ์ และคณะ. (2553). *รายงานวิกฤตเศรษฐกิจ 2551-2552 กับระบบสุขภาพและสุขภาพของคนไทย*. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, และ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *การสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547*. (เยาวรัตน์ ปราบัณษาม, และ พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์, บ.ก.) กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

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

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

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

5. คุณภาพสิ่งแวดล้อม

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. ความมั่นคงของชีวิต

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

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย. (2552). รายงานการพัฒนาของประเทศไทย ปี 2552: ความมั่นคงของมนุษย์ในปัจจุบันและอนาคต. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย.

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

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

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

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

สำนักนโยบายการออมและการลงทุน ส่วนนโยบายการออมและการลงทุนในภาพรวม. (ม.ป.ป.). สถิติข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการเงิน การออม และการลงทุน. สืบค้นเมื่อ 24 ธันวาคม 2553 จาก สำนักนโยบายการออมและการลงทุน: <http://www.fpo.go.th/SI/Data.php?DBIndex=mysql&Language=Thai>

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

7. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

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

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

ศิวพร ปกป้อง, สวาทรี ทยานศิลป์, จิรพันธ์ ชำนอง, และ สาธินี จันทร์เจริญ. (2552). โครงการสร้างดัชนีวัดสุขภาพครอบครัว. นครปฐม: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.

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

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

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

8. สักยภาพชุมชน

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2552). รายงานการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและสังคมให้เป็นรากฐานที่มั่นคงของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

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

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

9. ความมั่นคงของสังคม

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

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย. (2552). รายงานการพัฒนาของประเทศไทย ปี 2552: ความมั่นคงของมนุษย์ในปัจจุบันและอนาคต. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ ประเทศไทย.

10. ความเป็นธรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข. (2553). ระบบข้อมูลเพื่อการบริหารจัดการตามผลการดำเนินงาน. สืบค้นเมื่อ 24 ตุลาคม 2553 จาก กระทรวงสาธารณสุข: <http://moc.moph.go.th/index.php>

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

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2552). การกระจายการอุดหนุน

งบประมาณภาครัฐจำแนกตามประเภทบริการ พ.ศ. 2552. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

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

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2552). ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2553). รายงานการใช้จ่ายผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และมาตรการควบคุมการใช้จ่ายของโรงพยาบาลนำร่องกรณีผู้ป่วยนอก ในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2552. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

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

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

สุพล ลิ้มวัฒนาพันธ์, และ วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2553). ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือนของสำนักงานสถิติแห่งชาติ. Organization, W. H. (n.d.). National Health Accounts. Retrieved December 3, 2010, from World Health Organization: <http://www.who.int/nha/country/tha/en/>

11. ประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

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

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2553). รายงานการใช้จ่ายผลกระทบต่อค่าใช้จ่าย และมาตรการควบคุมการใช้จ่าย ของโรงพยาบาลนำร่องกรณีผู้ป่วยนอก ในระบบจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ปีงบประมาณ 2552. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

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

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

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

12. คุณภาพและประสิทธิภาพของระบบบริการสุขภาพ

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

สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. (2552). ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยในประกันสังคม สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย.

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

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

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

สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

1. เด็กไทยไอคิวลดลง ถึงเวลาต้องปฏิรูปการศึกษาอีกครั้ง

- “อิง! เด็กไทยไอคิวต่ำ-อ่อนแอ” ชอบกินขนมกรุบกรอบ ไม่สนใจ! ผู้จัดการรายวัน. (17 กุมภาพันธ์ 2553).
- “วิกฤตเด็กไทย ไอคิวต่ำสุดในรอบ 12 ปี”. บางกอกทูเดย์. (25 กุมภาพันธ์ 2553).
- “กรมอนามัย พบเด็กไทยไอคิวต่ำ เหตุขาดสารไอโอดีน”. ข่าวจาก ของกรมอนามัย ในงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การควบคุมป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และการขับเคลื่อนสู่ชุมชน/หมู่บ้านไอโอดีน” ณ โรงแรมหลุยส์เทรวิล กรุงเทพฯ. 18 มกราคม 2554.
- “ผลวิจัยเด็กไทย 1 ใน 4 สมอทั้งป ‘หมอประเวศ’ ชี้ดีที่ไฟไม่เฝ้า”. ชีวิตคุณภาพ. มติชน. (18 กุมภาพันธ์ 2553).
- “ภาวะโภชนาการเด็กไทยพร้อมขาด ผุด ‘ไอคิว-อีคิว’ ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน”. สยามธุรกิจ. (24-26 กุมภาพันธ์ 2553).
- “โง่-เอ๋-ปัญญาอ่อน ประเทสน์...วิกฤตยิ่ง”. ไทยรัฐ. (24 สิงหาคม 2553).
- “เผยเด็กไทยไอคิวต่ำมาก เพราะขาดไอโอดีน”. Mthai news. (27 สิงหาคม 2553).

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

2. แล้งจัดแล้งกลับน้ำท่วมหนัก: ความผิดปกติที่ต้องรับมือให้เท่ากัน

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

3. จะป้องกันไม่ให้เกิดเหตุ 2,002 ซาก ก็วัดไฟเงินเข้าอีกได้อย่างไร ?

1. “สอยกลางกรุงพบซากทวาร 348 ศพ วัดไฟเงินฯ เค้นเครือข่ายเพื่อสภารับจ้าง คลินิกทำแท้งเถื่อนกับรพนา” มติชนออนไลน์. (17 พฤศจิกายน 2553).
2. “ซากทวารทะลุ 2,002 ศพ-สังหารวัดเอ็นเอเก็บ” กรุงเทพธุรกิจออนไลน์. (19 พฤศจิกายน 2553).
3. “สอยกลางกรุงพบซากทวาร 348 ศพ วัดไฟเงินฯ เค้นเครือข่ายเพื่อสภารับจ้าง คลินิกทำแท้งเถื่อนกับรพนา” อ้างแล้ว.
4. “สื่อเทศน์แพร่ทั่วโลก ‘348 ซากทวาร’ สุทธิชัย หยุ่น. จาก www.suthichaiyoon.com/detail/6804 สืบค้นเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2554.
5. “ซากทวารทะลุ 2,002 ศพ-สังหารวัดเอ็นเอเก็บ” อ้างแล้ว.
6. “ลุยเช็ก 25 คลินิกสอยผิดคมลักลอบทำแท้ง” ไทยรัฐ. (24 พฤศจิกายน 2553).; “จำลอง ขวาง กม.วัดลูก-สอยย่านตลาดไทจับคลินิกทั้งรอคิว 50 ชื่อ เจ้าอาวาสวัดไฟเงิน บักรู้เห็นทั้งซากเด็ก” คมชัดลึก. (24 พฤศจิกายน 2553).; “จับยารัดลูก 30 ล้านจ่อ ลุยอีก 5 คลินิกเถื่อน ปชป.ไม่หนุน กม.ทำแท้ง” คมชัดลึก. (24 พฤศจิกายน 2553).
7. “ประชาติปัตย์ล่าชื่อ ‘ผู้แทน’ ดันกม.ทำแท้ง” ไทยโพสต์. (28 พฤศจิกายน 2553).
8. “เครือข่ายฯ เสนอแก้กม.ทำแท้งเสนอทางออกวัยรุ่นหญิง” พิมพ์ไทย. 24 พฤศจิกายน 2553. หน้า 2.
9. “ยอดทะลุ 2,002 ศพ สุสาน ‘มารหัวชน’ จี้แก้ กม.ทำแท้งช่วยชีวิตเหยื่อสาว” มติชนสุดสัปดาห์. (26 พฤศจิกายน 2553). หน้า 97-98.
10. “โพลแบบคว้านกม.ทำแท้ง” พิมพ์ไทย. (25 พฤศจิกายน 2553) หน้า 2.; “ตุลาการออดส.แถมกม.ทำแท้งสร้างภาพ” สยามรัฐ. (23 พฤศจิกายน 2553).
11. “สะกิด รร. ‘เลิกอ้าง’ สอนเรื่องเพศ” ไทยโพสต์. (27 พฤศจิกายน 2553). หน้า 8.
12. “ชื่อแม่-ครูร่วมสอนเช็กสลิปลดภัย” ข่าวสดรอบบ่าย. (7 ธันวาคม 2553). หน้า 26.
13. “ผู้ปกครองเห็นด้วยกว่า 90% สอนเพศศึกษาสัปดาห์ทำแท้ง” มติชน. (26 พฤศจิกายน 2553). หน้า 10.
14. “3 ศาสนาถกแก้ปัญหาทำแท้งซึ่งสังคมวิกฤตเร่งแก้ไข” พิมพ์ไทย. (1 ธันวาคม 2553). หน้า 2.; “ถกแก้ปัญหาทำแท้ง ศูนย์คุณธรรมระดม 3 ศาสนา” ข่าวสด. (10 ธันวาคม 2553). หน้า 31.
15. “ชื่อรอบ 7 ปี ‘เพศศึกษา’ เข้าถึงเด็กแค่ 30%”. ผู้จัดการรายวัน. (24 พฤศจิกายน 2553). หน้า 10.

16. The Alan Guttmacher Institute. Sharing Responsibility: Women, Society, and Abortion Worldwide. New York: AGI, 1999; Susan A. Cohen. Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide. Guttmacher Policy Review. Fall 2009, Volume 12, Number 4. On www.guttmacher.org/pubs/gpr/12/4/gpr120402.html, accessed on 11.02.2011.
17. Susan A. Cohen. Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide. Guttmacher Policy Review. Fall 2009, Volume 12, Number 4. On www.guttmacher.org/pubs/gpr/12/4/gpr120402.html, accessed on 11.02.2011.
18. Susan A. Cohen. Facts and Consequences: Legality, Incidence and Safety of Abortion Worldwide. Ibid.
19. ศักดิ์ชัย ชันตยาภรณ์. 2554. รายงานการเข้าร่วมประชุม Global Comprehensive Abortion Care Initiatives: Regional Dissemination Meeting ที่กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย 17-18 มกราคม 2554. เอกสารเสนอในการประชุมเครือข่ายสนับสนุนทางเลือกของผู้หญิงที่ท้องไม่พร้อม ณ ห้องประชุมชั้น 1 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2554.
20. Reed Boland and Laura Katzive. “Developments in Laws on Induced Abortion: 1998-2007” International Family Planning Perspectives, 2008, 34 (3):110-120.

4. ปฏิรูปประเทศไทยเพื่อแก้ไขความขัดแย้งทางการเมือง: ขึ้นโกล... แต่อาจไปไม่ถึง!

1. http://webboard.news.sanook.com/forum/?topic=3341392
2. สื่อแดงชุมนุมใหญ่ติด 1 ใน 10 ข่าวเด่นโลก ปี 2010 ของ Times [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fiWuz9HTXEOJ:www.prachatai.com/journal/2010/12/32287+สื่อแดงติดข่าวอันดับโลก&cd=9&hl=en&ct=clnk&client=safari&source=www.google.com]
3. “สื่อลวดช่องคาดเผา เจ๊ง! 5 หมื่นล้าน” แนวหน้า. (24 พฤษภาคม 2554).
4. สืบค้นจาก www.thaireform.in.th. สืบค้นเมื่อ 8 มกราคม 2553.
5. “ปรองดองสื่อเหลว เพื่อไทยป่วนด้านกรรมการแก้ไขรัฐธรรมนูญ” แนวหน้า. (17 มิถุนายน 2553).
6. “พันธมิตรฯ พบ! ยังทยอยสมทบต่อเนื่อง” ผู้จัดการออนไลน์. (25 มกราคม 2554).
7. “ฝั่งแดงฯ อากวณแดงแตกแยก” สืบค้นจาก www.tnews.co.th. (13 ตุลาคม 2553).
8. “สนธิแฉกรวีระ ชัดแจ้งเงินบริจาคพันธมิตรฯ” สืบค้นจาก www.apcnews.net. (24 มิถุนายน 2553).
9. “ยื่นฟ้องศาลระหว่างประเทศ มาร์ค สังสลายชุมนุม” สืบค้นจาก www.suthichaiyoon.com. เมื่อ 31 มกราคม 2554.
10. “ล้มล้าง ค.ร.ม.รงค์ เพ็ชรประเสริฐ” มติชนออนไลน์. (22 ตุลาคม 2553).
11. ไทยรัฐ 11 มกราคม 2554
12. ดูรายละเอียดเพิ่มเติมใน “อานันท์ฯตั้งตั้ง 5 แสนล้าน หนุนปฏิรูปที่ดินแก้เหลื่อมล้ำ” กรุงเทพธุรกิจ. (8 กุมภาพันธ์ 2554).
13. สืบค้นจาก www.krobkruakao.com. เมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2554.
14. “นายฯฯ แหม่ ยุบสภาแล้ววันฯฯ แก้ปัญหาไม่ได้ก็คงไม่ทำ” สืบค้นจาก www.nationchannel.com. เมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2554.
15. “ธีรยุทธชอบ ความขัดแย้งทางสังคมคลี่คลายได้” กรุงเทพธุรกิจ. (26 มกราคม 2554).
16. “ทิศทางทางเปลี่ยนแปลงการเมืองไทย: หลั่ง เมฆา-พฤษภาอำมหิต”. มติชนออนไลน์. (9 กรกฎาคม 2553).

5. ยุติธรรมไม่มา ปัญหาไฟใต้ไม่จบ

1. “ไทยติดอันดับ 9 จาก 196 ประเทศเสี่ยงภัยก่อการร้าย”. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1540. (19-25 กุมภาพันธ์ 2553).
2. “2553-แนวรบด้านใต้ ความรุนแรงไม่เปลี่ยนแปลง!”. มติชนสุดสัปดาห์. ฉบับที่ 1535. (15-21 มกราคม 2553).
3. คอลัมน์แฟ้มคดี หนังสือพิมพ์ข่าวสด. (27 กุมภาพันธ์ 2554) หน้า 2.
4. “4 สส.ประชาธิปไตยฯ จี้เปลี่ยน‘ผ.บ.ท.’ เช่นดับไฟใต้ได้เร็ว”. แนวหน้า. (27 กุมภาพันธ์ 2554).
5. “เมื่อปฏิบัติภารกิจทางทหารถึงทางตัน จัปตา ‘นครปัตตานี-ม.21’ สถาบันอิศรา. (30 มกราคม 2554).
6. “ร่างกฎหมาย คอ.บ.ต. ฉบับใหม่...ติดตามย้าย ‘ชก-ท.ท.ร.ด.ร.จ.’ พันพื้นที่? โตะข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (12 กุมภาพันธ์ 2553).
7. “รัฐบาลต้องเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการสืบสวนสอบสวน เป็นนโยบายหลักดับไฟใต้”. สำนักข่าวอาแมน. (9 มกราคม 2554).
8. “อตุลย์ แสงสิงแก้ว : กลุ่มป่วนใต้ถึงทางตัน ต้องใช้ยุทธการ ‘รวมการเฉพาะกิจ’”. ใต้ข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (20 มกราคม 2554).
9. “ไฟใต้ 7 ปี จบแค่ดีเดียว...ย.ย. เสนอตั้ง ‘กรมพิเศษ’ สางคดีความมั่นคง”. ใต้ข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (17 ตุลาคม 2553).
10. “ความจริงจาก ‘ทนาย-ตำรวจ-อัยการ’ ชำแหละกระบวนการยุติธรรมชายแดนใต้”. ใต้ข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (4 มิถุนายน 2553).
11. “ความจริงจาก ‘ทนาย-ตำรวจ-อัยการ’ ชำแหละกระบวนการยุติธรรมชายแดนใต้”. อ้างแล้ว
12. “ความจริงจาก ‘ทนาย-ตำรวจ-อัยการ’ ชำแหละกระบวนการยุติธรรมชายแดนใต้”. อ้างแล้ว.
13. “บีม 2 จุด 8 ศพที่ชายแดนใต้...นักรบรุ่นใหม่คิดจิตใจ โหมไฟคู่ไหน”. ใต้ข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (4 กรกฎาคม 2553).
14. “ได้เวลาเรือใหญ่กระบวนการยุติธรรมชายแดนใต้!”. ใต้ข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (25 ตุลาคม 2553).

15. “เปิดสถิติศูนย์ดำรงธรรม คอ.บค. “ตำรวจ” ชมปัญหาชาวบ้านร้องเรียน”. ใต้ข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (21 พฤศจิกายน 2553).
16. “เปิดใจ...ถาวร เสนเนียม “คืนผู้หลงผิดคิดความมั่นคง...กลับสู่สังคม””. คมชัดลึก. (9 มกราคม 2554).
17. “เปิดตัวเลขทางการ 7 ปีไฟใต้ใช้จบ 1.45 แสนล้าน ป่วน 11,523 ครั้ง ตาย 4,370 ราย ศศิกฟอง 45%”. ใต้ข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (17 มกราคม 2554).
18. “เงินเยียวกับสารพัดปัญหา...และทิศทางใหม่ดับไฟใต้ด้วย ‘เยียวคุณภาพ’”. ใต้ข่าวภาคใต้. สถาบันอิศรา. (26 เมษายน 2553).

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

1. “กลุ่มแพทย์จัด 3 มาตรการด้าน พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ป่วย”. มติชน. (6 ตุลาคม 2553).
2. งามอมศรี ศรีชัยกุล. “พ.ร.บ. คุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข ประชาชนได้ประโยชน์จริงหรือ?”. กรุงเทพธุรกิจ. (7 ตุลาคม 2553).
3. “ความทุกข์ของคนไข้ ชะตากรรมของหมอ”. ไทยรัฐ. (5 สิงหาคม 2553).
4. “กฎหมายใหม่ส่งผลแพทย์ตื่นตัว” วารสารแพทย์ ฉบับ 328 [http://www.medictail.com/admin/news_detail.php?id=4937]
5. “พ.ร.บ.คุ้มครองคนไข้”. เดลินิวส์. (10 กรกฎาคม 2553).
6. กระทรวงสาธารณสุขและโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพพหุสาขาไทย-สหภาพยุโรป (Health Care Reform Project) “ระบบชดเชยความเสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข โดยไม่แบ่งโทษตัวบุคคล และไม่พิสูจน์ความผิด (No-fault or no-blame liability compensation system) เอกสารเพื่อทำความเข้าใจและใช้ประกอบการร่วมแสดงความคิดเห็นต่อการจัดทำร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้เสียหายจากการรับบริการสาธารณสุข พ.ศ. ...”
7. “คณะทำงานพิจารณาว่า ก.ม.ผู้ป่วย สรุป 4 ประเด็น เน้นปรับปรุง 4.1 คุ้มครองประชาชน รวบรวมประวัติการแจ้ง สหภาพแรงงานจิตอาสาที่ทวีป ด้านวิปรัฐ เรียกหมอ-คนไข้หารือ ก.ม.ผู้เสียหาย”. ผู้จัดการออนไลน์. (11 พฤศจิกายน 2553).
8. “กฎเหล็กจ่อออก “แพทย์” อย่า...เดิมพันด้วยชีวิตคนไข้”. คมชัดลึก. (31 กรกฎาคม 2553).
9. “17 คำถาม...ตอบข้อสงสัย พ.ร.บ.คุ้มครองผู้เสียหาย”. โพสต์ทูเดย์. (9 สิงหาคม 2553).
10. “อภิลิขิต วอนหมอ-คนไข้ป้องกัน แพทย์สภาเล็งยื่นรื้อ ม.7-ม.22”. มติชน. (2 สิงหาคม 2553).
11. “เสนอ 5 ข้อปรับร่าง พ.ร.บ.คุ้มครอง เพิ่มสัดส่วนสภาวิชาชีพ”. คมชัดลึก. (25 สิงหาคม 2553).
12. “แพทย์-คนไข้ ความขัดแย้งที่รอการสมานฉันท์”. ผู้จัดการรายวัน. (15 มกราคม 2553).
13. “เหตุเกิดที่ขอนแก่น: เมื่อโรงพยาบาลพลัดแต่คนไข้ให้พร”. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. ธันวาคม 2553
14. “แพทย์-ผู้ป่วย เมื่อรักษาของเรารักษาใจ”. ผู้จัดการ รายวัน. (6 สิงหาคม 2553).
15. “เหตุเกิดที่ขอนแก่น: เมื่อโรงพยาบาลพลัดแต่คนไข้ให้พร”. อ้างแล้ว
16. “เหตุเกิดที่ขอนแก่น: เมื่อโรงพยาบาลพลัดแต่คนไข้ให้พร”. อ้างแล้ว

7. กฎหมายคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธุ์ : ช่วยลดจำนวนการทำแท้งและจำนวนนักเรียนออกจากโรงเรียนกลางคัน

1. มติชน. (7 กรกฎาคม 2553). หน้า 13.
2. สยามรัฐ. (8 กรกฎาคม 2553). หน้า 11.
3. คมชัดลึก. (8 กรกฎาคม 2553). หน้า 13.
4. “หนูน่วงกม.อนามัยเจริญพันธุ์ เปิดช่องให้เรียนขณะ ‘ตั้งครรภ์’” กรุงเทพธุรกิจ. (9 กรกฎาคม 2553). หน้า 7.
5. “หนูน ‘กม.’ หญิงท้องไปเรียนได้” เดลินิวส์. (10 กรกฎาคม 2553). หน้า 1.
6. “แม้วัยเรียน-ท้องท้องป้องกันและแก้ไขกันแบบเล็ก ๆ” ใน สุขภาพคนไทย 2553 : วิกฤตทุนนิยม สังคมมีโอกาสน. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553.
7. “เพื่อนหญิงหนูน ‘อนุญาตนร.ท้อง’”. ข่าวสด. (9 กรกฎาคม 2553) หน้า 10.
8. “หนูน พ.ร.บ.คุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์” บ้านเมือง. (22 กรกฎาคม 2553). หน้า 12.
9. “วราภรณ์ หนูน่วง พ.ร.บ.ท้องเรียนต่อ” ไทยรัฐ. (20 กรกฎาคม 2553). หน้า 12.
10. “ศีลธรรมดีกว่า พ.ร.บ.อนามัยฯ” ในกระแสดังโลก-กระแสธรรม. พิมพ์ไทย. (16 ธันวาคม 2553). หน้า 7.
11. สมผล ตระกูลรุ่ง. “กฎหมายก็ช่วยไม่ได้ ถ้าใจขาดธรรม” โพสต์ทูเดย์. (26 กรกฎาคม 2553). หน้า 4.
12. “เร่งทำแผนให้ควบคุมรู้เพศศึกษา” ไทยรัฐ. (16 กรกฎาคม 2553). หน้า 15.
13. “ช้อก ก.ม.ลงโทษชายทำหญิงท้อง” ไทยรัฐ. (8 กรกฎาคม 2553). หน้า 15; “วราภรณ์หนูน่วง พ.ร.บ.ท้องเรียนต่อ” ไทยรัฐ. (20 กรกฎาคม 2553). หน้า 12.
14. “พระราชาชาย ทรงห่วง ‘วัยรุ่น’ ตั้งครุฑ นายกฯ ชี้ปัญหาแรงระดับต้นของโลก” มติชน. (11 กรกฎาคม 2553). หน้า 16.
15. “จริยธรรมที่ท่าประชาพิจารณ์ พ.ร.บ.คุ้มครองเด็กหญิงแม่” มติชน. (14 กรกฎาคม 2553). หน้า 10.
16. “ไม่ขัด พ.ร.บ.เจริญพันธุ์” บ้านเมือง. (15 กรกฎาคม 2553). หน้า 13; “ศส.หนูน ก.ม.คุ้มครอง นร.ท้อง” ข่าวสด. (15 กรกฎาคม 2553). หน้า 15.
17. “ประชาพิจารณ์หนูน พ.ร.บ.เจริญพันธุ์” ผู้จัดการรายวัน. (17 สิงหาคม 2553). หน้า 10.
18. “ร่าง ก.ม.คุ้มครองอนามัยเจริญพันธุ์ลง” ไทยรัฐ. (17 สิงหาคม 2553). หน้า 15.
19. “ประชาพิจารณ์ ‘ก.ม.เจริญพันธุ์’ ผ่านลุล” กรุงเทพธุรกิจ. (17 สิงหาคม 2553). หน้า 7.
20. “ประชาพิจารณ์หนูน พ.ร.บ.เจริญพันธุ์” อ้างแล้ว.
21. “ประชาพิจารณ์ ‘ก.ม.เจริญพันธุ์’ ผ่านลุล”. อ้างแล้ว.
22. “ประชาพิจารณ์หนูน พ.ร.บ.เจริญพันธุ์” อ้างแล้ว.
23. “ส.ว.ตัน พ.ร.บ.เจริญพันธุ์ฯ แก้ปัญหา ‘วัยรุ่น’ ทำแท้ง” กรุงเทพธุรกิจ. (23 พฤศจิกายน 2553). หน้า 7; “ก.ม.คุ้มครองเด็กหญิงแม่ ความหวังใหม่แก้ปัญหาคอขวด” เดลินิวส์. (31 ธันวาคม 2553). หน้า 8; “อภิลิขิต หนูน่วง ก.ม.อนามัยเจริญพันธุ์” ไทยรัฐ. (27 พฤศจิกายน 2553).

24. “รัฐผูกกฎหมายช่วยเด็กยุคใหม่ท้องท้องเข้าเรียนได้แบบไม่ต้องอาย” ผู้จัดการรายสัปดาห์. ฉบับที่ 106 ปีที่ 3 (6-12 ธันวาคม 2553). หน้า A5.
25. “กรมไฟเขียวกฎหมายอนามัยเจริญพันธุ์” ไทยรัฐ. (15 ธันวาคม 2553). หน้า 15; “กรมผ่านร่างกฎหมายอนามัยเจริญพันธุ์” กรุงเทพธุรกิจ. 15 ธันวาคม 2553; “ไฟเขียว ก.ม.เจริญพันธุ์ นร.ท้องเรียนได้” ผู้จัดการรายวัน. 15 ธันวาคม 2553; “กรม. อนุมัติ นร.ท้องเรียนได้-ลาคลอด” ข่าวสด. 15 ธันวาคม 2553. หน้า 1, 14; “ผ่าน พรบ.ตั้งช่วย นร.ท้อง ตั้งสิ่งแวดล้อมหญิงทำแท้ง” 15 ธันวาคม 2553.
26. “กรม. อนุมัติ นร.ท้องเรียนได้-ลาคลอด” ข่าวสด. (15 ธันวาคม 2553). หน้า 1, 14
27. Center for Reproductive Rights. Governments in Action: Legal and Policy Developments Affecting Reproductive Rights. Briefing Paper. February 2005.

8. ความ (ไม่) มั่นคงทางอาหาร... จากโลกถึงไทย

1. “โลกเผชิญวิกฤตอาหารรอบใหม่” ประชาชาติธุรกิจ. (9-12 กันยายน 2553).
2. “ควาไฟอาหรับลามไม่หยุด ต้นราคาทอง-คป-น้ำมันกระโดด”. แนวหน้า. (27 กุมภาพันธ์ 2554).
3. อานวาลละเอียตใน มูลนิธิชีววิถีและองค์กรความร่วมมืออื่นๆ. จากฐานทรัพยากรสู่ความมั่นคงทางอาหาร. หน้า 9-10.
4. “ความมั่นคงทางอาหาร” คมชัดลึก. (17 กรกฎาคม 2552).
5. มูลนิธิชีววิถี และองค์กรความร่วมมืออื่นๆ. อ้างแล้ว. หน้า 17-25.
6. www.mcot.net. (26 พฤษภาคม 2553).
7. คมชัดลึก. (27 ตุลาคม 2553).
8. “เพลิงกระโดดสินค้าตลาดบาทหนัก นาข้าวเสียหายกว่า 7 แสนไร่” (2 กันยายน 2553). สืบค้นจาก www.isnhotnews.com.
9. สำนักข่าวแห่งชาติ กรมประชาสัมพันธ์ (8 ตุลาคม 2553). สืบค้นจาก www.thainewsagency.com.
10. “อย่าอดานาคใหม่” ไทยโพสต์. (12 กรกฎาคม 2552).
11. สืบค้นจาก www.biotech.net.
12. โพสต์ทูเดย์ (5 สิงหาคม 2552).
13. ผู้จัดการรายวัน. (11 สิงหาคม 2552).
14. ไทยโพสต์. (13 สิงหาคม 2552).
15. สืบค้นจาก www.ftawatch.org.
16. “ชาวแคนาดาสุดทึ่งแห่งบ้านนาบอน” (23 ตุลาคม 2553). สืบค้นจาก www.oknation.net
17. มูลนิธิชีววิถีและองค์กรความร่วมมืออื่นๆ. อ้างแล้ว.
18. “โลกขาดแคลนอาหาร แต่ไทยขาดบัณฑิตการเกษตร” โพสต์ทูเดย์. (3 ธันวาคม 2552).
19. “ปฏิรูปอาหารนำเข้า สักคอกาหารแปรรูปเนื้อสัตว์นำเข้าประเทศ” กรุงเทพธุรกิจ. (26 ตุลาคม 2553).
20. “ครัวไทยสู่ครัวโลกสิ้นกลิ่น เมล็ดเคาะเพราะอ้วน” อีซูอันมีสารตกค้าง” เดลินิวส์. (26 ตุลาคม 2553).
21. “เตือนโลกเผชิญวิกฤตอาหาร นักวิทยาศาสตร์อังกฤษแนะยอมรับอาหารจีเอ็มโอ” กรุงเทพธุรกิจ. (26 มกราคม 2554).
22. “FTA พืชเกษตรกระทบอื่น ลำไย-แคบหมูออกตลาด” โลกวันนี้. (20 ธันวาคม 2553).
23. “มาตรการ 190 ต้องเอื้อต่อความมั่นคงทางอาหาร”. (24 สิงหาคม 2552). บทความออนไลน์ใน http://www.biotech.net/node/4948
24. มูลนิธิชีววิถีและองค์กรความร่วมมืออื่นๆ. อ้างแล้ว หน้า 15.

9. โภชนาสุขภาพเกินจริง ไร้อารมณ์

1. “สอ.ปลั่งจับของเถื่อน 600 ล.” คมชัดลึก. (5 มกราคม 2554).
2. “โฆษณาสินค้าครอบจักรวาลเหิมเกริม ออ.ผนักเครือข่ายพันธมิตรสมานเข้ม”. สยามธุรกิจ. (25-27 พฤศจิกายน 2552).
3. “แพทย์สภาแคลคิโหมณาเกินจริงอีก”. พิมพ์ไทย. (12 มีนาคม 2553).
4. “สื่อใหม่โต ส่งโฆษณาสดอ้วนเวอร์เพื่อ ออ.จับตะกั่วสมานไพร-กาแฟ กว่า 200 คติ”. ผู้จัดการรายสัปดาห์. (11-17 มกราคม 2553).
5. “สดจากสนามข่าว: มหันตภัยยาลดอ้วน นร.สาว 6.6 สัปดาห์ ตั้งชื่อ-ชายอ้วนเน็ต”. ข่าวสด. (8 มิถุนายน 2553).
6. “กพย.แนะปรับปรุงฉลากยา-ผู้บริโภคระวังซื้อทางเน็ต”. มติชน. (9 กรกฎาคม 2553).
7. “สคบ.สั่งจับตาโฆษณาเคลือบลิ้นข้าวร้อย ‘ป่าแข็ง’ หลอกหลวงประชาชน”. ผู้จัดการ 360° รายสัปดาห์. (1-7 มีนาคม 2553).
8. “ทีวีดาวเทียมฮิตส์ หนูน ก.ม.กระทบธุรกิจ”. โพสต์ทูเดย์. (7 เมษายน 2553).
9. “ออ. เอาจริงแล้ว”. เนชั่นสุดสัปดาห์. (28 สิงหาคม-3 กันยายน 2552).
10. “โฆษณาสินค้าครอบจักรวาลเหิมเกริม ออ.ผนักเครือข่ายพันธมิตรสมานเข้ม”. สยามธุรกิจ. (25-27 พฤศจิกายน 2552).
11. “สายลับจับผิดโฆษณาหลวง”. เดลินิวส์. (12 มกราคม 2554).

10. โรคอ้วนในสังคมบริโภค

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

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

4 ผลงานดีๆ เพื่อสุขภาพคนไทย

1. คนไร้สัญชาติในประเทศไทยได้คืนสิทธิประกันสุขภาพ : ก้าวที่ก้าวไกล

- กฤตยา อาชวนิจกุล. 2554. “การจัดระบบคนไร้รัฐ/ไร้สัญชาติในบริบทประเทศไทย”. ใน *ประชากรและสังคม 2554* ฉบับ จุดเปลี่ยนประชากร จุดเปลี่ยนสังคมไทย. สุวิทย์ พันธ์ และมาลี สันสุวรรณ. (บรรณาธิการ). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ความเห็นของ นางอรพิน วิมลภูษิต ผู้จัดการแผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตแรงงาน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ใน “กองทุนสุขภาพคนไร้สถานะสัญชาติ” หน่วยงานไม่พอ เสนอชื่อประกันสุขภาพ สปสช. แทน” ผู้จัดการออนไลน์. (4 เมษายน 2553).

2. จากสถานีอนามัยสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จุดเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุข

- คณะทำงานติดตามและสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. (3 เมษายน 2552). (ร่าง) ข้อเสนอการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พ.ศ. 2552-2555 (ฉบับปรับปรุง 3 เมษายน 2552). สืบค้นเมื่อ 31 มกราคม 2554 จาก bps.ops.moph.go.th/Jang/index.html
- ยกระดับสถานีอนามัยสู่ รพ.ส่งเสริมสุขภาพตำบลได้แค่ 1 ต.ค. 1001 แห่ง. (15 กันยายน 2552). สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2554 จาก สำนักข่าวสร้างสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

3. หลักประกันสุขภาพของไทย ความสำเร็จที่นานาชาติยอมรับ

- ชุดต้นแบบ “สาธารณสุขอาเซียน” ASSA ปลื้มระบบประกันสุขภาพไทย “เข้าถึง-เท่าเทียม-เป็นธรรม”. ไทยรัฐ. (28 กันยายน 2553).
- ต่างชาติหนุนไทยเป็นอันดับสามด้านหลักประกันสุขภาพ. ไทยรัฐออนไลน์. (8 ธันวาคม 2553).
- “ซู” ชมไทยต้นแบบระบบประกันสุขภาพดูแลคนไร้โรคใด. ผู้จัดการออนไลน์. (19 กรกฎาคม 2553).

4. สร้างเด็กไทยยุคใหม่ สูงใหญ่ เก่งเกินวัย ด้วยโครงการดูแลารโภชนาการ

- ภาวะโภชนาการเด็กไทยพ่วงขาด จุด “ไอคิว-อีคิว” ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน. สยามธุรกิจ. (24-26 กุมภาพันธ์ 2553).
- วิดเด็กไทย ผอม-อ้วน-เตี้ย...เรียนไม่เก่ง. ประชาชาติธุรกิจ. ฉบับที่ 4186, หน้า 41. (22-24 กุมภาพันธ์ 2553).

เอชไอเอ : กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ

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

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

คณะกรรมการการศึกษาและเพิ่มเติมทางเทคนิคเพื่อลดและจำกัดมลพิษในมาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียง. (23 มิถุนายน 2553). รายงานฉบับสมบูรณ์ สถานการณ์ปัจจุบัน ประเด็นปัญหาที่สำคัญของปัญหามลพิษ และแนวทางในการแก้ปัญหาและเพิ่มเติมในมาบตาพุดและพื้นที่ใกล้เคียง เพื่อแก้ไขปัญหามลพิษปฏิบัติตามมาตรา 67 วรรคสองของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. เรียกใช้เมื่อ 25 มกราคม 2554 จาก ศูนย์ประสานงานพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ: http://www.thia.in.th/download/02_03_knowledge/5_doc/doc3.pdf

คณิศร ศรีบัวเอี่ยม. (2552). *กระบวนการยุติธรรมสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ บทเรียนจากคดีมาบตาพุด*. (ยุวดี คาคาการณีกุล, บก.). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ที่ ดี จำกัด.

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

เดชาวัตร สุขกำเนิด. ดนัย กล่าวแล้ว, และ สมพร เพ็งคำ. (2549). (ร่าง) รายงานการพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2549 และประเมินยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (2550-2554). เอกสารประกอบการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ปี 2549 การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ภูมิคุ้มกัน

สู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. เดชาวัตร สุขกำเนิด, ศุภกิจ นันทะวรการ, วิภา ชื่นจิต, และ สุพรรณิ ศฤงฆาร. (2551). อนาคตระยะยาวในอีก 10 ปีข้างหน้า. เอกสารประกอบการเวทีสมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็น ครั้งที่ 2. ระยอง: โรงแหมเสถียร.

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

ภาณุณี สวัสดิ์ศิริ. (2553). เอกสารจุดประเด็นการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพในระดับนโยบายสาธารณะ : กรณีการจัดทำผังเมือง. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ. วันที่ 27 ตุลาคม 2553 ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร. มูลนิธินโยบายสาธารณะ. (ม.ป.ป.). แนวคิดสุขภาพ นโยบายเพื่อสุขภาพ และการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ. เรียกใช้เมื่อ 21 ธันวาคม 2553 จาก ศูนย์ประสานงานพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ: http://thia.in.th/download/05_02_articles/HIA_Articles_28.pdf

มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2553). *ยังมีอะไร... ที่มาบตาพุด*. (สายศิริ คำวันฉะ, บก.). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหพัฒนพิบูล.

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

วัชรภรณ์ วิเศษชา. (2553). เอกสารจุดประเด็นการประเมินผลกระทบทางสุขภาพในระดับชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ. วันที่ 27 ตุลาคม 2553 ณ สถาบันวิจัยจุฬาภรณ์ กรุงเทพมหานคร.

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

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

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

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *เรียนรู้โลก ห่วงไกลโลก* (พิมพ์ครั้งที่ 3). (วิพุธ พูลเจริญ, เดชาวัตร สุขกำเนิด, และ วิภา ชื่นจิต, บก.). กรุงเทพมหานคร: บริษัทคุณาไทย จำกัด.

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

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

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *การกำหนดหลักเกณฑ์การพิจารณาโครงการหรือกิจการที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนอย่างรุนแรง*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แปลนพรีนติ้ง จำกัด.

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

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *ระบบเอชไอเอประเทศไทยควรเป็นอย่างไรในอีก 5 ปีข้างหน้า*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท แปลนพรีนติ้ง จำกัด.

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

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *อนาคตระยะสั้นทางสุขภาพของชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). (นภาพัฒน์ ไชยรักษ์, และ สมพร เพ็งคำ, บก.). กรุงเทพมหานคร: บริษัทคุณาไทย จำกัด.

สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2553). *ระบบการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด บี.อี.เอฟ.ซี.

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

อำพล จินดาวัฒน์. (2553). *เอช ไอ เอ หนุนหรือฉุดการพัฒนา*. (สมพร เพ็งคำ, บก.). กรุงเทพมหานคร: บริษัทคุณาไทย จำกัด.

แหล่งข้อมูลบุคคล

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

คุณเสขศิริ ปิยะเวช. บริษัท ปตท. อะโรมาติกส์และการกลั่น จำกัด. สัมภาษณ์, 4 พฤศจิกายน 2553.

นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพ. สัมภาษณ์, 30 ตุลาคม 2553. นายแพทย์อำพล จินดาวัฒน์. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สัมภาษณ์, 11 พฤศจิกายน 2553.

คุณสมพร เพ็งคำ. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สัมภาษณ์, 11 พฤศจิกายน 2553. คุณภาณุณี สวัสดิ์ศิริ. เครือข่ายวางแผนและผังเมืองเพื่อสังคม. สัมภาษณ์, 23 พฤศจิกายน 2553.

ส่วนที่ 1 ตัวชี้วัด ทางสุขภาพ

เกณฑ์ ในการจัดทำรายงาน “สุขภาพคนไทย 2554”

กระบวนการทำงาน

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

- 1 ค้นหาสาระสำคัญ (Key message) ของหมวดที่จะนำเสนอ เพื่อให้เนื้อหาไม่กระจัดกระจายในการนำเสนอ
- 2 ค้นหาสถิติข้อมูลเกี่ยวกับตัวชี้วัดแต่ละตัวที่คัดเลือก โดยเน้นข้อมูลรายปี เพื่อนำเสนอแนวโน้มและรวมถึงผลการสำรวจล่าสุด เพื่อให้เห็นสถานการณ์
- 3 เน้นรูปแบบ และเนื้อหาที่ง่ายต่อการอ่าน และเข้าใจต่อผู้อ่านทุกกลุ่มวัย

เกณฑ์ ในการจัดทำ เนื้อหาตัวชี้วัด

ส่วนที่ 2 10 สถานการณ์เด่น ทางสุขภาพ และ 4 ผลงานดี เพื่อสุขภาพคนไทย

เกณฑ์การเลือก สถานการณ์เด่น

- เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงปี 2553
- มีผลกระทบอย่างสำคัญต่อสุขภาพคนไทยในวงกว้าง ซึ่งผลกระทบหมายถึงความมั่นคงปลอดภัยด้วย
- เป็นนโยบายที่ส่งผลต่อสุขภาพที่มีผลบังคับใช้หรือผลทางปฏิบัติที่เกิดขึ้นในปีนี้ชัดเจน
- เป็นเรื่องใหม่ที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน
- เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นบ่อยครั้งมากในรอบปี

สำหรับผลงานดี ๆ ของคนไทยทางสุขภาพ
เป็นเรื่องของการประสบความสำเร็จในการประดิษฐ์คิดค้นความก้าวหน้าทางวิทยาการด้านสุขภาพ การค้นพบแนวทางใหม่ๆ ที่เป็นผลดีกับสุขภาพสังคม และคนไทยโดยรวม

เกณฑ์การจัดลำดับสถานการณ์เด่น

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

ส่วนที่ 3 เรื่องพิเศษประจำฉบับ

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

เกณฑ์การเลือกเรื่องพิเศษประจำฉบับ

- เป็นเรื่องที่มีความสำคัญเชิงนโยบาย
- เป็นเรื่องที่มีประโยชน์ต่อประชาชน
- เป็นเรื่องที่มีประเด็นและมุมมองที่หลากหลาย

กระบวนการทำงาน

- 1 คณะกรรมการชี้ทิศทางประชุมเพื่อเลือกหัวข้อเรื่องพิเศษประจำฉบับในแต่ละปี
- 2 คณะทำงานสุขภาพคนไทยกำหนดกรอบโครงสร้างของรายงาน
- 3 ติดต่อผู้เชี่ยวชาญในแต่ละประเด็น เพื่อร่างเนื้อหารายงานในเชิงวิชาการ
- 4 คณะทำงานสุขภาพคนไทยประมวลและเรียบเรียงเนื้อหาทางวิชาการให้เหมาะสมกับการสื่อสารต่อสาธารณะ และตรวจสอบความถูกต้องกับนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในประเด็นนั้นๆ อีกครั้ง
- 5 ผู้ทรงคุณวุฒิอ่านทบทวนร่างเนื้อหารายงานและปรับแก้ไข

รายชื่อ คณะกรรมการชั่งตวงวัด ปี 2554

1. นพ. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประธาน

2. นพ. วิชัย โชควิวัฒน์
สถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์
กรรมการ

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

4. นพ. พินิจ ฟ้าอำนวยผล
สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
กรรมการ

5. นพ. ณรงค์ กษิติประดิษฐ์
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
กรรมการ

6. นพ. ชูชัย ศุภวงศ์
สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
กรรมการ

7. รศ. อภิญาญา เวชชาชัย
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
กรรมการ

8. ดร. สุทธิลักษณ์ สมิตะสิริ
สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการ

9. คุณยุวดี คาดการณ์ไกล
สถาบันศึกษานโยบายสาธารณะ
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
กรรมการ

10. คุณปาริชาติ ศิระรักษ์
นักวิจัยอิสระ กรรมการ

11. คุณเบญจพร จิตรกุล ณ ออยุธยา
สำนักงานสถิติแห่งชาติ กรรมการ

12. คุณวรัญญา เตียวกุล
นักวิชาการอิสระ กรรมการ

13. อาจารย์พิภพ ธงไชย
มูลนิธิเด็ก กรรมการ

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

15. คุณเบญจมาภรณ์ จันทพัฒน์
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ
กรรมการ

16. รศ.ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการและเลขานุการ

17. รศ.ดร. ชาย โพธิ์สีดา
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

18. รศ.ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

19. ดร. เฉลิมพล แจ่มจันทร์
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

20. คุณกุลวีน ศิริรัตน์มงคล
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ประสานงานโครงการ

21. คุณปานฉัตร ทิพย์สุข
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ประสานงานโครงการ

22. คุณสาธิตี เทพยสุวรรณ
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ผู้ประสานงานโครงการ

รายชื่อ ผู้ทรงคุณวุฒิ ปี 2554

ผู้ทบทวนรายงานทั้งเล่ม

นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์
สถาบันการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์

คุณปาริชาติ ศิวัชรักษ์
นักวิจัยอิสระ

ผู้เชี่ยวชาญตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ

นายแพทย์ถาวร สกุลพาณิชย์
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย

นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล
กรมสุขภาพจิต

ทันตแพทย์หญิงกนิษฐา บุญธรรมเจริญ
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

คุณจิตปราณี วาศวิท
สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

คุณรังสรรค์ ปิ่นทอง
สำนักจัดการกากของเสียและสารอันตราย กรมควบคุมมลพิษ

ดร.สาวิตรี ทยานศิลป์
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว
มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ปรึกษาข้อมูลเรื่องพิเศษประจำฉบับ

นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ
มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย

นายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

ดร. เดชรัต สุขกำเนิด
คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คุณภาณี สวัสดิรักษ์
เครือข่ายวางแผนและผังเมืองเพื่อสังคม

คุณสมพร เพ็งคำ
สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

คุณเสขสิริ ปิยะเวช
บริษัท ปตท. อะโรเมติกส์และการกลั่น จำกัด

รายชื่อคณะกรรมการสุขภาพคนไทย

รศ.ดร. ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา บรรณาธิการ

รศ.ดร. ชาย โพธิ์สีดา

เรียบเรียงและประมวล “เรื่องพิเศษประจำฉบับ”

รศ.ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล

เรียบเรียงและประมวล “สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ”

ดร. เฉลิมพล แจ่มจันทร์

เรียบเรียงและประมวล “ตัวชี้วัดสุขภาพ”

คุณกุลวีน ศิริรัตน์มงคล รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น

คุณปานฉัตร ทิพย์สุข รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น

คุณสาสินี เทพสุวรรณ รวบรวมข้อมูลเบื้องต้น

รายชื่อผู้เขียน สถานการณ์เด่นทางสุขภาพ

คุณปิยนถ วรศิริ
นักเขียนอิสระ

คุณอวยพร แต่ชูตระกูล
นักเขียนอิสระ

คุณณัฐยา บุญภักดี
มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง

คุณกฤษฎา ศุภวรรณะกุล
นักเขียนอิสระ

ขอบคุณ จากใจ

8 ปี ที่หนังสือสุขภาพคนไทยสำเร็จลง
ได้ด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์ข้อมูล

ให้ความรู้ ตรวจสอบข้อมูล จากผู้ทรงคุณวุฒิ

หลายๆ ท่าน สำหรับปีนี้ เช่นเดียวกัน คณะทำงานสุขภาพคนไทย

ขอขอบพระคุณ **นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ นายแพทย์อำพล**

จินตวัฒน์ ดร.เดชรัต สุขกำเนิด คุณสมพร เพ็ญคำ คุณการณ์ สวัสดิ์รักษ์

และคุณเสขสิริ ปิยะเวช ที่กรุณาให้ข้อมูลความรู้ ประสบการณ์การทำงาน และข้อคิด

ในเรื่องของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ทำให้ “เรื่องพิเศษประจำฉบับ” มีมุมมอง
ที่หลากหลาย มีความครบครันในเนื้อหาสาระ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญจัดทำตัวชี้วัดสุขภาพแห่งชาติ **นายแพทย์ถาวร สกลพาณิชย์**
นายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล กันตแพทย์หญิงกนิษฐา บุญธรรมเจริญ
คุณจิตปราณี วาควิก คุณรังสรรค์ ปันทอง และดร.สาวิตรี ทยานศิลป์ ที่ได้ช่วยสนับสนุน
ข้อมูลที่มีความทันสมัย เข้าใจง่ายเหมาะสำหรับผู้อ่านทั่วไป

ขอขอบคุณคณะนักเขียน: **คุณปิยะนุก วรศิริ คุณอวยพร แต้ชูตระกูล คุณณัฐยา**
บุญภักดี และคุณกฤษฎา ศุภวรรณะกุล ที่ช่วยร่างสถานการณ์เด่นให้มีเนื้อเรื่องชวนอ่าน
น่าติดตาม เพื่อให้ทีมนักวิชาการใช้เป็นฐานในการเขียนสถานการณ์เด่นทั้ง 10 เรื่อง

และสำคัญที่สุด **นายแพทย์สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ นายแพทย์วิชัย โชควิวัฒน์**
และคุณปาริชาติ ศิระรักษ์ ที่กรุณาสละเวลาอ่านบทความต้นฉบับ ชัดเจนเนื้อหา
พร้อมทั้งเสนอแนะแก้ไข และขอขอบคุณผู้ติดตาม “สุขภาพคนไทย” มาโดยตลอดทุกปี

ขอได้รับความขอบคุณจากใจ
คณะทำงานสุขภาพคนไทย